



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Trastorno por Uso de Sustancias:
Tipologías Diagnósticas, Complicaciones
y Adherencia al Tratamiento.
Estudio Prospectivo en una Unidad de
Conductas Adictivas**

D^a Aránzazu Jordá Jordá

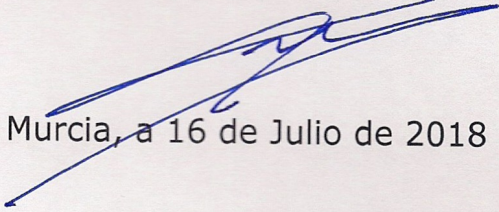
2018



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Amadeo Valoria Martínez, Doctor en Medicina y Cirugía,
especialista en Psiquiatría, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Trastorno por uso de sustancias: Tipologías diagnósticas, complicaciones y adherencia al tratamiento. Estudio prospectivo en una Unidad de Conductas Adictivas", realizada por D. Arantxa Jordá Jordá, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.


En Murcia, a 16 de Julio de 2018



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Joaquín Nieto Munuera, Profesor Titular de Universidad del Área de Psiquiatría en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Trastorno por uso de sustancias: Tipologías diagnósticas, complicaciones y adherencia al tratamiento. Estudio prospectivo en una Unidad de Conductas Adictivas", realizada por D. Arantxa Jordá Jordá, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 16 de Julio de 2018

A mis padres, Arantxa y Adolfo

A mi hermano, Andreu

A mi chico, Adrián

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a mis dos directores de tesis:

Al Dr. Amadeo Valoria Martínez, impulsor de este proyecto, un reconocimiento muy especial desde estas líneas para transmitirle mi más sincera gratitud por su excelente disposición, por enseñarme, por corregirme y guiarme en el desarrollo del proyecto. Ha sido un honor trabajar juntos en la realización de esta tesis, sus ideas me han aportado mucho y han enriquecido mi labor como investigadora.

Al Dr. Joaquín Nieto Munuera, mi agradecimiento porque ha sido muy importante para mí su confianza, su optimismo y su disposición a lo largo de este tiempo. Siempre con buen trato, sus acertadas aportaciones y recomendaciones han conducido el desarrollo de esta tesis.

A los dos, por ayudarme a conseguir este gran reto, gracias por todo.

Resulta necesario señalar la ayuda prestada por la Dra. Ana Inés Ros Soler, quien me inspiró mucho, me animó a empezar este proyecto y me facilitó el acceso a las historias clínicas y a la información de los pacientes. Darle las gracias también por todo lo que aprendí a su lado como residente PIR, excelente profesional, siempre fue un modelo a seguir para mí.

A todos mis amigos y amigas, por entender mis prioridades y seguir ahí, gracias. Seguiremos juntos viajando por el mundo, año tras año.

A mi inseparable compañero, Faraón, por permanecer junto a mi silla durante todas las horas en las que he estado trabajando en esta tesis, gracias.

Y por encima de todo, esto no habría sido posible sin el amparo incondicional que he recibido por parte de mi familia. A mi madre, gracias por aguantar, durante horas y horas, mis preocupaciones y agobios con respecto a la tesis, y apoyarme hasta el final. A mi padre y a mi hermano, gracias por creer en mí. Y a mi chico, gracias por su paciencia y comprensión.

A todos, GRACIAS.

*"Los vicios vienen como pasajeros, nos visitan como
huéspedes y se quedan como amos"*

Confucio

1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) es un trastorno frecuente al que se le han atribuido tanto etiologías genéticas como psicosociales. El TUS repercute clínicamente, no sólo sobre la salud del sujeto, sino también en las principales áreas de su vida, como son el área familiar, laboral, escolar y social. Puede tener importantes consecuencias, como el fracaso escolar/laboral, familiar y social, la persistencia del trastorno a través de los años, el aumento de conductas de riesgo y de suicidio, etc. Del mismo modo, el TUS puede complicarse con el policonsumo de sustancias y/o con la presencia de patología dual y, a largo plazo, puede haber otro tipo de complicaciones, como es el desarrollo de afecciones neurológicas y/o de determinados trastornos mentales comórbidos, si es que todavía no se habían manifestado.

Tanto el TUS, con todas sus connotaciones personales, familiares y sanitarias, como los trastornos mentales en general, suponen retos de gran relevancia en la sociedad actual, sobre todo en los ámbitos sanitarios y de bienestar social. Cuando ambos trastornos se presentan simultáneamente, las consecuencias se multiplican de manera exponencial, poniendo en cuestión recursos y abordajes al obtener bajas tasas de adherencia al tratamiento y de éxito terapéutico.

En el presente estudio se valora la relación que hay entre las diferentes complicaciones del TUS, que contribuyen a dificultar su abordaje, la adherencia al tratamiento y la tasa de éxito terapéutico, al tiempo que se estudia la relación que hay entre estas variables y el desarrollo, a largo plazo, de afecciones neurológicas y/o comorbilidad mental. De igual forma, se pretende delimitar los conceptos de adherencia al tratamiento y tasa de éxito terapéutico.

El delimitar estos conceptos en el tratamiento TUS y el conocer las variables que pueden influir en éstos, permitiría crear intervenciones dirigidas a fomentar esta adherencia y aumentar, por tanto, las tasas de éxito terapéutico y la calidad del tratamiento en los TUS. Así mismo, conociendo qué variables pueden estar influyendo en el desarrollo futuro de desórdenes neurológicos y/o comorbilidades mentales en los pacientes con TUS, se podrían realizar intervenciones preventivas con el objetivo de disminuir la probabilidad de desarrollar este tipo de problemas en el futuro.

A pesar de la gran cantidad de bibliografía publicada sobre el TUS nunca se ha llegado a delimitar la descripción de la adherencia al tratamiento ni de la tasa de éxito terapéutico, así mismo tampoco se han descrito los criterios necesarios para considerar cuándo se produce una baja o alta adherencia al tratamiento o cuando se consigue el éxito terapéutico. Del mismo modo, siguen siendo escasos los trabajos que tratan de valorar la relación que puede haber entre el tipo de diagnóstico TUS, el policonsumo y la presencia de patología dual con la adherencia al tratamiento y el éxito terapéutico. En la misma línea, aunque sí que hay estudios que relacionan el TUS con futuras afecciones neurológicas y con el desarrollo posterior de comorbilidad mental, no se han encontrado trabajos que traten de relacionar la patología dual, el tipo de diagnóstico TUS, el policonsumo, la adherencia al tratamiento del TUS y las tasas de éxito terapéutico con el futuro desarrollo de trastornos neurológicos y/o el desarrollo de otros trastornos mentales. Esta laguna en la investigación es la que se pretende cubrir con este estudio.

2. MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TUS

El término genérico de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) se aplica a todos aquellos trastornos derivados del consumo de aquellas sustancias que, introducidas en el organismo, afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y le hace padecer síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Esta definición de sustancia es equivalente a la de droga, por la que se entiende “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (Kramer y Cameron, 1975) y por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schuckit, 2000).

Según el DSM-5, la característica esencial del TUS es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia (APA, 2014). Dentro de las sustancias que causan este tipo de trastornos se encuentran el alcohol, el tabaco, el cannabis, los opioides, los sedantes, los estimulantes y otras sustancias. No todas ellas producen los mismos efectos, algunas provocan efectos sedantes o depresores, otras producen efectos estimulantes y, sin embargo, otras provocan efectos psicodélicos. Del mismo modo, no todas revisten la misma gravedad o tienen la misma capacidad adictiva, como tampoco las mismas complicaciones.

Una particularidad importante del TUS es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece, especialmente, en las personas con trastornos graves. Estos cambios en los circuitos cerebrales se demuestran en el deseo de consumo (craving), en la frecuencia con que se sufren recaídas, en la tolerancia, en la abstinencia y en el descuido de actividades (Pascual, Fernández, Díaz y Sala, 2017), los cuales forman parte de los criterios que permiten llegar al diagnóstico del TUS y que son comunes a todas las sustancias.

En el DSM-5, los trastornos por uso de sustancias se recogen dentro de una categoría global denominada *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos* donde, además de englobar los diferentes TUS, se recogen algunos trastornos adictivos relacionados con lo que algunos denominan “adicciones comportamentales”, como sería el juego patológico, que implican formas de adicciones que no están relacionadas con sustancias, pero que se ha demostrado que activan los sistemas cerebrales de recompensa de manera semejante a las drogas de abuso, y porque éstas producen síntomas conductuales similares a los de los trastornos por consumo de sustancias. El DSM-5 distingue dos grupos en los trastornos relacionados con sustancias (APA, 2014):

- 1) Los trastornos por consumo de sustancias, como son el consumo, la intoxicación y la abstinencia.
- 2) Los trastornos mentales inducidos por sustancias, como son los trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos. No obstante, la comorbilidad psiquiátrica puede ir más allá, ya que no se trata sólo de los trastornos mentales inducidos sino también de los coexistentes con el TUS.

Los criterios diagnósticos generales del trastorno por consumo de sustancias, según el DSM-5, son los siguientes:

- A. Un modelo problemático de consumo de la sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
 5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la misma.
 7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la misma.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes:
- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
 - b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia similar a la sustancia principal de consumo) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

La CIE-10, por su parte, tiene un apartado, del código F10 al F19, ambos incluidos, dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de drogas psicotropas, entre los que incluye los siguientes: Alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes (incluyendo el café), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles, múltiples drogas u otras sustancias psicotropas. En este apartado se incluyen los trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico) (OMS, 1992).

Los criterios generales para el diagnóstico del síndrome de dependencia a sustancias según la CIE-10 son los referidos a continuación.

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a una

instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico según la CIE-10:

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como son daños

hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presente el consumo de una sustancia o, al menos, el deseo de hacerlo. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la misma. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco o diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

En ambos sistemas diagnósticos (DSM y CIE) se tiene prevista una codificación evolutiva de la dependencia muy similar:

- Remisión parcial temprana: Se han cumplido uno o más criterios de abuso o dependencia (sin que se cumplan todos) entre 1 y 12 meses.
- Remisión parcial sostenida: No se cumplen todos los criterios diagnósticos de la dependencia en un periodo de 12 o más meses.
- Remisión total temprana: Si no se cumplen ninguno de los criterios de dependencia o abuso entre 1 y 12 meses.
- Remisión total sostenida: Si no se cumplen ninguno de los criterios diagnósticos de dependencia o abuso durante 12 o más meses.

- Esta codificación también permite la notificación en terapéutica con agonistas y en entorno controlado.

A continuación, nos parece interesante describir algunos de los principales conceptos más frecuentemente utilizados, hoy en día, por las principales clasificaciones diagnósticas (DSM-5 y CIE-10) para realizar el diagnóstico del TUS.

2.1.1 Abuso

Se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo. Suele indicarse que la diferencia entre uso y abuso es, en muchos casos, difícil de delimitar (Medina-Mora y cols., 1994). En todo caso, parece que lo más correcto es considerarlo como un continuo, ya que depende una u otra clasificación del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación. Para la OMS (1992), el abuso de drogas es definido como un “uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable”, recomendando el manejo de los siguientes conceptos, como describen Edwards, Arif y Hodgson (1981):

2.1.1.1 Uso desaprobado

Uso de una droga que no es aprobado por la sociedad o un grupo dentro de una sociedad. Cuando el término es utilizado debería hacerse evidente quién es el responsable de la desaprobación.

2.1.1.2 Uso peligroso

Uso de una droga que, probablemente, producirá consecuencias nocivas para el usuario, ya sea de disfunción o daño. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.

2.1.1.3 Uso desadaptativo

Uso de una droga que implica daño en el funcionamiento social o psicológico (pérdida de trabajo o problemas de pareja).

2.1.1.4 Uso nocivo

Uso de una droga que se toma sabiendo que puede causar enfermedad mental o daño físico en el individuo.

2.1.2 **Dependencia**

Se da cuando hay un excesivo uso de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. Por dependencia, denominado *Síndrome de dependencia*, en la última edición de la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamientos de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de la sustancia, después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes”. Tanto las clasificaciones CIE de la OMS, como otros importantes autores, han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica. Así, Schuckit (2000) diferencia la dependencia psicológica de la dependencia física. Dentro de ésta última considera que los dos aspectos principales de ella son la tolerancia y el síndrome de abstinencia, como así recoge el DSM-5.

2.1.2.1 Dependencia física

Por dependencia física se entiende el “estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Estos trastornos, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga” (Kramer y Cameron, 1975).

2.1.2.2 Dependencia psicológica

Por dependencia psíquica o psicológica se entiende la “situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar” (Kramer y Cameron, 1975).

2.1.2.3 Dependencia cruzada

Se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra (Echeburúa, 1990). Así, la metadona puede suprimir el síndrome de abstinencia de la heroína y los tranquilizantes suprimen la abstinencia alcohólica. La utilización de la dependencia cruzada es la base de la mayoría de los métodos de desintoxicación (Mothner y Weitz, 1986).

2.1.3 **Tolerancia**

Kramer y Cameron (1975) definen el concepto de tolerancia como “el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico”. El proceso de metabolismo de la droga limita la duración de su efecto, esto es debido a que la exposición repetida ocasiona que la droga sea metabolizada con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. Por tanto, para obtener el mismo efecto anterior, se tiene que aumentar la dosis y frecuencia con que se administra la sustancia. Para que se desarrolle el fenómeno de la tolerancia suele precisarse un consumo de la sustancia suficientemente mantenido en el tiempo, pero la rapidez en desarrollarla va a depender de diversos factores tanto objetivos como subjetivos. Dentro del contexto de tolerancia se diferencian a su vez otro concepto que describimos a continuación.

2.1.3.1 Tolerancia cruzada

Es, según Kramer y Cámeron (1975), “un fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo; por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina, y viceversa, y en menor grado el consumo intenso de

bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos”.

2.1.4 Abstinencia

El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente. La abstinencia se manifiesta en el individuo adicto como un estado emocional negativo: Disforia, ansiedad, irritabilidad y depresión. Este estado puede durar varios días después de la retirada de la droga hasta que se recupera el estado normal.

En el caso de los opiáceos se diferencia el síndrome de abstinencia agudo, el tardío y el condicionado (Casas, Duro y Guardia, 1993):

2.1.4.1 Síndrome de abstinencia agudo

Consiste en un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente. Este síndrome suele ser espectacular pero poco peligroso, a diferencia de otros síndromes de abstinencia agudos, como el del alcohol o los barbitúricos, que son menos espectaculares pero muy peligrosos (Freixa, Masferrer y Sala, 1988).

2.1.4.2 Síndrome de abstinencia tardío

Aparece después del síndrome de abstinencia agudo, después de 4 a 12 días de la aparición del síndrome de abstinencia agudo. Se caracteriza por un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo después de conseguirse la abstinencia. Acarrea múltiples problemas al sujeto.

2.1.4.3 Síndrome de abstinencia condicionado

Consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en el individuo que ya no consume, al ser re-expuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de

aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente (Casas y cols., 1993). Este síndrome va seguido de periodos de gran ansiedad y miedo porque el sujeto se ve como en la situación inicial, pero después de haber pasado la abstinencia. Hay un riesgo de que vuelva a consumir por evitar esos efectos negativos que nota en su organismo sin razón aparente. Este síndrome también se conoce, popularmente, con el nombre de *flashback* (Mothner y Weitz, 1986).

2.1.5 Intoxicación

Una intoxicación se produce por exposición, ingestión, inyección o inhalación de una sustancia tóxica siempre y cuando sea de composición química, ya que si el compuesto es natural se le llamara ingesta excesiva, y esto es por cualquier sustancia, sea natural, química, procesada o creada. La gravedad de la intoxicación depende de la toxicidad del producto, del modo de introducción, de la dosis ingerida y de la edad del paciente.

La CIE-10 define la intoxicación aguda como “un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas”. Lo que caracteriza a la intoxicación es la desadaptación conductual y un síndrome específico para cada sustancia psicoactiva (APA, 2000).

Los síntomas que se presentan con más frecuencia en la intoxicación son: los trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora.

2.1.6 Craving

En sus primeras concepciones el craving por el consumo hacía referencia al deseo irrefrenable por el consumo de sustancias o ansia de la droga. Representaría, pues, un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo, como comer, ingerir la sustancia tóxica, el sexo, etc. La realización

del deseo se alcanzaría, entonces, con la consumación y el medio de conseguirlo sería el acto consumatorio. El impulso se conceptualiza como la consecuencia instrumental del craving, es decir, la intención conductual para verse implicado en una conducta consumatoria específica. El objetivo último del impulso es reducir el estado que lo ha instigado (craving). Los craving y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegan a ser autónomos, o sea, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos, no se suprimen con facilidad. Dadas estas características, el abordaje del craving resulta fundamental en el tratamiento de las personas con problemas de dependencia a drogas.

2.2 PATOLOGÍA DUAL-COMORBILIDAD

En Medicina, el término *comorbilidad* se refiere a enfermedades y/o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial. Estas enfermedades secundarias pueden deberse directamente a la primera o, por el contrario, no tener ninguna conexión con ella. En Psicología el término se aplica cuando se emiten múltiples diagnósticos para el mismo individuo, el paciente puede no tener, así, una sola enfermedad mental. La complejidad de estos casos impide hacer un diagnóstico simple (Pascual y cols., 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la existencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995). En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos mentales o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo de sustancias (Pascual y cols., 2017). En este caso resulta muy complicado diferenciar un trastorno de otro, dado que es difícil diferenciar si el trastorno se debe al abuso de sustancias psicoactivas o era anterior a dicho abuso. La identificación del cuadro psiquiátrico o su coexistencia con el TUS es, en ocasiones, complicada, ya que la sustancia mimetiza el cuadro que puede haber detrás y, otras veces, es directamente la sustancia la que produce efectos similares a los psicopatológicos, los cuales desaparecen cuando se deja de consumir, por lo que siempre se aconseja dejar un periodo ventana tras el abandono del consumo para hacer un diagnóstico de certeza (Pereiro, 2010). Se suman, a todo ello, los factores genéticos o epigenéticos, además de los factores individuales, tanto en aspectos de vulnerabilidad psicológica (por ejemplo, tipo de personalidad o carácter), como en otros de índole social o ambiental. Y es que los trastornos adictivos, y también sus comorbilidades, tienen una etiopatogenia multicausal y por ese motivo el enfoque terapéutico debe ser siempre multidisciplinar, atendiendo todas las consecuencias provocadas por la conjunción de los cuadros clínicos (Pascual y cols., 2017). Según el estudio EMCDDA de 2015, se consideran cinco

posibilidades en cuanto a la etiopatogenia de la comorbilidad (Torrens, Mestre-Pintó y Domingo-Salvany, 2015):

- El TUS y el otro cuadro psiquiátrico son independientes entre sí.
- El cuadro psiquiátrico es un factor de riesgo para desarrollar un TUS.
- El uso de la sustancia puede ser el causante de la producción del cuadro psiquiátrico, influyendo en su curso habitual.
- La aparición de un cuadro psiquiátrico temporal a consecuencia de una intoxicación o síndrome de abstinencia producido por una sustancia, lo que denominaríamos trastorno inducido por sustancias.
- El cuadro de TUS y el cuadro psiquiátrico tienen un origen común a partir de los factores de vulnerabilidad individual, lo que origina el concepto de patología dual.

El término *patología dual* se ha ido extendiendo desde hace unos años para referirse a este cuadro de comorbilidad psiquiátrica con el TUS. No obstante, la patología dual no representa, por sí misma, una entidad nosológica, ya que no es reconocida como tal por las Clasificaciones Internacionales, pero sí sirve para establecer un lenguaje común y su utilización se ha ido universalizando en las últimas décadas en la comunidad científica.

2.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL TUS

2.3.1 El TUS a nivel nacional

El consumo de sustancias va unido a la historia del hombre, aunque en las últimas décadas ha cobrado un enorme interés por el aumento en el número de casos y las repercusiones sanitarias y sociales que supone este aumento. La prevalencia del TUS se estima en España entre un 2,4 % y un 6,1 % de la población general (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a). Además, existe un considerable número de estudios epidemiológicos sobre el consumo de las distintas sustancias psicoactivas en España, utilizando muestras representativas de toda la población (adulta y escolar), por parte del Plan Nacional sobre Drogas, como otros parciales pero que son representativos de casi todas las comunidades autónomas españolas. Estas encuestas vienen haciéndose desde el año 1995 hasta la actualidad y son conocidas por los nombres de EDADES (en población adulta) y ESTUDES (en población escolar).

Tal y como muestran las últimas encuestas nacionales en sus datos, en el 2014 para población escolar y en el 2015 para población general, se observa una tendencia estable en la evolución.

En población escolar, las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis. Se observan diferencias en el consumo de las sustancias entre hombres y mujeres, el consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres. La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 13 y los 16 años y, en todas las sustancias, las prevalencias de consumo aumentan con la edad (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a).

Para la población general las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, han sido el alcohol (78%), el tabaco (40%) y los hipnosedantes (12%), seguidos del cannabis (9%) y la cocaína (2%). El inicio más precoz, como media de edad, es para las bebidas alcohólicas (17 años),

seguido del cannabis (19 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (35 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años. En cuanto a las diferencias según sexo, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes donde se observa un mayor consumo en las mujeres). En la Tabla 1 podemos ver las prevalencias de consumo de sustancias recogidas por el Plan Nacional sobre Drogas desde el año 1999 hasta el 2015 para la población general.

Las encuestas ESTUDES y EDADES nos permiten conocer la magnitud del consumo de sustancias que se da en la población española cada año, pero no nos aportan datos acerca del número de casos, entre los consumidores de sustancias, que buscan tratamiento. Para ello existe en España, desde 1987, un Indicador de Admisiones a Tratamiento (IAT) por consumo de sustancias (Plan Nacional sobre Drogas, 2016). Este indicador se obtiene a partir de unas encuestas, normalmente con periodicidad anual, que se realizan en cada Comunidad Autónoma del Estado Español y que se encargan de aunar los datos de todas las admisiones a tratamiento por drogodependencias proporcionadas por los centros de asistencia especializada de cada comunidad, entre los cuales se encuentran las Unidades de Conductas Adictivas (UCA).

Hemos recogido, en la Tabla 2 y en el Gráfico 1, los datos obtenidos sobre el número de admisiones a tratamiento en España desde el año 1998 hasta el 2014. Por lo general, la tasa de admisiones a tratamiento es bastante estable a lo largo de los años y se observa una discreta tendencia al descenso, siendo el 2002 el año con menor tasa de ingreso. En 2014 se situaba en los 104,94 casos de ingreso/100.000 habitantes, ocupando la Comunidad Valenciana el sexto lugar entre las comunidades con mayor tasa de admisión a tratamiento TUS.

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Prevalencia de consumo alguna vez en vida:									
Tabaco	64.9	68.4	68.9	69.5	68.5	75.0	71.7	73.1	72,55
Alcohol	87.3	89.0	88.6	93.7	88.0	94.2	90.9	93.1	93,5
Cannabis	19.6	23.8	29.0	28.6	27.3	32.1	27.4	30.4	31,5
Éxtasis	2.4	4.0	4.6	4.4	4.3	4.9	3.6	4.3	3,6
Alucinógenos	1.9	2.8	3.0	3.4	3.8	3.7	2.9	3.8	3,8
Anfetaminas	2.2	2.9	3.2	3.4	3.8	3.7	3.3	3.8	3,6
Cocaína polvo	3.1	4.8	5.9	7.0	8.0	10.2	8.8	10.2	8,9
Cocaína base	0.4	0.5	0.5	0.6	1.8	0.9	0.9	1.0	0,8
Heroína	0.5	0.6	0.9	0.7	0.8	0.6	0.6	0.7	9,1
Inhalantes	0.6	0.8	1.0	0.8	1.1	0.6	0.8	0.6	0,5
Hipnosedantes	-	-	-	-	-	-	2,4	2,7	4,1
Prevalencia de consumo en últimos 12 meses:									
Tabaco	44.7	46.0	47.8	42.4	41.7	42.8	40.0	40.7	40,2
Alcohol	75.2	78.1	76.6	76.7	72.9	78.7	76.6	78.3	77,6
Hipnosedantes	2.3	2.8	3.1	1.2	1.3	1.9	1.2	1.2	2,3
Cannabis	7.0	9.2	11.3	11.2	10.1	10.6	9.6	9.2	9,5
Éxtasis	0.8	1.8	1.4	1.2	1.1	0.8	0.7	0.7	0,6
Alucinógenos	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0,6
Anfetaminas	0.7	1.1	0.8	1.0	0.9	0.6	0.6	0.6	0,5
Cocaína polvo	1.6	2.5	2.7	3.0	3.0	2.6	2.2	2.1	1,9
Cocaína base	0.2	0.1	0.1	0.2	0.5	0.1	0.2	0.1	0,2
Heroína	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0,1
Inhalantes	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0,1
Prevalencia de consumo en últimos 30 días:									
Tabaco	40.1	41.4	42.9	38.4	38.8	39.4	37.6	38.3	38,5
Alcohol	61.8	63.7	64.1	64.6	60.0	63.3	62.3	64.4	62,1
Cannabis	4.5	6.4	7.6	8.7	7.2	7.6	7.0	6.6	7,3
Éxtasis	0.2	0.8	0.4	0.6	0.6	0.4	0.3	0.2	0,2
Alucinógenos	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0,2
Anfetaminas	0.3	0.6	0.2	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0,2
Cocaína polvo	0.9	1.3	1.1	1.6	1.6	1.2	1.1	1.0	0,9
Cocaína base	0.1	0.0	0.0	0.1	0.3	0.1	0.1	0.0	0,1
Heroína	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0,1
Inhalantes	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0,0
Prevalencia de consumo diario último mes:									
Tabaco	33.6	35.7	36.7	32.8	29.6	31.8	30.4	30.8	30,8
Alcohol	13.7	15.7	14.1	14.9	10.2	11.0	10.2	9.8	9,3
Cannabis	0.8	1.5	1.5	2.0	1.6	2.0	1.7	1.9	2,1
Hipnosedantes	-	-	-	2,1	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0

Tabla 1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los entrevistados de 15-64 años (porcentajes). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1999-2015) (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a).

Año	Población española (millones)	Número de admisiones	Tasa admisiones/100.000 habitantes
1998	39,85	54.338	136,35
2002	41,84	46.744	111,72
2004	43,2	52.128	120,66
2005	44,11	50.630	114,78
2006	44,71	49.283	110,22
2007	42,2	50.555	119,79
2008	46,16	53.155	115,15
2009	46,75	52.549	112,40
2010	47,02	53.434	113,64
2011	47,19	50.281	106,55
2012	47,27	49.678	105,09
2013	47,13	51.946	110,21
2014	46,77	48.926	104,94

Tabla 2. Indicador de Admisiones a Tratamiento (IAT) por consumo de sustancias psicoactivas en España (1998-2014) (Instituto Nacional de Estadística, 2018; Plan Nacional sobre Drogas, 2016).

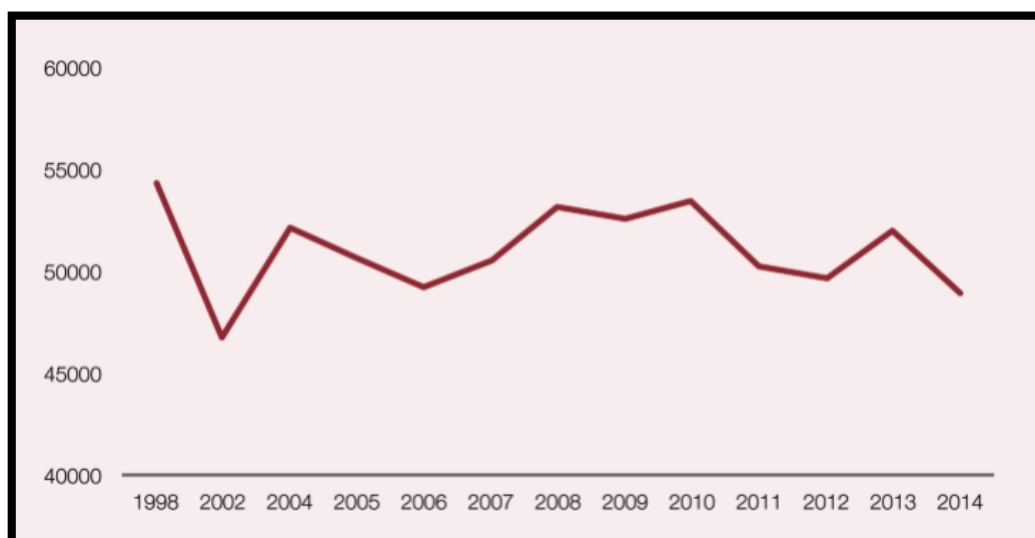


Gráfico 1. Indicador de Admisiones a Tratamiento (IAT) por consumo de sustancias psicoactivas en España (1998-2014) (Plan Nacional sobre Drogas, 2016).

En la Tabla 3 hemos recogido la distribución de admisiones a tratamiento en el año 2014 según el tipo de sustancia principal consumida.

Sustancia	%
Alcohol	36,13
Cocaína	23,32
Cannabis	21,51
Opioides	15,76
Sedantes	1,67
Otros estimulantes	1,93
Otras sustancias	0,53
Alucinógenos	0,12

Tabla 3. Distribución de admisión a tratamiento en 2014 según sustancias (%). Extraído de Plan Nacional sobre Drogas, 2016.

2.3.2 El TUS en la Comunidad Valenciana

Para la recogida de datos, la Comunidad Valenciana cuenta con variados sistemas de información, de carácter continuado, que facilitan datos sobre multitud de aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias, tales como: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores, actitudes y percepciones de diversos sectores sociales, número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia, morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas, actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social. Utilizando la información aportada por dichos sistemas, y a partir de los indicadores que proporcionan, es posible realizar un análisis de la evolución de la situación de los consumos de drogas y la capacidad de la red socio-sanitaria valenciana de atender a las patologías derivadas de las drogodependencias. Actualmente, los sistemas de información disponibles en la Comunidad Valenciana son los que se detallan en la Tabla 4.

Principales sistemas de información sobre drogas en la Comunidad Valenciana		
Sistemas epidemiológicos	SAVIA (Sistema Autonómico Valenciano de Información en Adicciones)	SECAD (Sistema de Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencias)
Encuestas de consumo en población escolar y población general de carácter autonómico.		
Principales variables: <ul style="list-style-type: none"> • Características sociodemográficas • Prevalencias de consumo de drogas • Edad de inicio al consumo • Percepción de riesgo de las diferentes sustancias • Percepción de disponibilidad • Otros factores de riesgo y protección 	Principales variables: <ul style="list-style-type: none"> • Demanda asistencial • Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas • Fallecimientos producidos por reacciones adversas por consumo de drogas 	Principales variables: <ul style="list-style-type: none"> • Indicador de tratamiento de mantenimiento con metadona • Indicador de tratamiento de desintoxicación hospitalaria • Indicador de ingreso y tratamiento en Unidad de Deshabitación Residencial • Indicador de actividad de los Centros de Encuentro y Acogida • Indicador de ingreso y tratamiento en los Centros de Día • Indicador de ingreso en Vivienda Tutelada • Indicador de valoración y apoyo al drogodependiente con problemas judiciales • Indicador de atención al drogodependiente atendido en Comisarías
Periodicidad: series bianuales con combinación de encuestas propias y encuestas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas.	Periodicidad: Anual.	Periodicidad: Anual.

Tabla 4: Principales sistemas de información sobre drogas en la Comunidad Valenciana. Extraído de Plan Nacional sobre Drogas (2017b).

Los sistemas epidemiológicos (encuestas sobre el consumo de drogas en la población) ofrecen información sobre hábitos, actitudes y opiniones sobre las drogas en la población general, o en parte de ella, y son de gran importancia para detectar cambios en el fenómeno de las adicciones y reorientar las políticas de prevención y asistencia. El análisis de situación sobre consumo de drogas para el Plan Estratégico de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana se basa en la información proporcionada por las siguientes encuestas:

- Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES).
- Encuestas de consumo y opinión propias de la Generalitat Valenciana (ENCUESTAS C.V).

Según los resultados obtenidos en las últimas encuestas de consumo y opinión de la Generalitat Valenciana (Plan Nacional sobre Drogas, 2017b), en general, la incidencia del consumo de drogas en la Comunidad Valenciana parece mantenerse relativamente estable desde una perspectiva histórica, además los niveles de prevalencia siguen siendo elevados de forma global.

Así, en lo que respecta a la población escolar, atendiendo a los resultados de las últimas encuestas epidemiológicas de la Comunidad Valenciana, y considerando el consumo en los últimos treinta días, por ser la frecuencia que más se aproxima a patrones de consumo habitual, estamos rondando cifras en torno al 63% para consumo de alcohol, 34% para tabaco, 17 % para cannabis y cifras inferiores al 2% para el resto de sustancias ilegales.

Revisando los datos obtenidos a través de los años en las encuestas autonómicas, el consumo de drogas en la Comunidad Valenciana afecta de modo similar que al resto de Comunidades Autónomas que integran el Estado Español, siendo las drogas más consumidas por los estudiantes de entre 14 y 18 años las mismas que las reflejadas en las encuestas a nivel nacional de la población escolar: alcohol, tabaco y cannabis, aunque la proporción de consumidores habituales de estas sustancias es relativamente inferior para alcohol (61,2%), cocaína (1,3%) y éxtasis (0,4%) y algo superior en tabaco (30,4%) y cannabis (18,5%).

Se confirma, por tanto, una evolución de las prevalencias de consumo de drogas a la baja, tanto a nivel estatal como autonómico, aunque los volúmenes de consumo siguen siendo altos para sustancias como el alcohol, tabaco y

cannabis, dado que estamos hablando de poblaciones con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

En el caso de la población adulta (15-64 años), y al igual que ocurría con la población escolar, las prevalencias de consumo en la Comunidad Valenciana en los últimos 30 días, para las tres principales sustancias de abuso (alcohol, tabaco y cannabis), y para el resto de sustancias ilegales, muestran un ligero descenso en los años, del mismo modo que ocurre con los datos obtenidos a nivel estatal. Los datos disponibles reflejan una diferencia con respecto a los obtenidos a nivel estatal en cuanto al descenso para el consumo habitual de alcohol, el cual se mantiene por debajo en diez puntos porcentuales en la comparativa con los datos nacionales (63,3% datos estatales vs 53,3% datos autonómicos). Para el resto de sustancias, los resultados son muy similares a los obtenidos a nivel estatal y no se observan diferencias significativas.

El Indicador de Admisión a Tratamiento (IAT) en el TUS, obtenido a partir de las encuestas SAVIA y SECAD, realizadas en la Comunidad Valenciana, recoge el número total de personas de esta comunidad que solicita “iniciar un tratamiento” cada año dado, siendo estas personas atendidas en las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) prioritariamente.

Dicho indicador constituye la mejor aproximación al número de personas atendidas en la red sanitaria, así como al tipo de sustancia por la que se genera dicha notificación. En el año 2014 se ha contado con 39 Unidades de Drogodependencias distribuidas en la red asistencial sanitaria (33 UCA y 6 UA – Unidades de Alcoholología-) en funcionamiento que pertenecen a la Conselleria de Sanitat. Las UCAs se ordenan y distribuyen territorialmente en los diferentes Departamentos de Salud que componen el mapa sanitario de la Comunidad Valenciana (Tabla 5).

Provincia	Recurso	Departamento
Castellón (4)	UCA Vinaròs	Vinaròs
	UCA Castellón (Consortio Hospital Provincial Castellón)	Castelló
	UCA Castellón (C. S. San Agustín)	Castelló
	UCA Vall D'Uixó	La Plana
Valencia (18)	UCA Sagunto (C.S. Sagunto)	Sagunt
	UCA Massamagrell	València Clínic-Malvarrosa
	UCA Valencia (C. Especialidades Padre Porta-Grao)	València Clínic-Malvarrosa
	UCA Paterna (C.S. Paterna)	València Arnau Vilanova-Llíria
	UCA Moncada	València Arnau Vilanova-Llíria
	UCA Valencia (C.S. Nou Campanar)	València-La Fe
	UCA Manises (C.S. Manises)	Manises
	UA Valencia (C.S. Trinidad)	València-La Fe
	UCA de Requena	Requena
	UCA Torrente	València Hospital General
	UCA Valencia (C.S. Guillén de Castro)	València Hospital General
	UCA Valencia (San Isidro)	Valencia Dr. Peset
	UCA Valencia (C.S. San Marcelino)	Valencia Dr. Peset
	UCA Catarroja (C.S. Catarroja)	Valencia Dr. Peset
	UCA Alzira	La Ribera
	UCA Gandía (C.S. Corea)	Gandia
	UA Gandía	Gandia
	UCA Xàtiva (C.S. Antic Hospital)	Xàtiva-Ontinyent

Tabla 5. Relación de UCA por Provincia y Departamento de Salud, 2014. Extraído de Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018.

Alicante (17)	UCA Dénia (C. S. Dénia)	Dénia
	UCA Alcoi (C. S. Alcoi)	Alcoi
	UA Alcoi	Alcoi
	UCA La Vila-Joiosa	Marina Baixa
	UCA Benidorm	Marina Baixa
	UCA Alicante (C. S. Santa Faz)	Sant Joan
	UA Alicante (Hospital Sant Joan)	Sant Joan
	UCA San Vicente del Raspeig	Alacant Hospital General
	UCA Alicante (C. Espec. C/ Gerona)	Alacant Hospital General
	UCA Villena	Elda
	UCA Elda	Elda
	UCA Elx (C. Salud El Toscar)	Elx Hospital general
	UA Elx (C. S. Altabix)	Elx Hospital general
	UCA Elx (San Fermin)	Elx-Crevillent
	UCA Orihuela (C. S. Orihuela)	Orihuela
	UCA Torreveja	Torreveja
	UA Alicante (Hospital General)	Alicante

Tabla 5. Relación de UCA por Provincia y Departamento de Salud, 2014. Extraído de Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018.

En general la tasa de solicitud de ingreso es bastante estable a lo largo de los años, aunque ha habido una discreta tendencia al aumento hasta el año 2010 y una tendencia al descenso desde el 2011 hasta el 2013. Durante el año 2014, notificaron 51 centros de tratamiento ambulatorio (33 UCA, 6 UA, 4 Centros de Rehabilitación/Reinserción Social; 7 grupos de autoayuda –alcohólicos rehabilitados- y 1 Unidad de Tabaco) siendo el 85 % de estas notificaciones realizadas por las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs). Con un total de 12.449 demandas a tratamiento recibidas en 2014, se continúa con la tendencia al alza en las notificaciones de admisión, las cuales, desde que se iniciara un descenso en 2012 y 2013, aumentan en 2014 un 1,03%.

En la Tabla 6 y en el Gráfico 2 hemos recogido los datos del Indicador de Admisión a Tratamiento (IAT), junto a la población de la Comunidad Valenciana

y la tasa de admisiones/100.000 habitantes, obtenidos desde que se empezaron a realizar las encuestas SAVIA y SECAD.

Año	Población C. Valenciana (millones)	Número de admisiones	Tasa admisiones/100.000 habitantes
2001	4,20	10.303	245,30
2002	4,32	10.642	246,34
2003	4,47	12.200	272,93
2004	4,54	12.778	281,45
2005	4,69	12.712	271,04
2006	4,80	12.442	259,20
2007	4,88	12.578	257,74
2008	5,03	13.678	271,92
2009	5,09	13.529	265,79
2010	5,11	14.016	274,28
2011	5,11	13.207	258,45
2012	5,12	12.013	234,62
2013	5,11	12.322	241,13
2014	5,00	12.449	248,98

Tabla 6. Número y tasa de admisiones a tratamiento según la población en la Comunidad Valenciana, a partir de encuestas SAVIA + SECAD. (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018; Instituto Nacional de Estadística, 2018).

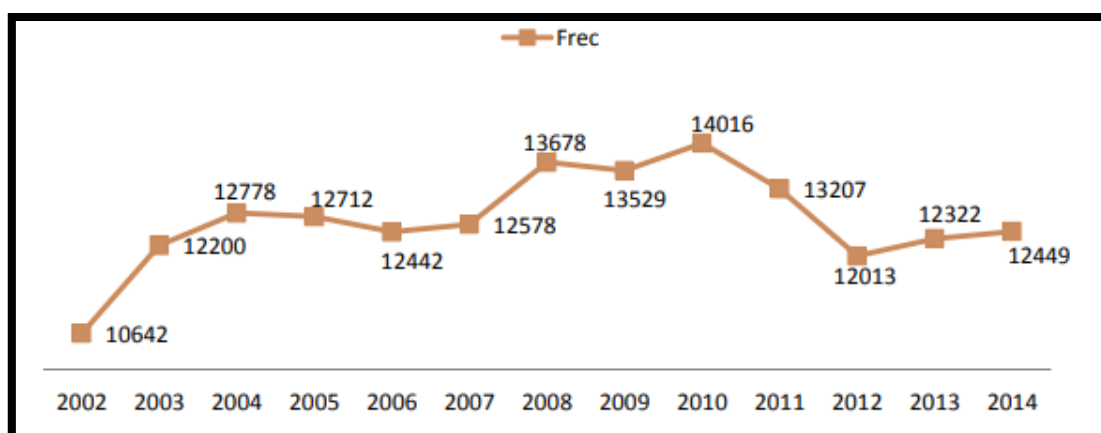


Gráfico 2. Indicador de Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad Valenciana (2002-2014) (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018).

En 2014 el volumen mayoritario de admisiones en los recursos asistenciales ambulatorios siguen siendo los tratamientos por problemas relacionados con el alcohol y la cocaína, los cuales constituyen el 55% de las notificaciones, seguidos en orden de importancia por cannabis (16%), tabaco (13%) y heroína (10%).

Hemos recogido en la Tabla 7 la distribución de admisiones a tratamiento en 2014 según el tipo de sustancia consumida.

Sustancia	%
Alcohol	33,19
Cocaína	22,35
Tabaco	13,30
Cannabis	15,56
Heroína	10,41
Sedantes	0,92
Otros estimulantes	0,49
Otras sustancias	0,25
Ludopatía	3,53

Tabla 7: Distribución de admisiones a tratamiento en 2014 según sustancias (%). Extraído de Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018.

2.3.3 El TUS en el Departamento de Salud de Orihuela

El Departamento de Salud de Orihuela está situado en la Comarca de la Vega Baja, al Sur de la Comunidad Valenciana, en la provincia de Alicante. Comprende el curso bajo del río Segura y territorios adyacentes.

En 1997, por Decreto de la Consejería de Sanidad, se crean las primeras UCAs para dar cobertura asistencial a los pacientes con problemas de drogodependencias que hasta aquel momento se encontraban fuera del sistema sanitario público. Hasta entonces la asistencia a los pacientes con TUS había sido realizada de forma altruista por Organizaciones No Gubernamentales

(ONGs) o por entidades locales o provinciales (ayuntamientos y diputaciones). Concretamente, para el área de la Vega Baja, esa asistencia se realizaba desde el Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) de Almoradí, dependiente del ayuntamiento de esa misma localidad. El CAD asistía a toda la población de la Vega Baja, comprendiendo lo que hoy en día son dos áreas de salud (Departamento de Salud de Orihuela y Departamento de Salud de Torrevieja). En 1998 se abre la UCA de Orihuela y se divide la población total de la Vega Baja de forma equitativa entre el CAD de Almoradí y la UCA de Orihuela, quedando como podemos ver en la Tabla 8.

CAD de Almoradí	UCA de Orihuela
Algorfa	Albatera
Almoradí	Benferri
Benejúzar	Bigastro
Benijófar	Callosa de Segura
Catral	Cox
Daya Nueva	Granja de Rocamora
Daya Vieja	Jacarilla
Dolores	Los Montesinos
Formentera del Segura	Orihuela
Guardamar del Segura	Orihuela Costa
Heredades	Pilar de la Horadada
Rojales	Rafal
	Redovan
	San Fulgencio
	San Isidro
	San Miguel de Salinas
	Torremendo
	Torrevieja

Tabla 8. Distribución de la población total de la Vega Baja entre el CAD de Almoradí y la UCA de Orihuela en el año 1998.

Ese mismo año hubo elecciones locales y, por motivos políticos, se decide cerrar el CAD de Almoradí, pasando el total de la población de la Vega Baja a estar atendida exclusivamente por la UCA de Orihuela durante el año 1999. En el 2000 se abre la UCA de Torrevieja, distribuyéndose de nuevo la población de manera equitativa, quedando bajo responsabilidad de la UCA de Torrevieja la asistencia de los pacientes atendidos hoy en día por el Departamento de Salud de Torrevieja y bajo la responsabilidad de la UCA de Orihuela los pacientes atendidos hoy en día por el Departamento de Salud de Orihuela. En la Tabla 9 podemos ver la distribución actual de localidades entre las dos UCAs.

UCA de Torrevieja	UCA de Orihuela
Benijófar	Albatera
Formentera del segura	Algorfa
Guardamar del segura	Almoradí
Heredades	Benferri
Los Montesinos	Benejúzar
Orihuela costa	Bigastro
Pilar de la horadada	Callosa de Segura
Rojales	Catral
San Fulgencio	Cox
San Miguel de Salinas	Daya Nueva
Torremendo	Daya Vieja
Torrevieja	Dolores
	Granja de Rocamora
	Jacarilla
	Orihuela
	Rafal
	Redovan
	San Isidro

Tabla 9. Distribución de la población total de la Vega Baja entre la UCA de Torrevieja y la UCA de Orihuela a partir del año 2000.

En el Gráfico 3 podemos ver todas las localidades que en la actualidad conforman la población del Departamento de Salud de Orihuela.

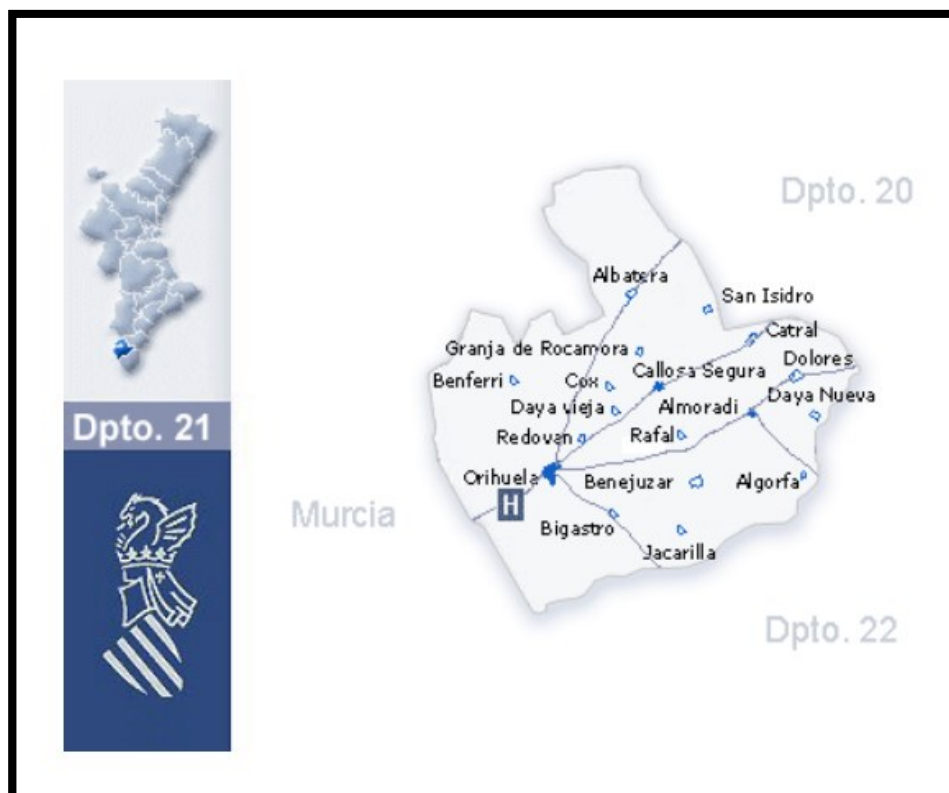


Gráfico 3. Población que atiende el Departamento de Salud de Orihuela.

En cuanto a la epidemiología del TUS en la población del Departamento de Salud de Orihuela, no se han realizado estudios de forma específica en esta población. Del mismo modo, aunque la UCA de Orihuela sí que ha participado en los estudios sobre el Índice de Admisiones a Tratamiento (IAT), tanto a nivel autonómico como nacional, nunca se han realizado estudios de forma particular en esta población.

2.4 EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL-COMORBILIDAD

En cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales en general, los estudios llevados a cabo en la población general confirman que son muy frecuentes y causan un alto grado de discapacidad. En los países de la Unión Europea, las estimaciones más conservadoras señalan que cada año un 27% de la población adulta (18-65 años) padece un trastorno mental, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión, los trastornos somatomorfos y los relacionados con consumo de sustancias (Wittchen y Jacobi, 2005). En nuestro país los datos epidemiológicos son incompletos y de muy limitada utilidad para valorar la prevalencia y el impacto de estos trastornos en la población general. Los escasos estudios de epidemiología psiquiátrica llevados a cabo se han centrado en áreas geográficas pequeñas, con muestras relativamente pequeñas y poco representativas de la población española (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2017). Según el ESEMED–España (Haro y cols., 2006), el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental (prevalencia-vida), siendo esta cifra más alta en mujeres (22,9%) que en hombres (15,7%). En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año), el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental (5,2% en hombres y 11,4% en mujeres). En el estudio realizado por Martínez y cols., también en 2006, los resultados obtenidos fueron casi idénticos y, además, el trastorno más frecuente fue el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida fueron la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia (Martínez y cols., 2006). La relación entre prevalencia-año y prevalencia-vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno.

En cuanto a la prevalencia de la patología dual, el primer estudio potente a nivel epidemiológico sobre comorbilidad dual fue el ECA (Reiger y cols., 1990), realizado en población general estadounidense. En este estudio se estimó una prevalencia a lo largo de la vida del 22,5% para el trastorno mental no asociado al TUS, 13,5% para abuso/dependencia de alcohol y 6,1% para abuso/dependencia a otras drogas. En pacientes con trastornos mentales la prevalencia del TUS fue del 29%. Los resultados de este estudio mostraron que, en la dependencia al alcohol, la ansiedad y los trastornos afectivos coexisten comúnmente. Hemos recogido en la Tabla 10 los resultados resumidos de este estudio.

Trastorno primario	Prevalencia comorbilidad con trastorno mental
Dependencia drogas (no alcohol)	53,1%
Dependencia de alcohol	36,6%
Dependencia cocaína	76,1%
Dependencia opiáceos	65,2%
Dependencia de THC	50,1%

Tabla 10. Prevalencia de patología dual derivadas del estudio ECA (Reiger y cols., 1990). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.

Posteriormente, se presentó el estudio *National Comorbidity Survey Replication* (NCSR). En esta investigación más del 25% de los individuos diagnosticados de dependencia del alcohol cumplieron los criterios del episodio depresivo y hasta el 36% de los sujetos los cumplieron para un trastorno de ansiedad (Kessler y Merikangas, 2004). Los resultados se pueden observar en la Tabla 11.

Prevalencia a lo largo de la vida TUS	Trastorno mental (excluye esquizofrenia y T.Bipolar)
Abuso de alcohol	13,2%
Dependencia de alcohol	5,4%
Abuso de drogas	7,9%
Dependencia de drogas	3,0%
Cualquier TUS	14,6%

Tabla 11. Prevalencias de patología dual derivadas del estudio NCSR (Kessler y Merikangas, 2004). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.

En este mismo estudio se mostró que los criterios de dependencia al alcohol se cumplían con frecuencia entre los pacientes con diferentes trastornos mentales (Tabla 12).

Trastorno mental	Con dependencia al alcohol
Trastorno de la personalidad	30%
Trastorno de adaptación	24%
Trastorno depresivo	22%
Trastornos de ansiedad	18%
Esquizofrenia	11%
Trastorno bipolar	9%

Tabla 12. Pacientes con trastorno mental que cumplen criterios de dependencia al alcohol, según estudio NCSR (Kessler y Merikangas, 2004). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.

Otro estudio, realizado por Huang, Massa y Karle en el 2006, también en una muestra estadounidense, fue el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC). En este estudio se apreció la prevalencia de trastorno mental en el último año entre sujetos con TUS. Los trastornos más frecuentes encontrados fueron el TUS por alcohol, los trastornos de estrés postraumático y la depresión mayor (Huang y cols., 2006). Hemos recogido los principales resultados en la Tabla 13.

Trastorno mental	Con TUS	Sin TUS
Trastornos del humor en general	20,13%	8,19%
Trastorno depresivo mayor	15,15%	6,35%
Fobia específica	17,75%	10,42%
Trastorno por ansiedad generalizada	10,54%	6,79%
Trastornos de la personalidad en general	28,6% alcohol 47,7% otras	

Tabla 13. Prevalencias de patología dual derivadas del estudio NESARC (Huang y cols., 2006). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.

En 2016 se publicaron los resultados de un estudio cuyo propósito fue determinar la relación del consumo perjudicial de alcohol (TUS de alcohol) y los trastornos mentales en México (Rivas-Acuña y cols., 2016). En este estudio se encontró que el 76% de los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos presentaban también un TUS debido al consumo de alcohol. Hemos recogido los resultados en la Tabla 14.

Trastorno mental	Consumo perjudicial de alcohol
Trastorno de ansiedad generalizada	69,5%
Agorafobia	57,7%
Trastorno antisocial de la personalidad	60,0%
Trastornos por estrés postraumático	54,5%
Riesgo de suicidio	53,2%
Fobia social	50,5%

Tabla 14. Prevalencia del consumo perjudicial de alcohol en pacientes con trastorno mental (Rivas-Acuña y cols., 2016).

Un estudio reciente, realizado en Ecuador, encuentra que la prevalencia de patología dual es del 74,5% en los pacientes que acuden a tratamiento TUS, tanto en la modalidad hospitalaria, como en la ambulatoria (Ordóñez-Mancheno, 2017). En la Tabla 15 hemos recogido los resultados de dicho estudio.

Trastorno mental	Con TUS
Trastorno de ansiedad	56,4%
Trastorno del estado de ánimo	51,9%
Trastorno antisocial de la personalidad	37,6%
Trastorno psicótico	21,1%

Tabla 15. Prevalencias de patología dual (Ordóñez-Mancheno, 2017).

Recientemente, se han publicado los resultado de un estudio realizado en la India donde se encontró que el 56,2% de los pacientes diagnosticados de trastorno mental presentaban patología dual (Srivastava, Jain y Partes, 2018). En la Tabla 16 podemos ver los resultados del estudio.

Trastorno mental	Con TUS
Trastorno de ansiedad	21,4%
Trastorno del estado de ánimo	62,5%
Trastorno psicótico	77,3%

Tabla 16. Prevalencias de patología dual (Srivastava, Jain y Partes, 2018).

En otros estudios también se ha visto que los pacientes con trastorno mental tienen un mayor riesgo de presentar un TUS, especialmente en los que presentan patologías mentales más graves (Kessler y cols., 1997; Rodríguez-Jiménez y cols. 2008). Se estima que alrededor de entre el 30-50% de la población en tratamiento psiquiátrico presenta un TUS asociado (Kessler y cols. 1997; Santamaria e Iglesias, 2001). En Unidades Hospitalarias de Psiquiatría (UHP) los pacientes con trastornos psicóticos y TUS representan una gran proporción, con cerca del 53% trastorno esquizofreniforme y 28% esquizofrenia (Rodríguez-Jiménez y cols., 2008). También se conoce que los pacientes con TUS presentan con mucha frecuencia otros trastornos psiquiátricos (Gual, 2007; Roncero y cols., 2011a; Roncero y cols., 2011b; Roncero y cols., 2013a).

En la población de adictos en España se estima que los trastornos afectivos son los más frecuentes (21,6%), seguidos por los trastornos de ansiedad (11,7%) y por la esquizofrenia (3,0%) (Gual, 2007). En el estudio realizado por De Andrés-Muñoz (2017), con pacientes en tratamiento de deshabitación en un programa ambulatorio de conductas adictivas, se observó que el 57% del total de pacientes presentaba patología dual. Más específicamente, el 21% presentaba un trastorno del estado de ánimo, el 15%

un trastorno de personalidad, el 9% esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y el 7% estaba diagnosticado de un trastorno de inicio en la infancia, niñez o adolescencia.

La mayoría de estos estudios se han realizado con muestras pequeñas y poco representativas o han sido publicados hace más de 10 años, por ello consideramos que sería interesante seguir realizando estudios en la misma línea para tratar de determinar la prevalencia de patología dual entre los consumidores de sustancias y en qué medida se asocia cada trastorno mental a las diferentes sustancias consumidas.

También se han realizado estudios de forma específica según el diagnóstico comórbido asociado al TUS.

Los trastornos de ansiedad, en particular el pánico y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), se asocian con frecuencia al TUS. Se han registrado tasas altas como el 35% para esta comorbilidad (Torrens y cols., 2015). En el estudio Madrid, una de las categorías diagnósticas asociada con mayor frecuencia al TUS fue la de trastornos de ansiedad (Arias y cols., 2013). En usuarios de opiáceos la prevalencia de trastornos de ansiedad oscila entre el 26% y el 35% (Fatséas, Denis, Lavie y Auriacombe, 2010) y, entre éstos, el trastorno de pánico y el estrés postraumático son los más frecuentes. Los trastornos de ansiedad también son comunes entre los consumidores de cocaína, anfetaminas y éxtasis (Arias y cols., 2013). Hay estudios que confirman que la comorbilidad TEPT y TUS es muy frecuente y que los síntomas comórbidos tienden a ser más graves y resistentes al tratamiento. La prevalencia del TUS en personas con TEPT oscila entre el 21,6% y el 43%, en comparación con el 8,1% y el 24,7% en la población sin TEPT. Entre los consumidores, el TEPT puede llegar a ser de hasta un 8,3% (Fernández-Marcote, Henche y González, 2011). También se ha encontrado una relación entre la fobia social y el consumo perjudicial de alcohol (Cruz, Martins y Diniz, 2017).

Se ha observado una elevada frecuencia de aparición de depresión en consumidores de alcohol, por su propio efecto depresor en el sistema nervioso central. Sin embargo, la depresión también se ha relacionado mucho con drogas estimulantes, como la cocaína, ya sea en forma primaria (llevando la depresión al consumo de cocaína), como en forma secundaria (apareciendo la depresión con el abandono del consumo) (Pascual y cols., 2017). Entre los trastornos mentales comórbidos en los pacientes con TUS, la depresión es el más común con una prevalencia que oscila entre el 12% y el 80% (Burjalieva, 2016; Gao y cols., 2018; Torrens y cols., 2015). Las personas con depresión mayor presentan una mayor vulnerabilidad para desarrollar TUS y las personas con TUS tienen un mayor riesgo de padecer depresión mayor (Torrens y cols., 2015). Ambas condiciones se refuerzan negativamente entre ellas, presentando peor respuesta al tratamiento, mayor riesgo de suicidio y necesidad de mayores cuidados de salud. La coexistencia de depresión y TUS se asocia, además, con una tasa más baja de éxito terapéutico, tanto para el TUS, como para la depresión (Torrens y cols., 2015).

La comorbilidad del trastorno bipolar con el TUS es uno de los diagnósticos duales más relevantes debido a su prevalencia e impacto en la salud pública. La prevalencia de comorbilidad entre el TUS y este trastorno oscila entre el 40% y el 60%. En el estudio Madrid, el trastorno bipolar también fue uno de los diagnósticos comórbidos más asociados al TUS, presentando el 24,3% de los pacientes con TUS el diagnóstico de trastorno bipolar. Además, se puso de manifiesto que los pacientes bipolares tienen tasas más altas de dependencia de alcohol y cocaína que los pacientes no bipolares (Arias, Szerman, Vega, Mesias y Basurte, 2014; 2017). Se ha señalado también que el TUS puede precipitar este trastorno, así está descrita la posibilidad de desencadenar cuadros maníacos o hipomaníacos con drogas como el cannabis o la cocaína. Por otro lado, las alteraciones del estado de ánimo pueden ser factores de riesgo para el consumo, la manía puede favorecer el consumo en relación con la mayor impulsividad, la alteración de la capacidad de juicio o la excesiva implicación en

actividades placenteras (Arias y cols., 2013). El uso de grandes cantidades de alcohol u otras sustancias, en particular estimulantes y cannabis, tiene lugar con frecuencia durante la fase maníaca del trastorno bipolar (Torrens y cols., 2015).

Los trastornos psicóticos forman parte de otra de las categorías diagnósticas que, con frecuencia, resulta ser comórbida al TUS. La Red Europea de Emergencias Médicas (Euro-DEN), recopila datos sobre la atención en los Servicios de Urgencias con toxicidad aguda por drogas. La psicosis estuvo presente en el 6,3% de los casos atendidos a lo largo del 2013 y las drogas con más frecuencia consumidas por pacientes diagnosticados de psicosis fueron el cannabis, las anfetaminas y la cocaína (Vallersnes y cols., 2016). Otros estudios recientes han encontrado una elevada relación entre el TUS y el desarrollo de esquizofrenia y, además, proponen que la alta combinación de estos dos trastornos podría explicarse por una base genética (Gurriarán y cols., 2018). El estudio Madrid también detectó la presencia de pacientes psicóticos con TUS, encontrándose un 11,5% de comorbilidad entre ambos trastornos. En este estudio las drogas con más frecuencia consumidas fueron el alcohol, la cocaína y los cannabinoides, en dicho orden (Arias, Szerman, Vega, Mesias y Basurte, 2015). Los trastornos por uso de sustancias son más comunes en las personas con psicosis, particularmente en esquizofrenia y trastorno bipolar, que en la población general. Entre las personas con psicosis, los que además son también consumidores de sustancias tienen un mayor riesgo de recaída en la aparición de nuevos brotes psicóticos, hospitalización y mayor mortalidad (Pascual y cols., 2017). En el informe *Comorbidity of Substance Use and Mental Health Disorders in Europe* (EMCDDA, 2015) se exponen las siguientes conclusiones sobre el TUS en pacientes psicóticos (Torrens y cols., 2015):

- Ciertas drogas pueden precipitar la aparición de una psicosis en personas con predisposición individual a sufrirla.
- Algunas personas con cuadros de psicosis subclínicos incrementan la sintomatología tras el uso de sustancias.

- Hay personas que pueden experimentar un episodio psicótico agudo por intoxicación a una sustancia o al sufrir el cuadro de abstinencia.
- Los cuadros psicóticos más frecuentes entre los consumidores de sustancias son la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Según Bernabarre (2014), los efectos más comunes de la comorbilidad entre el TUS y los trastornos psicóticos son: Peor cumplimiento terapéutico en ambos trastornos, peor pronóstico de ambos, mayor número de recaídas de consumo y por brotes psicóticos, mayor gravedad de los episodios psicóticos, inicio más temprano de la enfermedad, más síntomas positivos y de desorganización, más síntomas depresivos y alteraciones cognitivas, mayor riesgo de conductas suicidas, mayor coste en la atención médica y de cuidados, y mayor problemática social. La sustancia más prevalente, y la que más se ve en la clínica diaria entre estos pacientes, es el cannabis, presente en un 11,3% (Verdoux, Mury, Besançon y Bourgeois, 1996).

En los últimos años ha aumentado el interés por la comorbilidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el consumo de sustancias. Existe gran relación entre el consumo de sustancias, especialmente cocaína, y el TDAH residual (Gratch, 2009). En un estudio reciente, realizado en seis países europeos, la prevalencia de TDAH en los usuarios de sustancias que buscaban tratamiento oscilaba entre el 5% y el 33% (Torrens y cols., 2015). En otro estudio, realizado en España, los resultados indicaron que entre los pacientes con TUS existe un alto índice de TDAH en la infancia no diagnosticados ni tratados (Ros, Valoria y Nieto, 2004; Ros, 2014). Otros estudios también demuestran esta frecuente comorbilidad entre el TUS y el TDAH no diagnosticado en la infancia, por ejemplo en el estudio realizado por Ohlmeier y cols., (2009) un 23,1% de los pacientes dependientes de alcohol mostraron claras evidencias retrospectivas de haber padecido TDAH en la infancia y se demostró que el TDAH persistía en un 33,3% de los pacientes adultos. Mientras que en el grupo de pacientes adictos a otras drogas un 54,1%

presentaban criterios para TDAH en la infancia y un 65% mostraban evidencia de la persistencia del mismo en la edad adulta. Según Wilens (2014), los efectos más comunes de la comorbilidad entre el TUS y el TDAH en pacientes jóvenes son: El inicio más precoz en el consumo, mayor duración del TUS, mayor gravedad en el consumo, menores tasas de remisión, menor duración de la abstinencia y mayor resistencia al tratamiento.

El uso de drogas se asocia a menudo con los trastornos de la personalidad, siendo los más frecuentes, entre los usuarios de drogas ilícitas, los trastornos de la personalidad antisocial y límite. En un estudio realizado en Noruega, el 46% de los pacientes con TUS tenían al menos un trastorno de la personalidad (16% antisocial, 13% límite y 8% paranoide, evitativo y obsesivo-compulsivo) (Langas, Malt y Opjordsmoen, 2012). Parece ser que el trastorno límite de la personalidad y el TUS están presentes entre el 64% y el 66% de pacientes y que el 18% de los casos con TUS cumpliría también criterios para el trastorno límite, siendo las drogas más frecuentes entre ellos los opiáceos, seguidos de la cocaína y el alcohol (Ferre, Prat y Andión, 2011). Para el estudio Madrid, el trastorno antisocial de la personalidad fue el más frecuente entre los TUS (Arias y cols., 2013).

Según el informe *Monitoring Center* (EMCDDA), las características de comorbilidad entre las alteraciones de la personalidad y el TUS son (Torrens y cols., 2015):

- Las personas con trastornos de la personalidad padecen más síntomas problemáticos de TUS que aquellas que no presentan trastorno de personalidad.
- EL trastorno antisocial y el límite son los trastornos más frecuentes entre los consumidores de drogas ilegales.
- Estos pacientes participan con más frecuencia en conductas de riesgo (compartir jeringas y prácticas sexuales de riesgo).
- Presentan más dificultades para permanecer o cumplir el tratamiento.

Hay pruebas sólidas que demuestran que la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el uso de sustancias se presenta de forma frecuente. Entre las personas con TUS, más del 35% puede presentar un TCA, mientras que entre la población general esta cifra no excede de entre 1 – 3% (Torrens y cols., 2015). En el estudio EMCDDA, en relación a la bulimia y la anorexia, se ha encontrado evidencia sobre el consumo de algunas drogas de forma concomitante con el fin de provocar la pérdida de peso, ante la imagen distorsionada que tiene la propia persona de sí misma (Torrens y cols., 2015).

Los datos de prevalencia varían en función del escenario en donde se desarrollen los diferentes estudios. El estudio EMCDDA (Torrens y cols., 2015) da una buena prueba de esto al valorar este tipo de trastornos comórbidos entre la población general, los pacientes en hospitales generales, los pacientes tratados en los servicios de drogas, los pacientes atendidos en las unidades de salud mental, los usuarios de drogas que no buscan tratamiento, la población penitenciaria o los sin techo, de ahí que los valores establecidos para las distintas prevalencias de los trastornos mentales en consumidores de drogas sean tan dispares.

En este informe también se pone de manifiesto que la comorbilidad entre el TUS y otros trastornos mentales, o viceversa, representa en estos momentos un importante reto para el diagnóstico y el tratamiento, debido principalmente a la alta prevalencia y a la complejidad del tratamiento a partir de los escasos recursos con los que se cuentan para este tipo de pacientes, pudiendo considerarse como claves de futuro en la asistencia a los problemas adictivos. En comparación con los pacientes que sufren solo un trastorno, esta comorbilidad se caracteriza por la alta gravedad del cuadro psicopatológico o adictivo.

2.5 CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DEL TUS

El consumo de sustancias, que ha ido en aumento desde la década de los 60, y que se ha estabilizado en los últimos años, ha generado nuevos problemas de salud que se han asociado, tanto a la forma de consumo, como a las características fármaco-tóxicas de las distintas sustancias. Es bien conocido el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, debido al hecho de mantener relaciones sexuales sin protección, bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, y el riesgo de contagio de enfermedades que acarrear algunas de las formas de administración de las sustancias. En este sentido, la vía parenteral, o intravenosa, es la forma de consumo más peligrosa, debido a su relación directa con la transmisión de enfermedades como el V.I.H (Bravo, Ortiz, Galván, Barrio y de la Fuente, 1998). De la misma forma, el consumo de sustancias también se asocia a complicaciones a nivel neurológico y psiquiátrico (Barrio y cols., 1999; De la Fuente y Barrio, 1996; Szerman, Marín-Navarrete, Fernández-Mondragón y Roncero, 2015), con el riesgo de desarrollo de otros trastornos mentales futuros, como son los trastornos psicóticos, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, entre otros (De Andrés-Muñoz, 2017; Roncero y cols., 2012; Roncero y cols., 2013a), y también con el desarrollo posterior de trastornos neurológicos, como son el deterioro cognitivo, la pérdida de memoria, la afasia de Wernicke-Korsakof, etc. Por ejemplo, en el caso del alcohol, existen recogidos, tanto en el DSM-IV y 5, como en la CIE-10, problemas clínicos con afecciones neurológicas relacionadas con el consumo de esta sustancia: alucinosis alcohólica, amnesias parciales (blackouts), alteraciones cognitivas, encefalopatía de Wernicke, síndrome amnésico de Korsakoff, alteraciones de la personalidad, disfunción sexual, etc. (APA, 2000, 2014; OMS, 1995). Según el *Informe sobre la Salud en el Mundo* (OMS, 2013), el uso de drogas ilícitas se encuentra entre los 20 factores de riesgo principales de la carga mundial de morbilidad.

El consumo de sustancias no solo se relaciona con afecciones en la salud de quienes las consumen, sino que también tiene su efecto en otras áreas de la

vida de las personas, como son: el área familiar, laboral o escolar, social y económica. Diversas investigaciones asocian el consumo de sustancias con deterioro familiar, violencia, pérdida de empleo, fracaso escolar, funcionalidad disminuida, riesgos sociales, etc.

El TUS reporta una serie de perjuicios entre los que destaca un deterioro en las relaciones familiares. En las relaciones paterno-filiales, en familias de alcohólicos, se pueden identificar una serie de deficiencias que afectan al correcto funcionamiento familiar y al desarrollo intelectual y emocional de los hijos. Algunas de estas alteraciones son: irritabilidad del progenitor alcohólico, que a menudo se convierte en hostilidad y violencia (Vega, 1994), presencia de trastornos afectivos como depresión, sobre todo en las esposas de alcohólicos (Pérez 1992; García, Bobes, Bousoño, Cervera y Lemos, 1986), prevalencia de patología psiquiátrica en la descendencia y consumo de drogas entre la fratria (García y cols. 1986), relación sobreprotectora hacia los hijos por parte del progenitor no consumidor (González, 1988), arbitraria e incoherente normativa familiar (castigos injustificados, falta de normas...) y ausencia de uno o ambos progenitores (González 1988). Por todo esto, las familias con progenitores alcohólicos o con historia de dependencia a otras sustancias desarrollan una dinámica familiar capaz de repercutir negativamente en la personalidad de los hijos (Pérez, 1992). Otros estudios más recientes siguen en la misma línea y también ponen de manifiesto que los hijos de padres con trastornos por consumo de alcohol y otras drogas sufren de problemas físicos, mentales y de conducta a un ritmo mayor que otros niños y tienen más probabilidades de desarrollar sus propios TUS en la adolescencia (Straussner y Fewell, 2018).

En cuanto a la violencia asociada al TUS, aparece sobre todo en el entorno familiar (Lee y cols., 2018). Según los datos del Barómetro de Sociología de marzo, realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en el año 2000, entre las causas que llevan a ejercer la violencia, el 95,8% de los españoles señala el abuso de alcohol como causa principal, seguido a muy corta distancia por el abuso de otras drogas con un 94,7%. En otra investigación se

ratificó que, aunque no es el único factor influyente, el alcohol constituye la causa principal de la violencia sufrida en el entorno familiar (García, 1999). En población general, se ha encontrado una incidencia de maltrato doméstico que oscila entre un 50% y 70% en consumidores de alcohol y entre un 13% y 30% en consumidores de otras drogas (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1996). Otros estudios más recientes han encontrado que cerca del 30% de las personas diagnosticadas de TUS son violentas con sus parejas y cerca del 34% lo son con otras personas (Bonay y cols., 2018). También se ha mostrado, claramente, el vínculo causal que hay entre el alcohol y la agresión física a terceros y se ha visto que se produce un aumento significativo de la agresión a partir de la dosis de 0,75g/kg (Kuypers, Verkes, Brink, Amsterdam y Ramaekers, 2018).

Las repercusiones que el TUS produce en la población laboral inciden tanto en los trabajadores como en las empresas. Según la última *Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el ámbito Laboral en España* (Plan Nacional sobre Drogas, 2015), más del 25% de los trabajadores dentro del grupo de consumidores de alto riesgo refieren haber sufrido algún suceso negativo como consecuencia de su adicción. Entre las consecuencias más características para el trabajador, destacan los problemas de relación con el resto de compañeros, conductas de agresividad verbal o física, disminución del rendimiento, accidentes de tráfico en los trayectos a casa o al trabajo, accidentes de trabajo dentro de la propia actividad laboral y problemas de salud que dan lugar a mayor absentismo laboral y a mayor cantidad de ILT (incapacidades laborales transitorias). En lo que se refiere a las empresas, aproximadamente el 50% de las empresas españolas han tenido que enfrentarse en los últimos tiempos a problemas derivados del consumo de sustancias por parte de sus trabajadores. Como consecuencia de ello está lo que la empresa deja de ganar, o la pérdida de productividad debido al efecto de la sustancia sobre el individuo con pérdida de rendimiento, fatiga y paradas repetidas. Y, por otra parte, está lo que las empresas y la sociedad se gastan debido a los problemas de salud y

absentismo ocasionados por el consumo de sustancias. Todo ello viene acompañado de un mayor gasto sanitario y social, asociado a ILT y jubilaciones anticipadas (triplica el gasto por seguro de enfermedad que el resto de empleados).

El fracaso escolar se ha relacionado también con el TUS, en España se ha asociado el hecho de ser repetidor de curso en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), el absentismo escolar y la baja satisfacción escolar con el consumo de alcohol y de otras sustancias (Barca, Peralbo, Porto, Marcos y Brenlla, 2011; Córdoba, García, Luengo, Vizúete y Feu, 2012). Según la *Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES), entre los consumidores de cannabis un 44% ha repetido curso, frente a un 28% de repetidores entre los que no consumen (Plan Nacional sobre Drogas, 2014-2015). En otros estudios se ha visto que el compromiso y el rendimiento escolar satisfactorio parecen tener un efecto protector significativo en el desarrollo del TUS, en los homicidios con armas de fuego y en los riesgos de comportamiento violento (Khubchandani y Price, 2018).

En cuanto a la funcionalidad de los pacientes con TUS, algunos estudios han encontrado una funcionalidad disminuida con descontrol emocional, alteración en el afecto y la comunicación, ajuste escolar, autoestima y apoyo familiar que se ven afectadas a medida que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales es mayor (Ruvalcaba y Covarrubias, 2012; Villareal-González, Sánchez-Sosa y Musitu, 2013). En otras investigaciones se ha encontrado también empobrecimiento de las relaciones sociales en pacientes alcohólicos (González, 1988).

El TUS también va asociado a la exposición ante determinadas situaciones de riesgo social. Muchas investigaciones han puesto de manifiesto la frecuencia de conductas agresivas e inadecuadas que se realizan bajo los efectos de las diferentes sustancias. Son diversos los estudios que demuestran estos vínculos, como ejemplo podemos citar los llevados a cabo por Cid-Monckton y Pedrao (2011), Lee y cols., (2018), Natera, Borges, Medina, Solís y

Tiburcio (2001) o Villareal-González y cols. (2013), donde afirman que estas conductas conllevan un elevado coste para el gobierno, ya que los efectos del alcohol y otras drogas ilegales inciden en la toma de decisiones arriesgadas por parte de los consumidores, tales como la conducción bajo los efectos de la sustancia, tener relaciones sexuales sin protección, peleas, accidentes y suicidios, entre otras.

Con respecto al suicidio, su prevalencia entre los consumidores de drogas de abuso es más elevada que entre la población general. Incluso entre los que no son consumidores habituales, una intoxicación aguda por sustancias puede incrementar la impulsividad facilitando la conducta suicida. Un ejemplo claro ha sido el incremento de los suicidios en Rusia en la década de los 80 debido al aumento de la disponibilidad de las bebidas alcohólicas (Lineberry y Brady, 2015). En general, las personas con TUS tienen 10 veces más probabilidad de fallecer por suicidio, mientras que los sujetos sin TUS, que sólo hacen uso controlado de sustancias, fallecen con más frecuencia por accidente debido, sobre todo, a la conducción de vehículos bajo los efectos de determinadas sustancias (Pascual y cols., 2017). El estudio NSDUH, realizado en Estados Unidos en el año 2011, concluye que las personas mayores de 18 años con TUS tienen 4 veces más pensamientos graves de suicidio que los no consumidores (United States Department of Health and Human Services, 2012). Otro estudio concluye que el 53,2% de los intentos de suicidios son realizados por personas con consumo perjudicial de alcohol (Rivas-Acuña y cols., 2016).

Finalmente, es importante destacar que el TUS no es sólo un trastorno que curse con su sintomatología y tenga consecuencias importantes sobre las principales áreas de la vida de las personas, sino que, además, también puede tener diferentes complicaciones asociadas que dificulten mucho, tanto su tratamiento, como el tratamiento de otras patologías. Estas complicaciones son el tipo de sustancia principal de consumo, la presencia de patología dual y el policonsumo. De la misma forma, el consumo de sustancias prolongado en el

tiempo se asocia a complicaciones del TUS a largo plazo, como puede ser el desarrollo de afecciones neurológicas y de otros trastornos mentales.

Una de las complicaciones que se asocia al tratamiento del TUS es el policonsumo, poliadicción o uso de sustancias múltiples. Con ello nos referimos al abuso y dependencia que suele darse en las personas que, teniendo un diagnóstico principal por dependencia a una sustancia psicoactiva, al mismo tiempo están consumiendo otra. En la actualidad, este fenómeno es normal cuando el consumo principal es una droga ilegal, fundamentalmente heroína o cocaína, estando presente el consumo de otras sustancias psicoactivas, bien por escasear la droga en un momento señalado, bien para contrarrestar los efectos del síndrome de abstinencia, o para incrementar los efectos de la misma. En la práctica, el DSM-IV sugiere que se haga el diagnóstico múltiple de abuso de sustancias cuando durante un periodo de 12 meses, como mínimo, el sujeto consuma al menos tres sustancias psicoactivas, excluyendo la nicotina y la cafeína, y cuando no predomina el consumo de una sobre las demás y por ello no se haya podido establecer el diagnóstico para una sustancia específica. El policonsumo es uno de los factores que se asocia con más frecuencia al TUS, tal y como se muestra en los resultados de la última Encuesta Nacional EDADES, concretamente el 59,3% de la población consume una única sustancia, el 29,3% dos sustancias, el 8,5% tres, y el 2,9% cuatro o más sustancias (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a). En otro estudio, realizado con pacientes en tratamiento ambulatorio, se observó que cerca del 59% de los pacientes con TUS presentaba dependencia a más de una sustancia (De Andrés-Muñoz, 2017), mientras que en pacientes en tratamiento hospitalario se han encontrado tasas bastante más elevadas que oscilan entre el 50% y el 96% (Martin, Arria, Mezzich y Bukstein, 1993; Timko, Ilgen, Haverfield, Shelley y Breland, 2017). Otro estudio, realizado con muestra perteneciente, tanto a la modalidad de tratamiento hospitalario, como a ambulatorio, encuentra que el 46,6% de los pacientes son policonsumidores (Ordóñez-Mancheno, 2017). Además, se ha visto que el policonsumo se asocia a más gravedad del TUS y de otras patologías asociadas,

a una baja adherencia al tratamiento y menores tasas de éxito terapéutico, a peor pronóstico con frecuentes recaídas en el consumo y a la presencia de otro trastorno mental comórbido al TUS o patología dual (Ahmadi y cols., 2009; Albiach, Palau, Llinares y Santos, 1998; Blanco-Álvarez y Jiménez-Morales, 2015; Domínguez-Martín, Miranda-Estribí, Pedrero-Pérez, Pérez-López y Puerta-García, 2008; Marín-Madrigal y Calderón-Barboza, 2018; Roncero y cols., 2012; Silva, Cerqueira y Rocha, 2004; Wang y cols., 2017; Timko y cols., 2017). En cuanto a los estudios realizados en población de estudiantes jóvenes, se ha encontrado también que el policonsumo de sustancias se da en el 42% de los jóvenes consumidores en la población general y en el 96% de la población en tratamiento hospitalario (Martins y cols., 1993; Riquelme y cols., 2012).

Otra de las complicaciones que se pueden dar en el TUS es el hecho de que exista patología dual, como ya hemos comentado con anterioridad. En la mayoría de estudios realizados en pacientes con patología dual, el paciente se percibe como, mayoritariamente, incumplidor del tratamiento, con un mal pronóstico y una evolución complicada, en la que el incumplimiento agrava, tanto la enfermedad mental que padezca el sujeto, como el TUS (Roncero y cols., 2013a). Del mismo modo, también se han realizado estudios donde se ha visto que el paciente dual realiza con más frecuencia un policonsumo de sustancias (Albiach y cols., 1998; Domínguez-Martín y cols., 2008; Roncero y cols., 2012; Silva y cols., 2004; Timko y cols., 2017) y mantiene unos niveles de adherencia más bajos y unas peores tasas de éxito terapéutico que los pacientes con TUS sin patología dual (Bilici y cols., 2014; Brown, 2005; De Andrés-Muñoz, 2017; Landheim, Bakken y Vaglum, 2006; Marín-Madrigal y Cols., 2018; Pantalón, Murphy, Barry, Lavery y Swanson, 2014; Samet y cols., 2013). Otros estudios realizados, también indican que el uso de sustancias produce un impacto negativo en el cuadro psicopatológico que pueda padecer el sujeto, agravándolo y complicando mucho más su tratamiento y su pronóstico. Y esto también se ve a la inversa, cuando un paciente TUS padece otro trastorno mental comórbido, el manejo del TUS es mucho más abigarrado y las complicaciones y recaídas

mucho más frecuentes (Goeb, Coste, Bigot, y Ferrand, 2000; Pereiro, 2010; Xie, McHugo, Fox y Drake, 2005). Asimismo, diversos estudios han observado que la patología dual aumenta la gravedad clínica de estos pacientes, existiendo un mayor riesgo de conductas suicidas (Marmorstein, 2011; Szerman y cols., 2011). También se han realizado estudios donde se ha visto que la patología dual se relaciona con el desarrollo de afecciones y trastornos neurológicos (Gálvez-Flórez y Rincón-Salazar, 2009; Levy, Saemann y Oepen, 1996; Roncero y Casas, 2016; SANED, 2015; Szerman y cols, 2015). Aunque se han realizado diferentes estudios sobre patología dual, todavía son necesarios muchos otros donde se diluciden cuáles son los factores que influyen en los resultados del tratamiento de este tipo de pacientes.

En lo que se refiere a las complicaciones a largo plazo que puede plantear el TUS, como hemos comentado anteriormente, se ha encontrado que supone un riesgo importante para el posible desarrollo de trastornos y afecciones neurológicas en el futuro.

En cuanto a la población general, según el informe *Trastornos neurológicos: retos para la salud pública*, divulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mil millones de personas sufren en todo el mundo enfermedades y trastornos neurológicos. Estas enfermedades afectan a uno de cada seis habitantes del planeta y, en España, afectan al 12 % de la población (segundo país de la UE con mayor incidencia proporcional) (OMS, 2007).

En población con TUS, en cuanto a los estudios de prevalencia de comorbilidad entre el TUS y los trastornos neurológicos, los resultados no son concluyentes, ya que los datos varían en función del escenario en donde estén hechos los diferentes estudios. No obstante, sí se han realizado multitud de estudios, que han relacionado el consumo de sustancias con el desarrollo de trastornos y afecciones de este tipo (Gálvez-Flórez y cols., 2009; Levy y cols., 1996; Roncero y Cols., 2016; SANED, 2015; Szerman y cols, 2015).

En el caso del alcohol se ha visto que, con el abuso crónico y la dependencia, se pueden producir lesiones en distintas partes del cerebro. Algunas lesiones son macroscópicas y pueden observarse con técnicas de neuroimagen. Por ejemplo, se han descrito lesiones en el cuerpo caloso, protuberancia, tálamo y cuerpos mamilares, así como ensanchamiento de los surcos cerebrales y cerebelosos, dilataciones de los ventrículos cerebrales, etc. (Charness, 1993; Medrano, Sadaba y Marot, 1992). Otras lesiones son microscópicas y puede observarse, en el hipocampo y el cerebelo de individuos dependientes de alcohol, que las prolongaciones dendríticas tienen menor densidad e incluso que el número de neuronas es menor (Walker, King y Hunter, 1993). Del mismo modo, se ha encontrado que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de demencia y produce atrofia cerebral en diferentes estructuras cerebrales; materia gris, materia blanca, cerebelo y estructuras subcorticales (Topiwala y Ebmeier, 2017). En estudios recientes, también se ha observado que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo (Antón-Jiménez y González-Guerrero, 2017), concretamente el consumo de alcohol, a largo plazo, se relaciona con déficits neuropsicológicos que se manifiestan en la memoria de trabajo y en las funciones ejecutivas (Correa-Muñoz y Pérez-Gómez, 2013; Coullaut-Valera, Arbaiza-Díaz del Río, Arrúe-Ruiloba, Coullaut-Valera y Bajo-Bretón, 2011), además el 49,9% de los pacientes alcohólicos obtienen un resultado compatible con deterioro cognitivo en diferentes pruebas neuropsicológicas (Pelletier y cols., 2018). Otros estudios han encontrado que el deterioro cognitivo que se produce en pacientes alcohólicos es generalizado y afecta a todas las funciones cognitivas superiores (Ioime y cols., 2018) y, por otra parte, que el consumo crónico de alcohol también es un factor de riesgo para la transición del deterioro cognitivo leve (DCL) a la enfermedad de Alzheimer (EA) y la muerte (Xue y cols., 2017).

Es conocido que el consumo de cannabis provoca un deterioro de las funciones cognitivas. Campbell, Evans, Thompson y Williams (1971) ya

encontraron una disminución del volumen cerebral entre consumidores que justificaba la existencia de deterioro cognitivo. Una de las consecuencias agudas del consumo del cannabis es la aparición de trastornos en la esfera cognitiva, en forma de alteraciones en la memoria reciente, trastornos en la concentración y percepción. Dichas alteraciones suelen remitir de manera espontánea tras el abandono del consumo, pero en el caso del consumo continuado, y a dosis moderadas-altas, diferentes estudios han encontrado que esas alteraciones dejan de ser reversibles y tienden a cronificarse, durante largo tiempo, aunque cese el consumo. Por ejemplo, en los estudios de Kolansky y Moore (1972) se observó un cuadro caracterizado por apatía, pobre ajuste psicosocial, déficits de memoria y atención e indiferencia entre los consumidores de larga duración. Dichos autores relacionan la intensidad del cuadro con la duración e intensidad del consumo: a mayor consumo, mayor déficit y mayor tiempo de abstinencia para la reversión del trastorno. Resultados parecidos son descritos por Tennant y Groesbeck (1972). Otros estudios se focalizan más en las áreas específicas de las diferentes funciones cognitivas en los consumidores de cannabis y encuentran disfunciones en áreas cerebrales relacionadas con las habilidades verbales y lógico-analíticas, capacidad de abstracción, psicomotricidad y memoria (Tunving, Thulin, Risberg y Warkentin, 1988; Lundqvist, 1995). Estudios realizados con técnicas radiológicas, encuentran niveles basales de flujo cerebral menores en consumidores de cannabis en comparación con grupos control (Tunving, Lunqvist y Eriksson, 1986; Mathew y Wilson, 1992) y actividad cerebelosa basal menor entre los consumidores crónicos que en el grupo control (Volkow y cols., 1991, 1996). Por último, los estudios llevados a cabo con potenciales evocados muestran una alteración sutil pero, claramente, medible en los consumidores crónicos, sin que la abstinencia consiga una completa normalización de las pruebas (Solowji, 1995, 1999; Solowji, Grenyer, Peter y Chester, 1997). Otros estudios más recientes indican que el cannabis puede provocar alteraciones significativas sobre el desarrollo neuronal en adolescentes consumidores (Vérez-Cotelo, 2012) y déficits neuropsicológicos significativos a largo plazo donde, además de déficits a nivel de memoria de trabajo y funciones

ejecutivas, también se encuentran mayores carencias en la memoria inmediata, y peor resistencia a la interferencia, mostrando una menor inhibición a las respuestas automáticas, y una atención alternante disminuida, necesitando más tiempo para realizar actividades que requieren un pensamiento lógico y secuencial (Carey, Nestor, Jones, Garavan y Hester, 2015; Cohen y Weinstein, 2018; Correa-Muñoz y cols., 2013; Coullaut-Valera y cols., 2011; De Luca y cols., 2017; Mandelbaum y de la Monte, 2017; Morkrysz y Freeman, 2018). En otro estudio, realizado por Rigucci y cols. (2018), se ha asociado el consumo de cannabis con una disminución de la concentración de glutamato en el área prefrontal y se piensa que dicha alteración puede influir en el deterioro cognitivo asociado al consumo de cannabinoides.

En los últimos años también se han publicado diversos trabajos sobre la relación entre el consumo de cocaína y la afección de diferentes funciones cognitivas, aunque no es posible, con los datos actuales, llegar a conclusiones firmes sobre un patrón concreto de afección y la magnitud del daño (Jovanovski y Zakzanis, 2005; Goldstein y cols., 2004). Los datos más interesantes, relacionados con la cocaína, implican alteraciones significativas en pruebas de funciones cognitivas básicas como atención, tiempo de reacción, memoria de trabajo, memoria declarativa, velocidad de procesamiento y velocidad motora, funciones ejecutivas, habilidades perceptivas y espaciales, memoria visual y verbal y fluidez verbal (Abi-Saab y cols., 2005; Cunha, Nicastri, Gomes, Moino y Peluso, 2004; Garavan, Kaufman y Hester, 2008; Goldstein y cols., 2004; Kübler, Murphy y Garavan, 2005; Pace-Schott y cols., 2008; Ruiz-Sánchez de León y cols., 2009; Vonmoos y cols., 2013; Vonmoos y cols., 2014; Woicik y cols., 2009). En otros estudios, se ha relacionado el consumo crónico de cocaína con trastornos del movimiento agudos que se manifiestan en forma de; comportamientos estereotipados, acatisia y discinesias bucolinguales (Méndez, Gata, Domingo y Bermejo, 2015), pero también se ha asociado el consumo de cocaína con trastornos del movimiento crónicos que se manifiestan, con frecuencia, como una combinación de síntomas, donde lo más común incluye:

agitación, temblor, movimientos hiperkinéticos y estereotípicos, deterioro cognitivo y también hipertermia y disfunción cardiovascular (Asser y Taba, 2015). En estudios más recientes, se ha visto que la cocaína induce cambios selectivos en la morfología de la columna vertebral, la densidad de la columna y la formación de sinapsis (Ka, Kook, Liao, Bunch y Kim, 2017). También se ha encontrado que el consumo de cocaína produce deterioros en el funcionamiento cognitivo y social (Wunderli y cols., 2016), así como en los procesos de memoria (Viola y cols., 2015).

En cuanto a los efectos de la heroína en el funcionamiento del cerebro, también hay estudios que han encontrado peor rendimiento en pruebas neuropsicológicas en los consumidores de heroína que en los grupos control, señalándose alteraciones de la memoria a corto plazo, atención/concentración, velocidad de procesamiento, flexibilidad mental y funciones ejecutivas (Madden, Petra, Badger y Bickel, 1997; Muñoz-García y Graña-Gómez, 2011; Ornstein y cols., 2000; Pau, Lee y Chan, 2002; Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque y Puerta-García, 2013; Verdejo-García, López-Torrecillas, Aguilar de Arcos y Pérez-García, 2005; Zhu y cols., 2017). Además, se ha visto que estas alteraciones a nivel de rendimiento cognitivo se asocian al deterioro de los receptores de dopamina (Zhu y cols., 2017).

Los sedantes también se han relacionado con alteraciones neurológicas. Por ejemplo, se ha relacionado el consumo prolongado de benzodiazepinas con el incremento significativo, tanto del riesgo, como del desarrollo de deterioro cognitivo (Forteza-González, Oriolo, Balcells-Oliveró, Sánchez del Valle y Castellvi, 2017; Granados y Sánchez, 2011; Paterniti, Dufouil y Alperovitch, 2002), con un déficit en la atención, memoria de trabajo y Cociente Intelectual Verbal (CIV) (Fond y cols., 2018) y con la demencia (Billioti de Gage y cols., 2012; Lagnaoui y cols. 2002), así como con la disminución del volumen de las estructuras subcorticales (Huhtaniska y cols., 2017). También se ha encontrado en sujetos daño neurológico provocado por el consumo de benzodiazepinas (Vérez-Cotelo, 2012). En el DSM-IV y DSM-5, también se recogen algunos

trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que implican afecciones neurológicas como son; el delirium, la demencia persistente y el trastorno amnésico persistente (APA, 2000, 2014).

Los alucinógenos son sustancias que generan una distorsión de la percepción del entorno, sin producirse pérdida de conciencia, cuando se toman. Apenas existen estudios sobre los efectos neurológicos que producen los alucinógenos a largo plazo, pero algunos relacionan su consumo con bajo Cociente Intelectual (CI) (White, Mortensen y Batty, 2012) y alteraciones profundas de la conciencia, la emoción y la cognición que pueden durar años después del consumo de la sustancia (López-Giménez y González-Maeso, 2018). El consumo de estas sustancias se ha asociado, con más frecuencia, al desarrollo de síndromes neurológicos, agudos y crónicos, tales como la encefalopatía y la distonía tardía, así como con toxicidad neurológica (Carod-Artal, 2003; Méndez y cols. 2015).

En cuanto al abuso de disolventes volátiles, si el consumo persiste a lo largo del tiempo, se ha asociado tanto a afecciones respiratorias y circulatorias, como a afecciones neurológicas (Schuckit, 2000; Weiss y Millman, 1991). También se ha encontrado que; los efectos de la inhalación de disolventes volátiles están asociados con la baja ejecución en las pruebas neuropsicológicas (Ortiz, 1982), que la confusión y los trastornos de la memoria persisten aun cuando no se está bajo los efectos de la droga, y evidencia objetiva que confirma las primeras impresiones sobre la persistencia de un déficit cerebral crónico que involucra dificultades de aprendizaje y disfunciones orgánicas cerebrales (Cohen, 1981). De la misma forma, la exposición intrauterina a solventes como el tolueno, a dosis altas, puede provocar un espectro de trastornos que incluyen malformaciones congénitas, problemas de memoria, trastornos del aprendizaje, retraso del crecimiento y discapacidad mental (Ortega-García y cols., 2006). Estudios más recientes han encontrado que el abuso crónico de disolventes volátiles daña la capa protectora que rodea ciertas fibras nerviosas en el cerebro y en el Sistema Nervioso Periférico (SNP). Esta destrucción extensiva de las

fibras nerviosas se ha descrito como, clínicamente, similar a la que se ve en enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple. Además, los efectos neurotóxicos del abuso prolongado de estas sustancias incluyen síndromes neurológicos que reflejan daños en áreas cerebrales involucradas en el control cognitivo, motriz, visual y auditivo, provocando un deterioro que puede ir entre el deterioro cognitivo leve y la demencia grave (National Institute on Drug Abuse, 2018).

El abuso crónico de metanfetamina también influye de manera significativa al cerebro. Específicamente, los estudios de imágenes cerebrales han demostrado alteraciones en la actividad del sistema de dopamina y serotonina que están asociadas con una disminución en la velocidad motriz y un deterioro en el aprendizaje verbal (Górska y cols., 2018). Los estudios recientes de abusadores crónicos de metanfetamina también revelan severos cambios estructurales y funcionales en las áreas del cerebro asociadas con las emociones y la memoria, lo que puede explicar muchos de los problemas emocionales y cognitivos que se observan en los abusadores crónicos de estas sustancias (Gallagher y cols., 2014; Gouzoulis-Mayfrank y Daumann, 2006; Roberts, Quednow, Montgomery y Parrot, 2018). Por otra parte, los consumidores de metanfetamina tienen también un mayor riesgo de apoplejía por abuso de la sustancia, que puede llevar a un daño irreversible del cerebro (Thakkar, Parekh, El Hachem y Mohanraj, 2017; Volkow y cols. 2001). También se ha visto que, el consumo a largo plazo de esta sustancia, produce discinesias que afectan principalmente a la musculatura facial y se ha descrito vasculitis cerebral tras el consumo prolongado (Méndez y cols, 2015).

En cuanto al policonsumo y su relación con las afecciones neurológicas, no se han desarrollado apenas investigaciones, pero en alguna de ellas se ha documentado que el policonsumo, sobre todo cuando tiene que ver con mezclar dos sustancias depresoras, altera las funciones mentales superiores a largo plazo (Gallagher y cols., 2014; Sánchez-Cardoso, Oswaldo-González, Domínguez-Márquez y López-Castro, 2007).

Por último, otra complicación a largo plazo que se asocia al TUS es el desarrollo de comorbilidad mental. En general, el consumo prolongado de cualquier tipo de droga supone un riesgo importante para el desarrollo de otro trastorno mental a largo plazo. Por ejemplo, en un estudio realizado Reddon y cols. (2017), se vio que el 22,31% de los pacientes con TUS desarrollaron, con posterioridad, un trastorno psiquiátrico. Los diagnósticos más frecuentes fueron: depresión (14,63%), ansiedad (5,74%), estrés postraumático (1,51%) y trastorno bipolar (0,97%).

En relación al alcohol y los trastornos del estado de ánimo, se ha visto que éste influye, ya sea en la agravación de cuadros que ya estaban presentes antes del consumo de alcohol (Natera, Juárez y Medina-Mora, 2007; Pedrelli, Shapero, Archibald y Dale, 2016; Pogue, Hakes y Sloan, 2017), como en el desarrollo futuro de este tipo de trastornos (Carvalho y cols., 2018; Casas y Guardia, 2002). También se ha asociado la dependencia al alcohol con los trastornos de ansiedad, como forma de calmar esa ansiedad (Camacho, 2005; Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994) y con el desarrollo del trastorno inducido por la sustancia (Casas y Guardia, 2002).

En cuanto a los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los efectos del consumo a largo plazo varían dependiendo de la sustancia consumida, de la detección temprana o tardía de su abuso y de los años que se lleve consumiéndola, pero la intoxicación intensa y repetida con este tipo de sustancias puede estar asociada con una depresión grave que, aunque temporal, puede conllevar tentativas de suicidio y suicidio consumado (Dupont y Saylor, 1991). En otros estudios, se ha visto que la adicción a los sedantes puede estar relacionada con la aparición previa de trastornos anímicos y trastornos del estado de ánimo, pero que también pueden aparecer este tipo de trastornos como consecuencia del consumo descontrolado (Jeremías y cols, 2017).

Los alucinógenos son sustancias que también se han asociado con el desarrollo de trastornos mentales. El consumo de estas sustancias tiene, con frecuencia, reacciones adversas a nivel de sintomatología mental, como reacción

aguda de pánico, alucinaciones, miedo por las sensaciones experimentadas, estados psicóticos, alteraciones en la percepción del entorno de forma persistente o volver a revivir, posteriormente, lo que se experimentó durante la intoxicación, pero sin estar ahora presente el consumo de sustancia (flashback). Estos flashbacks pueden ser recurrentes y mantenerse mucho tiempo, incluso años después a su consumo (APA, 2000). Otros problemas relacionados pueden ser estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad (APA, 2000, 2014). Un estudio reciente pone de manifiesto que el consumo de alucinógenos empeora la sintomatología de cualquier trastorno psiquiátrico que presente el sujeto en cerca de 50% de los casos (Larsen, 2017). Contrariamente a estos estudios, en la actualidad se está desarrollando en Europa una línea de investigación donde se están arrojando datos a favor de los efectos positivos que puede tener el uso de algunas sustancias alucinógenas en algunos trastornos psiquiátricos, en especial sobre el trastorno por estrés postraumático y sobre todos aquellos derivados de haber sufrido un trauma o abuso sexual en la infancia/adolescencia (Bhagwagar y cols., 2006; Frokjaer y cols., 2008; Moreno, Wiegand, Taitano y Delgado, 2006; Sessa, 2018; Yatham y cols., 2010), así como en depresión, ansiedad (Dumont y cols., 2009; Johansen y Krebs, 2009; Mithoefer, Wagner, Jerome y Doblin, 2011; Mithoefer y cols., 2012; Nichols, 2018) y adicciones (Krupitsky y cols., 2002; Krupitsky y cols., 2007; Nichols, 2018).

En lo que respecta al cannabis, en todos los informes se concluye que su consumo puede producir graves riesgos para la salud, al tiempo que su consumo es importante y no se ha erradicado la creencia de que no produce efectos nocivos. Camí (1988), por ejemplo, expone que hay datos suficientes para afirmar que su consumo contribuye al “síndrome amotivacional” y que predispone al consumo de otras drogas. Por otra parte, el cannabis puede causar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de conciencia que son diferentes de las psicosis (Núñez-Domínguez, 1997) y, en personas genéticamente predispuestas, se relaciona con esquizofrenias cuyo primer

episodio aparece tras un periodo de largo consumo (Andreasson, Allebeck, Engström y Rydberg, 1987; Arias y Ramos, 2015). El cannabis también se ha relacionado con el desarrollo de trastornos depresivos (Arias y Ramos, 2015; RCPSYCH, 2018), la conducta antisocial, el consumo de otras drogas ilegales y otros riesgos para la salud (Arias y Ramos, 2015; Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida y Secades-Villa, 2011).

Sobre la cocaína, se han encontrado pocos estudios que intenten relacionar esta sustancia con el desarrollo posterior de otro trastorno mental, por ejemplo se ha relacionado con el desarrollo de trastornos psicóticos (Roncero y cols., 2013a) y con el desarrollo de trastornos depresivos (Wunderli y cols., 2016). No obstante, sí que hay gran cantidad de estudios en lo referente a la presencia de psicopatología dual en los consumidores de cocaína (Arias y cols. 2012; López y cols., 2007) en los que no se puede diferenciar si el trastorno mental estaba antes del consumo de la sustancia o si su aparición pudo estar ocasionada, en parte, por el consumo de la misma.

En cuanto a los opiáceos, al igual que ocurre con la cocaína, no se encuentran casi estudios que intenten explicar el posible desarrollo, posterior al consumo, de patología psiquiátrica en consumidores de estas sustancias. No obstante, sí hay estudios que han detectado la presencia de síntomas psicopatológicos en dependientes a opiáceos. Por ejemplo, Reiger y cols. (1990) observaron, en un estudio realizado con dependientes a opiáceos, una mayor frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos. Y, en otro estudio reciente, se han asociado los opiáceos con el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión (Olfson, Wall, Wang, Crystal y Blanco, 2018). Por otra parte, Darke, Wodak, Hall, Heathern y Ward (1992), encontraron también una estrecha relación entre niveles altos de psicopatología y un mayor consumo de heroína. En nuestro país, Saiz, Ruiz y Salvador (1998) señalan la presencia de síntomas depresivos, somáticos, ansiosos y de disfunción social en una muestra de adictos a opiáceos. Finalmente, otros estudios han encontrado que el consumo de opioides puede estar asociado con la conversión del trastorno de

personalidad esquizotípico a la esquizofrenia (Hjorthøj, Albert y Nordentoft, 2018).

Los estudios que han tratado de investigar el efecto de los inhalantes y disolventes volátiles en los consumidores de dichas sustancias, coinciden en afirmar que sus efectos son devastadores y que se da con frecuencia la aparición de trastornos mentales graves, como trastornos de personalidad persistentes con pobre control de impulsos, labilidad emocional y delincuencia (Cohen, 1981; Robert-Segarra, 2011). Además, la exposición intrauterina a solventes, a dosis altas y a largo plazo, puede provocar alteraciones del comportamiento como: déficit de atención e hiperactividad, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del aprendizaje y discapacidad mental (Ortega-García y cols., 2006).

En lo que se refiere a la metanfetamina, tampoco existen muchos estudios, pero sí se ha visto que el consumo a largo plazo produce adicción a otras sustancias y trastornos psicóticos de perfil paranoide y que en los periodos de privación las personas pueden estar profundamente deprimidas y con tendencias suicidas (Méndez y cols., 2015). Diferentes estudios señalan que las personas que consumen metanfetaminas tienen un riesgo aumentado de sufrir un trastorno mental comórbido y un mayor uso de psicofármacos. Además, la intoxicación por metanfetamina está asociada con insomnio, alucinaciones, paranoia y alteraciones del estado de conciencia y depresión (García-Pardo, Roger-Sánchez, Rodríguez-Arias, Miñarro y Aguilar, 2017; Vearrier, Greenberg, Miller, Okaneku y Haggerty, 2012). Estas sustancias también se han asociado con la conversión del trastorno de personalidad esquizotípico a la esquizofrenia (Hjorthøj y cols., 2018).

Finalmente, en lo que se refiere al policonsumo, apenas existen estudios en los que se haya tratado de relacionar éste con el desarrollo posterior de comorbilidad mental. Se ha encontrado que el policonsumo se asocia con mayor frecuencia al desarrollo de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria (Krausz, Degkwitz, Kühne y Verthein, 1998). Por otra parte, se ha asociado el policonsumo con el aumento

Trastorno por uso de sustancias: Tipologías diagnósticas, complicaciones y adherencia al tratamiento. Estudio prospectivo en una Unidad de Conductas Adictivas.
Tesis Doctoral. Aránzazu Jordá Jordá.

MARCO TEÓRICO

del craving por consumo de cualquier otra sustancia (Preston, Jobes, Phillips y Epstein, 2016).

2.6 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y ÉXITO TERAPÉUTICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), la adherencia al tratamiento es “el grado en que el comportamiento de una persona, en relación con la toma de la medicación, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” y requiere de la conformidad del paciente. Esta definición se basa en la propuesta por Haynes (1976) para el término “cumplimiento”, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta.

La adherencia al tratamiento se trata de un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores (Sabaté, 2004) (Gráfico 4). Por tanto, el abordaje terapéutico de esta patología es más eficaz cuando se realizan abordajes multidisciplinarios e integrados, comprendiendo todas las vertientes implicadas, tanto los aspectos relacionados con el paciente, como los relacionados con la enfermedad, el sistema sanitario, el tratamiento y la socioeconomía, y teniendo en cuenta los aspectos médicos, psicológicos, sociales, legales, educacionales y familiares (Dutra y cols., 2008). De esta manera, será más fácil alcanzar los objetivos del tratamiento, reducir el craving y las recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo las consecuencias médicas, sociales y legales asociadas al TUS (Grau-López y cols., 2012; Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2007).

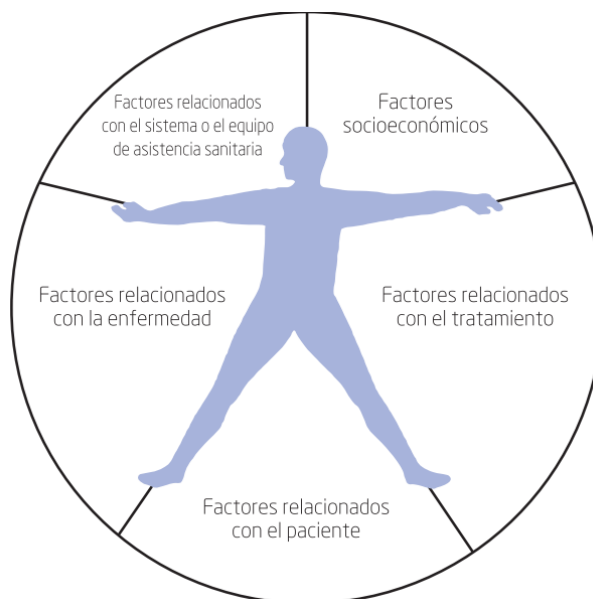


Gráfico 4. Las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento (a partir de Sabaté, 2004).

Se entiende la adherencia al tratamiento, entonces, como la evaluación del nivel en el cual la conducta del paciente coincide con consejos e indicaciones de los terapeutas (Kawas, 2005). Cuando se habla de adherencia al tratamiento en el TUS se hace referencia a la parte más activa y voluntaria del tratamiento, como la asistencia a las citas médicas, la realización de muestras de orina, el grado de abstinencia a las sustancias de consumo mantenido durante el tratamiento, la toma de la medicación pautada y el cumplimiento de las pautas y tareas de la terapia psicológica (Vellgan y cols., 2009). Sin embargo, pese a ser un concepto muy utilizado en el ámbito de las drogodependencias, sobre todo en las últimas décadas, no ha sido suficientemente delimitado y no se han descrito los criterios necesarios para considerar cuándo existe una baja o alta adherencia al tratamiento del TUS.

Se conoce que las personas con múltiples problemas psicosociales, y que precisan tratamiento, tienen a menudo dificultades para cumplirlo de forma adecuada. En muchos casos no llegan ni a iniciar el tratamiento y, si lo hacen, lo abandonan de forma prematura, asociándose este hecho a peores resultados (Carroll, 1997). Se ha visto que con un nivel alto de adherencia al tratamiento se

produce una mejoría a nivel de los síntomas psiquiátricos y de la actividad psicocial, incluyendo una disminución de la actividad delictiva cuando ésta existe (Girón-García, 2007).

En los pacientes con TUS se ha observado que, en general, tienen una baja adherencia al tratamiento, no sólo del TUS, sino de cualquier trastorno u enfermedad que curse al mismo tiempo (Roncero y cols. 2013b). Las consecuencias más importantes que provoca la baja adherencia al tratamiento son la recaída en el consumo de las sustancias, el abandono del tratamiento, la reagudización de los síntomas psicopatológicos y de los problemas sociofamiliares (Roncero y cols. 2013b).

En el estudio realizado por De Andrés-Muñoz en 2017, donde se estudió la adherencia al tratamiento de pacientes con TUS, mostró tener un nivel alto de adherencia al tratamiento el 64% de los pacientes, mientras que el 36% restante mantuvo un nivel bajo o medio, además la presencia de patología dual y el policonsumo de sustancias se asociaron con una baja adherencia al tratamiento. En cambio, en el estudio realizado por Roncero y cols. (2013b), se observó que el 68% de los pacientes tenían un nivel medio o bajo de adherencia al tratamiento, siendo cumplidores parciales o incumplidores de éste, y sólo el 32% del total de pacientes mostraban un nivel alto de adherencia al tratamiento.

La baja adherencia terapéutica es un problema no resuelto en el tratamiento del TUS que hace que el fracaso del mismo sea habitual y que disminuya la tasa de éxito terapéutico aumentando los abandonos del mismo (López-Goñi, Fernández-Montalvo y Artega, 2011; Zamora, 2014). Este hecho ha fomentado la investigación de diversos factores que pueden asociarse con un mayor o menor riesgo de mantener tasas bajas de adherencia al tratamiento. Algunos de los más estudiados han sido: la sustancia principal de consumo, el policonsumo y la presencia de patología dual, entre otros. En estos estudios se ha asociado el policonsumo y la patología dual a una peor adherencia al tratamiento, en cambio existen discrepancias a la hora de establecer si la

sustancia principal de consumo influye en la adherencia al tratamiento. Hemos recogido en la siguiente Tabla los diferentes estudios (Tabla 17).

Factores que influyen en adherencia al tratamiento	Principales Estudios
Sustancia principal de consumo	<ul style="list-style-type: none"> - De Andrés-Muñoz, 2017 - Domínguez-Martín y cols., 2008. - Herrera, Barberán y Yumar, 2008. - López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa y Lorea, 2008. - López-Goñi y cols., 2011. - Roncero y cols., 2012. - Valero, Ortiz-Tallo, Parra y Jiménez, 2013. - Zamora, 2014.
Policonsumo	<ul style="list-style-type: none"> - Albiach y cols., 1998. - Bilici y cols., 2014 - De Andrés-Muñoz, 2017 - Domínguez-Martín y cols., 2008. - Grau-López y cols., 2012 - Roncero y cols. 2012. - Silva y cols., 2004. - Timko y cols., 2017 - Wang y cols., 2017
Patología dual	<ul style="list-style-type: none"> - De Andrés-Muñoz, 2017 - Fernández-Montalvo y cols., 2004. - López-Goñi y cols., 2011. - Pantalón y cols, 2014 - Timko y cols., 2017

Tabla 17. Principales estudios sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento TUS.

Los datos en cuanto a la adherencia al tratamiento en los pacientes con TUS son inconsistentes, aunque la asociación del TUS con la baja adherencia tiene mayor respaldo empírico debido al mayor número de estudios que ha encontrado resultados en esta línea (López-Goñi y cols., 2011; Roncero y cols., 2013b; Torrens y cols., 2015; Zamora, 2014).

Por último, se ha indicado también que la adherencia al tratamiento es el principal factor predictor del éxito terapéutico (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009; Guardia y cols., 2000). En los estudios de seguimiento

realizados en pacientes con TUS, lo que parece evidente es que la adherencia al tratamiento está directamente relacionada con el éxito terapéutico en el periodo de tratamiento y con la evolución postratamiento (Guardia y cols., 2000). La adherencia al tratamiento en pacientes con TUS es, por tanto, una variable que influye en la tasa de éxito terapéutico de esta patología y, a pesar de la cantidad de bibliografía que hay respecto a la adherencia al tratamiento en el TUS, todavía quedan por realizar muchos estudios que traten de encontrar las causas de la baja adherencia al tratamiento y las relaciones de ésta con la tasa de éxito terapéutico.

Con el concepto de tasa éxito terapéutico nos referimos a en qué medida se consiguen los objetivos propuestos con el tratamiento (Dávila-Martínez, 2011). En el caso de los pacientes con TUS el éxito terapéutico, dependiendo de la situación y las circunstancias del paciente, debería referirse a si el paciente es capaz de lograr la remisión total y sostenida del TUS, manteniéndose la abstinencia, parcial o absoluta, de forma continuada a lo largo de un periodo de tiempo determinado, a la recuperación de un estilo de vida saludable, a la reinserción social y/o laboral, a la normalización de la autonomía y la funcionalidad del paciente y a la permanencia en el tratamiento hasta recibir el alta terapéutica, entre otras. Teniendo en cuenta todo esto podemos decir que el concepto de éxito terapéutico se refiere, por tanto, a dos ideas:

- 1) Éxito terapéutico durante el periodo de tratamiento TUS: se refiere a la permanencia del sujeto en el tratamiento TUS hasta lograr los objetivos propuestos y recibir el alta terapéutica.
- 2) Éxito terapéutico a largo plazo: se refiere al mantenimiento de los objetivos del tratamiento a largo plazo y a la remisión total y sostenida del TUS una vez ha finalizado el tratamiento.

En cuanto a la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento, se ha observado que son más frecuentes los abandonos del tratamiento que el número de altas por remisión del TUS (Sánchez-Hervás y cols., 2010; Valero y cols.,

2013). Estas tasas de abandono superiores a la de alta terapéutica hacen que muchos pacientes reciban un nivel mínimo e ineficaz de asistencia especializada. Se sabe que el 40% de las personas con TUS y que solicitan una primera visita no acuden a ella y en el caso de que exista patología dual el porcentaje asciende al 60%. Además, si acuden a este primer contacto terapéutico, el número de pacientes que abandona el tratamiento el primer mes es alto (Roncero, Barral, Grau-López, Esteve y Casas, 2010; Roncero y cols., 2011b). Por tanto, en éstos pacientes que abandonan el tratamiento de forma prematura, la probabilidad de recaída, de seguir consumiendo la sustancia, de reagudización de los síntomas psiquiátricos y de reingreso, es alta (Daley y Zuckoff, 2004; Roncero, Collazos, Valero y Casas, 2007). Del mismo modo, se ha sugerido que los pacientes que abandonan el tratamiento y/o recaen en el consumo tienen una adicción más grave que los pacientes que permanecen en el tratamiento. Esta gravedad de la adicción se podría describir como: mayor probabilidad de presencia de patología dual y de policonsumo, mayor duración del consumo, existencia de recaídas anteriores y antecedentes criminales (Bilici y cols., 2014; Blanco-Alvárez y cols., 2015; Goeb y cols., 2000; Marín-Madrigal y cols., 2018; Wang y cols., 2017; Xie y cols., 2005).

En general, en los pacientes con TUS las tasas de abandono suelen ser elevadas a lo largo de todo el periodo de tratamiento, siendo éste uno de los factores principales de mal pronóstico, y cuando el abandono tiene lugar en las primeras fases del tratamiento todavía más, ya que algunos autores han señalado que el abandono temprano del tratamiento TUS es indicativo de una mayor probabilidad de recaída y que el mantenimiento en el mismo se relaciona con un mejor pronóstico y una mayor tasa de éxito terapéutico (Mc Carty y cols., 2007; Wierzbicki y Pekarik, 1993). En el estudio realizado por Sánchez-Hervás y cols. en 2010 se ha visto que el 50,5% de los pacientes abandonan el tratamiento antes de recibir el alta terapéutica y que el 30,8% lo hace en los primeros tres meses de tratamiento. No obstante, en otros estudios se ha observado una mayor tasa de altas que de abandonos, por ejemplo, en el trabajo de De Andrés-

Muñoz (2017), se observó una tasa de éxito terapéutico con cerca del 70% de los pacientes que reciben el alta y con un 17% de pacientes que abandonan el tratamiento antes de finalizarlo. De la misma forma, en este estudio se asoció la dependencia a más de una sustancia y la presencia de patología dual a unas menores tasas de éxito terapéutico.

En lo que se refiere a la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, es bien conocido que en las enfermedades crónicas de tipo físico las recaídas son bastante frecuentes. Por ejemplo, las tasas de recaída en la diabetes tipo I oscilan entre el 30-50%, en la hipertensión 50-70%, en el asma 50-70% y en el cáncer 30-80% (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000; NIDA, 2014; Sánchez de Cos y cols., 2015). En el TUS se ha visto que estas tasas son también elevadas y oscilan entre el 40-70% de los casos (Grau-López y cols., 2012; McLellan y cols., 2000; Sánchez-Hervás y cols., 2010; Swett y Noonan, 1989) o incluso porcentajes superiores, como ocurre en el estudio realizado por Goeb y cols. (2000), donde el porcentaje de pacientes que había recaído a los 6 meses tras el alta fue del 86%.

En los manuales diagnósticos de referencia (DSM-5 y CIE-10) existe la posibilidad de realizar una calificación evolutiva, como ya se ha comentado anteriormente, considerándose la remisión total sostenida del TUS cuando no se cumplen ninguno de los criterios diagnósticos de dependencia o abuso de sustancias durante 12 o más meses. Esta calificación sólo mediría el éxito terapéutico durante 12 meses, considerando que ese tiempo sería suficiente para lograr la remisión del TUS y sin tener en cuenta la probabilidad de recidiva una vez pasado dicho periodo de tiempo. En contraste, en las enfermedades crónicas físicas sí que suele existir un criterio de tiempo para considerar cuándo se ha logrado una remisión completa, por ejemplo, en el cáncer el criterio de tiempo que se ha establecido para considerar la cura o remisión total, teniendo en cuenta que las probabilidades de recidiva se reducen al menos hasta el 50% una vez ha pasado dicho periodo, es de 5 años sin que ésta se produzca (Junta Editorial de Cáncer, 2015). Por el contrario, en el TUS no existen estudios en los

que se haya tratado de estudiar qué periodo de tiempo sería el necesario para considerar la remisión total del TUS, teniendo en cuenta las probabilidades de recaída que puede haber en el consumo de sustancias durante un seguimiento más a largo plazo después de haber superado 12 meses sin cumplir ninguno de los criterios diagnósticos para el TUS y haber superado el tratamiento.

El concepto de éxito terapéutico, a pesar de que ha sido muy utilizado en el ámbito de las drogodependencias, no ha sido suficientemente delimitado y hoy en día no existen trabajos donde se haya dado una descripción rigurosa de lo que significa éxito terapéutico en el tratamiento de los pacientes con TUS y cuánto tiempo debe transcurrir, sin cumplirse los criterios diagnósticos y una vez ha finalizado el tratamiento, para considerar que dicho trastorno ha remitido. Del mismo modo, aunque se han realizado algunos estudios sobre las tasas de éxito terapéutico dentro del periodo de tiempo que dura el tratamiento, los resultados son inconsistentes y no podemos decir que haya sido una variable lo suficiente estudiada, todavía serán necesarios, por tanto, más estudios donde se pueda dilucidar mejor qué factores influyen en esta variable.

3. OBJETIVOS E

HIPÓTESIS

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 OBJETIVOS

1. Conocer la tasa de admisiones a tratamiento del TUS de la población general del Departamento de Salud de Orihuela en una Unidad de Conductas Adictivas en sus primeros 16 años.
2. Conocer y valorar la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico, así como las relaciones entre estas variables.
3. Describir las tipologías diagnósticas de los pacientes, en función de los tipos de diagnósticos TUS, la patología dual y el número de sustancias consumidas.
4. Comparar las diferentes tipologías diagnósticas con respecto a la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.
5. Conocer la relación entre las variables estudiadas y las complicaciones del TUS a largo plazo (contacto posterior con Servicios de Neurología y/o desarrollo de comorbilidad mental).
6. Conocer la capacidad predictiva de las variables: adherencia al tratamiento, tipo de diagnóstico TUS, número de sustancias consumidas y patología dual, con respecto a las variables: tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y tasa de éxito terapéutico a largo plazo.

7. Conocer la capacidad predictiva de las variables independientes y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento con respecto a las variables: contacto posterior con Servicios de Neurología y/o desarrollo de comorbilidad mental.

3.2 HIPÓTESIS

1. Existe una tasa estable de admisiones a tratamiento en la población general del Departamento de Salud de Orihuela.
2. Existe un porcentaje elevado de pacientes con TUS con niveles de adherencia al tratamiento baja o media, un porcentaje elevado que abandona el tratamiento y un porcentaje medio que vuelve a contactar por consumo a largo plazo. La baja adherencia al tratamiento se asocia con una menor tasa de éxito en el tratamiento TUS y con una menor tasa de éxito a largo plazo.
3. Existe un porcentaje elevado de pacientes con patología dual, sobre todo con diagnósticos F60-69, F40-49 y F30-39, así como un mayor porcentaje de pacientes con TUS por consumo de alcohol, cocaína y cannabis y un porcentaje moderado de pacientes policonsumidores.
4. Los pacientes con patología dual y policonsumo presentan peor adherencia al tratamiento y menores tasas de éxito terapéutico, sobre todo aquellos con diagnósticos F60-69 y F20-29.
5. Los pacientes con patología dual, policonsumo, baja adherencia al tratamiento y peores tasas de éxito terapéutico presentan un mayor contacto con los Servicios de Neurología y/o desarrollo de comorbilidad mental.
6. La adherencia al tratamiento predice positivamente mayores tasas de éxito terapéutico del tratamiento TUS.
7. La adherencia al tratamiento predice negativamente el contacto posterior con los Servicios de Neurología y/o el desarrollo de comorbilidad mental.

4. MATERIAL Y

MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

4.1 MUESTRA

Para el proceso de selección de la muestra nos desplazamos al Centro de Salud Álvarez de la Riva de Orihuela, a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA). La base de datos se creó en el año 1998, a través de una variante de programa informático Access (Registro de Casos Psiquiátricos, RCP), y ha estado vigente hasta la actualidad.

Se nos ofrece la posibilidad de consultar los archivos las veces que fuese necesario e indagar sobre los datos objeto de estudio. Durante el tiempo necesario para ello repasamos, en los archivos, cada una de las Historias Clínicas trasladando los datos a las tablas descritas en la página 96 (Tablas 20 y 21). Los diagnósticos han sido codificados en base a los criterios de la CIE-10.

Los sujetos que han participado en este estudio pertenecieron a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Orihuela entre los años 1998 y 2014. Los criterios de inclusión y exclusión los hemos recogido en la Tabla 18.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Ser hombre o mujer - Poseer al menos un diagnóstico de la categoría <i>Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias</i> de la CIE-10. - Haber sido tratado en la UCA de Orihuela en el periodo comprendido entre marzo del 1998 y marzo del 2014. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar, exclusivamente, un Trastorno de los Hábitos y del Control de los Impulsos (F63) sin presencia de adicción a sustancias. - Presentar, exclusivamente, un Trastorno Mental y del Comportamiento debido al Consumo de Tabaco (F17) sin adicción a otras sustancias. - Presentar un Diagnóstico Aplazado (R69)

Tabla 18. Criterios de inclusión y exclusión de sujetos en el estudio.

La muestra total a revisar la componen 4.210 pacientes de entre 11 y 93 años, cuyos registros hubo que revisar uno a uno. Hemos recogido en la Tabla 19 los sujetos que fueron excluidos y el motivo por el cual se hizo.

Motivo de exclusión	N
Presentar, exclusivamente, un Trastorno por Control de los Impulsos (F63)	133
Presentar, exclusivamente, un Trastorno Mental y del Comportamiento debido al Consumo de Tabaco (F17)	275
Presentar Diagnóstico Aplazado (R69)	27
Sujetos perdidos e ilocalizables durante el periodo de estudio	132
Defunción	112
TOTAL	679

Tabla 19. Sujetos excluidos del estudio

Tras depurar y filtrar los datos obtuvimos una muestra de 3.531 sujetos con una edad media de 34,45 años y un rango de 11 a 79 años, y cuyas fechas de nacimiento se sitúan entre los años 1.926 y 2.000.

4.2 INSTRUMENTOS

Se utilizaron para este estudio las Historias Clínicas (en papel hasta el año 2002 e informatizadas a partir del 2003) de los pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Orihuela que recibieron intervención especializada durante el periodo comprendido entre los años 1998 y 2014.

Los datos (adaptados), que aparecían en la base de datos original de pacientes del Registro de Casos Psiquiátricos (RCP), se han trasladado a una Tabla elaborada a tal efecto (Tabla 20) para proceder al estudio de la Fase I de esta investigación. Las modificaciones en la captación de los datos se han realizado siguiendo los parámetros que el Instituto Nacional de Estadística (INE) aconseja para los impresos normalizados de las distintas administraciones.

Para la fase II de la investigación, y por tanto para tener en cuenta el seguimiento y evolución de los datos de los pacientes en el periodo de tiempo estudiado, se utilizaron las Historias Clínicas Informatizadas, y únicas, a través del programa informático de gestión del proceso asistencial “abucasis”, el cual conecta los centros y los sistemas de información de atención primaria y especializada de la Comunidad Valenciana de forma integral e integrada. Para proceder al estudio de esta segunda fase y añadir los nuevos datos obtenidos se elabora una segunda tabla (Tabla 21).

La búsqueda realizada en la segunda fase se hizo a principios del 2018 y abarca el periodo temporal comprendido entre los años 2003 (inicio del registro informatizado de pacientes mediante el programa abucasis) y 2017. Debido a que no se tuvo acceso, hasta el año 2003, a las Historias Clínicas de los pacientes, en lo que se refiere a los contactos con Neurología, Salud Mental y/o contacto en general por consumo de sustancias en otros centros, se decidió no contar con los pacientes atendidos en la UCA en los años 1998 y 1999 a la hora de estudiar estas variables.

Datos sujetos Fase I
Número de sujeto
Número de historia clínica
Fecha primera consulta
Fecha de nacimiento
Edad
Sexo
Procedencia
Población de residencia
Nivel educativo
Situación laboral
Estado civil
Tipo de diagnóstico TUS
Número de sustancias consumidas
Patología dual y tipo de diagnóstico
Adherencia al tratamiento
Tasa de éxito terapéutico
Observaciones

Tabla 20. Datos recogidos de sujetos en Fase I.

Datos sujetos Fase II
Número de sujeto
Número de historia clínica
Edad
Sexo
Contacto con los Servicios de Neurología
Fecha de contacto con Neurología
Desarrollo de otro trastorno mental y tipo
Fecha de diagnóstico de otro trastorno mental
Contacto por consumo de sustancias en los 5 años posteriores al tratamiento TUS
Observaciones

Tabla 21. Datos recogidos de sujetos en Fase II (2018)

4.3 VARIABLES

4.3.1 Tipo de Diagnóstico TUS

Esta variable mide el diagnóstico TUS específico que presentaba cada paciente al inicio del tratamiento. Se ha recogido en función de la sustancia tóxica principal que consumía el paciente en ese periodo. El número total de sustancias diferentes consumidas por cada sujeto se ha recogido en otra variable (número de sustancias consumidas), por tanto no se registra ningún diagnóstico F19 (trastorno por uso de sustancias múltiples) ya que lo que nos interesa es estudiar los tipos de trastorno según el tipo específico de sustancia tóxica principal consumida.

Se han tipificado los niveles de esta variable según los códigos diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992).

1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10).
2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides (F11).
3. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides (F12).
4. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes (F13).
5. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína (F14).
6. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (F15).
7. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos (F16).
8. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes (F18).

4.3.2 Número de sustancias consumidas

Mide el número de sustancias psicotropas diferentes que consumía el sujeto al inicio del tratamiento TUS.

Se ha medido en tres niveles según la cantidad de sustancias diferentes consumidas.

- Nivel 1. Únicamente consumía un tipo de sustancia.
- Nivel 2. Consumía dos tipos diferentes de sustancias.
- Nivel 3. Consumía tres o más tipos diferentes de sustancias.

4.3.3 Patología dual y tipo

Esta variable mide si el paciente presentaba o no, al inicio del tratamiento TUS, otro trastorno mental comórbido de diferente categoría a los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas (F10-19).

Se ha medido en dos niveles, según la presencia o no de patología dual.

- Nivel 1. No existe patología mental comórbida.
- Nivel 2. Sí existe patología mental comórbida.

En el caso de que se diera patología mental comórbida, para medir el tipo de categoría diagnóstica, y los diagnósticos específicos comórbidos al TUS, se ha tipificado según los códigos de la CIE-10 (OMS, 1992).

- Categoría 1: F20-29. Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes. Incluye los siguientes tipos de diagnóstico:
 1. Esquizofrenia (F20).
 2. Trastorno esquizotípico (F21).
 3. Trastornos de ideas delirantes persistentes (F22).
 4. Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23).
 5. Trastornos de ideas delirantes inducidas (F24).
 6. Trastornos esquizoafectivos (F25).

7. Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).
 8. Psicosis no orgánica sin especificación (F29).
- Categoría 2: F30-F39. Trastornos del Humor (afectivos). Incluye los siguientes:
1. Episodio maníaco (F30).
 2. Trastorno bipolar (F31).
 3. Episodios depresivos (F32).
 4. Trastorno depresivo recurrente (F33).
 5. Ciclotimia (F34.0).
 6. Distimia (F34.1).
 7. Otros trastornos del humor (afectivos) (F38).
 8. Trastornos del humor (afectivos) sin especificación (F39).
- Categoría 3: F40-49. Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos. Incluye los siguientes tipos:
1. Trastornos de ansiedad fóbica (F40).
 2. Trastorno de pánico (F41.0).
 3. Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).
 4. Trastornos mixtos ansioso-depresivos (F41.2).
 5. Trastorno obsesivo-compulsivo (F42).
 6. Reacción a estrés agudo (F43.0).
 7. Trastorno del estrés post-traumático (F43.1).
 8. Trastorno de adaptación (F43.2).
 9. Trastornos disociativos (de conversión) (F44).
 10. Trastornos somatomorfos (F45).
 11. Otros trastornos neuróticos (F48).
- Categoría 4: F50-59. Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos. Incluye los siguientes diagnósticos:
1. Anorexia nerviosa (F50.0).
 2. Anorexia nerviosa atípica (F50.1).
 3. Bulimia nerviosa (F50.2).

4. Bulimia nerviosa atípica (F50.3).
 5. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas (F50.4).
 6. Vómitos en otras alteraciones psicológicas (F50.5).
 7. Trastornos no orgánicos del sueño (F51).
 8. Disfunción sexual no orgánica (F52).
 9. Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar (F53).
 10. Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos clasificados en otro lugar (F54).
 11. Abuso de sustancias que no producen dependencia (F55).
 12. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos (F59).
- Categoría 5: F60-69. Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto. Incluye:
1. Trastorno paranoide de la personalidad (F60).
 2. Trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1).
 3. Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).
 4. Trastorno de inestabilidad emocional (límite) (F60.3).
 5. Trastorno histriónico de la personalidad (F60.4).
 6. Trastorno anancástico de la personalidad (F60.5).
 7. Trastorno ansioso de la personalidad (conductas evitación) (F60.6).
 8. Trastorno dependiente de la personalidad (F60.7).
 9. Otros trastornos específicos (narcisista, excéntrica, inestable, inmadura, pasivo-agresiva y psiconeurótica) (F60.8).
 10. Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61).
 11. Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión cerebral (F62).
 12. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (F63).
 13. Trastornos de la identidad sexual (F64).
 14. Trastornos de la inclinación sexual (F65).

15. Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y de origen sexual (F66).
 16. Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F68).
 17. Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificar (F69).
- Categoría 6: F70-79. Retraso Mental. Incluye los siguientes diagnósticos:
 1. Retraso mental leve (F70).
 2. Retraso mental moderado (F71).
 3. Retraso mental grave (F72).
 4. Retraso mental profundo (F73).
 5. Otros retrasos mentales (F78).
 6. Retraso mental sin especificación (F79).
 - Categoría 7: F80-89. Trastornos del Desarrollo Psicológico. Incluye:
 1. Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80).
 2. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar (F81).
 3. Trastornos específicos del desarrollo psicomotor (F82).
 4. Trastorno específico del desarrollo mixto (F83).
 5. Trastornos generalizados del desarrollo (F84).
 6. Otros trastornos del desarrollo psicológico (F88).
 7. Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación (F89).
 - Categoría 8: F90-98. Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia. Incluye los siguientes tipos:
 1. Trastornos hiperactivos (F90).
 2. Trastornos disociales (F91).
 3. Trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92).

4. Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93).
5. Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia-adolescencia (F94).
6. Trastornos de TICS (F95).
7. Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia-adolescencia (F98).
8. Trastorno mental sin especificación (F99).

4.3.4 Adherencia al tratamiento

Esta variable evalúa en qué medida cada sujeto ha cumplido con el tratamiento pautado. Evalúa, pues, si se han producido “caídas” (que no “recaídas”) en el consumo y en qué medida. Para medir esta variable, en los casos de adicción a los opioides (F11), cannabinoides (F12), sedantes (F13), cocaína (F14), otros estimulantes (F15) y alucinógenos (F16), hemos utilizado el porcentaje de muestras de orina limpias que obtenía cada paciente en el proceso de tratamiento, en el que se exigen 18 meses de abstinencia para poder dar el alta terapéutica. En el caso del alcohol (F10) hemos utilizado el porcentaje del cumplimiento del tratamiento médico con interdictores y los test de aliento para el mismo periodo de tiempo.

Esta variable se ha medido en 3 niveles, según el porcentaje de cumplimiento:

- Nivel 1. Adherencia al tratamiento baja: El porcentaje de muestras de orina limpias y/o el cumplimiento del tratamiento médico con interdictores y test de aliento favorable, es inferior al 40% de las veces.
- Nivel 2. Adherencia al tratamiento media: El porcentaje de muestras de orina limpias y/o el cumplimiento del tratamiento médico con interdictores y test de aliento favorable, está entre el 40 y el 69% de las veces.
- Nivel 3. Adherencia al tratamiento alta: El porcentaje de muestras de orina limpias y/o el cumplimiento del tratamiento médico con interdictores y test de aliento favorable, es igual o superior al 70% de las veces.

4.3.5 Tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS

Mide en qué medida se ha logrado el éxito terapéutico, es decir si se ha llegado a dar el alta terapéutica o si, por el contrario, el paciente ha abandonado el tratamiento en algún momento del mismo. La tasa de éxito terapéutico se ha tipificado según la relación porcentual entre el número de meses de tratamiento cumplidos con éxito por el paciente y el número total de meses necesarios para dar el alta (teniendo en cuenta que el tratamiento completo implica 18 meses de abstinencia). El abandono del tratamiento incluye tanto el abandono físico del mismo, es decir el dejar de acudir a las consultas, como el abandono del cumplimiento, o sea, si pese a acudir a las citas, se ha producido una recaída en el consumo.

- Nivel 1. Abandona el tratamiento antes de los 7 meses (ha completado menos del 40% del total del tratamiento).
- Nivel 2. Abandona el tratamiento entre los 7 y 12 meses (ha completado entre el 40% y el 69% del total del tratamiento).
- Nivel 3. Abandona el tratamiento entre los 13 y 17 meses (ha completado entre el 70 y el 99% del tratamiento).
- Nivel 4. Alta terapéutica, cumple los 18 meses de tratamiento (ha completado el 100% del tratamiento).

4.3.6 Tasa de éxito terapéutico del tratamiento TUS a largo plazo

Esta variable trata de medir si los resultados del tratamiento TUS se mantienen 5 años después de haber finalizado/abandonado el tratamiento. Es decir, mide si los pacientes atendidos en la UCA entre los años 2000 y 2010 han contactado, por cualquier trastorno derivado del consumo de sustancias, con cualquier especialidad del sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana.

Tiene dos niveles según si hubo o no contacto por consumo de sustancias durante los 5 años posteriores al tratamiento TUS:

- Nivel 1: El paciente no contactó por consumo de sustancias.

- Nivel 2: El paciente sí contactó por consumo de sustancias.

4.3.7 Contacto posterior con los Servicios de Neurología

Mide si los pacientes contactaron con los Servicios de Neurología de la Comunidad Valenciana en los primeros 10 años después de haber finalizado, o abandonado, el tratamiento TUS. Es decir, si los pacientes atendidos en la UCA entre los años 2000 y 2005 contactaron o no.

Consta de dos niveles según si hubo o no contacto:

- Nivel 1: El paciente no tuvo contacto con los Servicios de Neurología.
- Nivel 2: El paciente sí tuvo contacto con los Servicios de Neurología.

4.3.8 Desarrollo posterior de comorbilidad mental

La variable mide si los pacientes desarrollaron en los primeros 10 años después de haber finalizado o abandonado el tratamiento TUS, cualquier otro tipo de diagnóstico mental de diferente categoría a los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas (F10-19) y diferente al que presentasen en el caso de haberse dado patología dual durante el periodo de tratamiento TUS. O sea, mide si los pacientes atendidos en la UCA entre los años 2000 y 2005 desarrollaron o no comorbilidad mental.

Esta variable consta de dos niveles, según si hubo desarrollo o no de otra patología mental:

- Nivel 1: El paciente no ha desarrollado otra patología mental de una categoría distinta a los trastornos F10-F19.
- Nivel 2: El paciente sí ha desarrollado otra patología mental de distinta categoría a los trastornos F10-F19.

Para medir los tipos de diagnósticos mentales desarrollados se han tipificado las diferentes categorías diagnósticas según los códigos de la CIE-10, como ya se hizo en la variable de “patología dual y tipo” (ver página 98).

4.4 PROCEDIMIENTO

El estudio fue aprobado por el comité de ética profesional, con previa solicitud para realizar el análisis, tanto de las Historias Clínicas propias de la UCA, como de, posteriormente, las Historias Clínicas unificadas mediante el programa Abucasis.

El equipo terapéutico estuvo formado por un médico psiquiatra, una psicóloga clínica y una enfermera.

La enfermera realizaba, al inicio, una entrevista semiestructurada, llamada EUROPASI, donde se recogían los principales datos de la situación del paciente. Así mismo, se ocupaba del control de las muestras de orina para medir la adherencia al tratamiento. La toma de las muestras de orina se realizaba de forma presencial en el centro, con una frecuencia de dos veces por semana (lunes por la mañana y jueves por la tarde), y se analizaba a través de las tiras de orina. Para aquellos pacientes que no podían acudir de manera presencial se contaba con la colaboración de un familiar, quien se ocupaba de pasar dicha prueba en su domicilio teniendo en cuenta las condiciones necesarias (cumplimiento de horarios y estar presente cuando el paciente orina). Los pacientes que no tenían un familiar que colaborase y que tampoco se comprometieron ellos mismos a acudir al centro constaron como abandonadores del tratamiento, debido a no cumplir las condiciones que exige el mismo. En el caso del alcohol se contó también con la colaboración de un familiar, quien debía informar semanalmente si el paciente tomaba el tratamiento con interdictores y en qué medida, además se realizaba test de aliento cuando acudía a consulta o si se sospechaba el consumo.

La psicóloga clínica se encargaba del tratamiento psicológico, el cual fue un tratamiento multicomponente de corte cognitivo-conductual para todos los casos (psicoeducación, entrevista motivacional, terapia de exposición a pistas, exposición con prevención de respuesta, control de estímulos, terapia cognitiva, técnicas de disminución de la ansiedad, técnicas de afrontamiento, habilidades

sociales, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en asertividad, fomento de un estilo de vida sano y prevención de recaídas).

El psiquiatra se encargaba del tratamiento farmacológico descrito a continuación.

Para la desintoxicación de alcohol: se pautaba tiaprida o clometiazol a diferentes dosis, en función de la cantidad de alcohol que ingiriese el paciente. Además, se podían asociar dosis bajas de diazepam y/o lorazepam y se añadía ácido fólico y vitamina B. Una vez realizada la desintoxicación alcohólica se iniciaba el tratamiento con interdectores (cianamida o disulfiram), también se podía añadir algún anticraving. A medida que el paciente iba evolucionando de forma positiva se iban reduciendo, paulatinamente, las dosis.

Para la desintoxicación de opioides: se evaluaba el síndrome de abstinencia a fin de ajustar las dosis de tratamiento con clorazepato dipotásico, clonidina y diferentes neurolépticos sedantes para regular el sueño. Una vez el paciente se había desintoxicado se iniciaba el tratamiento con dosis bajas de naloxona y, una vez confirmada la abstinencia, se iniciaba naltrexona. Las dosis de ansiolíticos se mantenían unos días y, posteriormente, se realizaba una retirada progresiva de los mismos.

Para el tratamiento de mantenimiento, o de baja exigencia, de opioides había dos opciones:

- 1) Tratamiento de mantenimiento común con metadona: se pautaba una dosis de inicio máxima de 30 mgs/día durante los 4-7 días siguientes y, con posterioridad, se iba ajustando la dosis a razón de 5-10 mgs/semana, en cada día de la semana, hasta alcanzar la dosis estable. La dosis media estaba en 50 mgs/día.
- 2) Tratamiento de mantenimiento con suboxone: el paciente debía estar 2-3 días sin consumir opiáceos y cuando empezaba el síndrome de abstinencia se pautaba suboxone oral (buprenorfina + naloxona). Se daba una primera dosis de 2 mgs y, más adelante, se daba otra cada 2 horas hasta alcanzar un

máximo de 8 mgs el primer día. A lo largo de la primera semana se ajustaba la dosis, que, de forma general, oscilaba entre 8 y 12 mgs/día.

Para el resto de sustancias (cannabinoides, sedantes, cocaína, otros estimulantes y alucinógenos): se evaluaba la necesidad de tratamiento farmacológico según las características, necesidades y situación de cada paciente.

Los diagnósticos clínicos, tanto del consumo de sustancias, como de la presencia de patología dual, si fuera el caso, fueron realizados por el médico psiquiatra. Todos los pacientes fueron diagnosticados por el mismo médico psiquiatra, siguiendo los criterios de la CIE-10, mediante la entrevista clínica diagnóstica y consensuando el diagnóstico con la psicóloga clínica quien, en muchas ocasiones, debía realizar un estudio psicodiagnóstico a fin de perfilar mejor el mismo, utilizando, cuando fue preciso, diferentes instrumentos psicométricos.

La investigación consta, principalmente, de dos fases. La primera fase constituye el estudio de las Historias Clínicas de la UCA del total de los pacientes atendidos durante el periodo de tiempo estudiado (1998-2014). En esta fase se recogen los datos biográficos de los pacientes y los datos referentes a los diagnósticos clínicos, el tipo y número de sustancias consumidas, la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico en el tratamiento. En la segunda fase se estudia la evolución de los pacientes en los 10 años posteriores a haber estado en tratamiento en la UCA, se investiga sobre si los pacientes que estuvieron en tratamiento entre los años 2000 y 2005 han contactado o no con los Servicios de Neurología y/o Salud Mental de la Comunidad Valenciana y, en su caso, el tipo de diagnóstico mental por el que se ha consultado y el tiempo que han tardado en consultar. Del mismo modo, en esta segunda fase también se investigan las tasas de éxito terapéutico a largo plazo, es decir, sobre si los pacientes que estuvieron en tratamiento entre los años 2000 y 2010 volvieron a contactar por consumo de sustancias durante los primeros 5 años tras haber finalizado/abandonado el tratamiento TUS.

4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos después de la revisión de las Historias Clínicas se organizaron e introdujeron en una base de datos. Por medio del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 21, se realizó el análisis estadístico de los datos recogidos. El tratamiento de las variables se realizó en función de la naturaleza de éstas. Las variables cuantitativas se describieron utilizando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica, mínimo y máximo), mientras que las variables cualitativas se describieron a través de tablas de contingencia y de frecuencia absoluta. La relación entre estas variables se estudió mediante la prueba Chi-cuadrado o test exacto de Fisher, y la intensidad de estas asociaciones con la prueba phi o con la prueba gamma según las características de las mismas. Finalmente, se llevaron a cabo diferentes análisis de regresión en bloque para determinar el peso de la adherencia al tratamiento, el tipo de diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual (variables predictoras) con respecto a las tasas de éxito terapéutico (variables criterio), y para determinar el peso de la adherencia al tratamiento, la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, el tipo de diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual (variables predictoras) con respecto al contacto posterior con los Servicios de Neurología y/o desarrollo posterior de comorbilidad mental (variables criterio). A la hora de estudiar el peso de las diferentes variables predictoras sobre las variables criterio se calculó también el índice de condicionamiento (IC) para diagnosticar si hubo o no multicolinealidad entre variables. El nivel de significación empleado en todos los análisis fue de $p < .05$.

5. RESULTADOS

RESULTADOS

5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

5.1.1 Sexo

En el grupo en estudio los pacientes con diagnósticos TUS son en su mayoría varones. Los tres grupos, divididos según el nivel de adherencia al tratamiento baja, media o alta, mantienen las diferencias en relación a la variable sexo, quedando los resultados de la siguiente forma.

5.1.1.1 Muestra total

La muestra total consta de 3.531 pacientes con diagnósticos TUS. El número de mujeres de la muestra total ha sido de 643, lo que supone el 18,2 %, frente a 2.888 hombres, que equivale al 81,8%. En el Gráfico 5 podemos observar el porcentaje de pacientes de la muestra total, según la variable sexo.

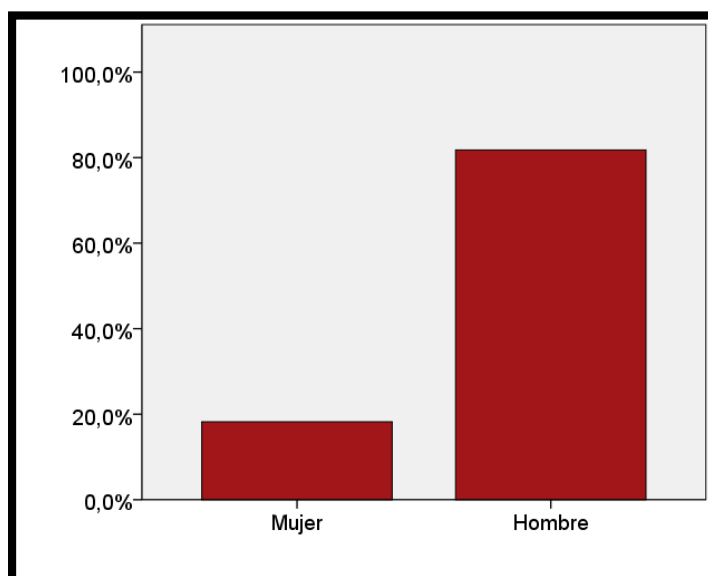


Gráfico 5. Porcentaje de pacientes de la muestra total según la variable sexo.

5.1.1.2 Grupo con adherencia al tratamiento baja

El grupo con adherencia baja al tratamiento queda con un total de 975 pacientes, siendo 217 (22,25%) mujeres y 758 (77,75%) hombres.

5.1.1.3 Grupo con adherencia al tratamiento media

Este grupo, con un total de 1.325 pacientes, se compuso por 210 (15,85%) mujeres y 1.115 (84,15%) hombres.

5.1.1.4 Grupo con adherencia al tratamiento alta

Los 1.231 pacientes de este grupo se distribuyen según sexos en 216 (17,54%) mujeres y 1.015 (82,46%) hombres.

A continuación, podemos ver el Gráfico 6, donde se muestra el número de pacientes según las variables de adherencia al tratamiento y sexo. Como podemos ver, encontramos, para el grupo de baja adherencia, un 22,3% de mujeres frente a un 77,7% de hombres, para el grupo de adherencia media un 15,8% de mujeres y un 84,2% de hombres y para el grupo de adherencia alta un 17,5% de mujeres y 82,5% de hombres. Teniendo en cuenta estos datos, los tres grupos mantienen una proporción similar en cuanto a la variable sexo, pero es el grupo de adherencia baja el que contiene una mayor proporción de mujeres.

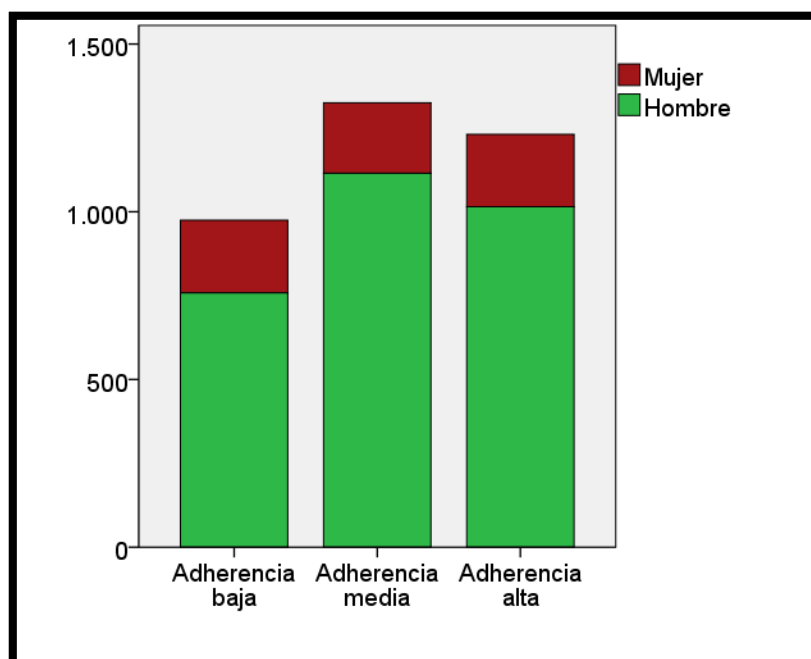


Gráfico 6. Número de pacientes de la muestra total según las variables de adherencia al tratamiento y sexo.

En el Gráfico 7 presentamos la distribución de sujetos, de la muestra total, que fueron diagnosticados de TUS cada año del periodo de recogida de muestra, desde 1998 hasta 2014, según sexos. La distribución entre hombres y mujeres es bastante similar para cada año de estudio, encontrándose el porcentaje de mujeres diagnosticadas para cada año entre el 12% y el 27% y el de hombres entre el 73% y el 87%, siendo el año 2013 el que cuenta con mayor número de mujeres y el año 1998 el que cuenta con menor número. Si nos fijamos, podemos observar que existe una tendencia al aumento para las mujeres, esto es, conforme van pasando los años mayor es el número de mujeres que son diagnosticadas de TUS. Además, se observa que la muestra recogida para el año 1999 duplica al del resto de años.

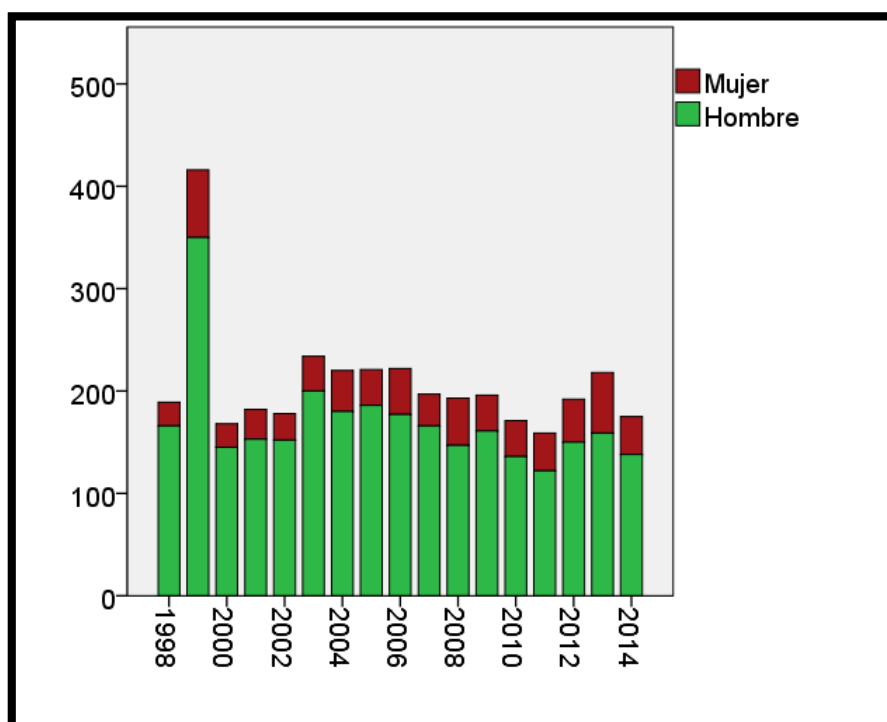


Gráfico 7. Distribución de sujetos de la muestra total diagnosticados de TUS por año.

Esta misma información la hemos querido plasmar para los tres grupos (Gráficos 8-10), en los tres se puede observar similar disposición.

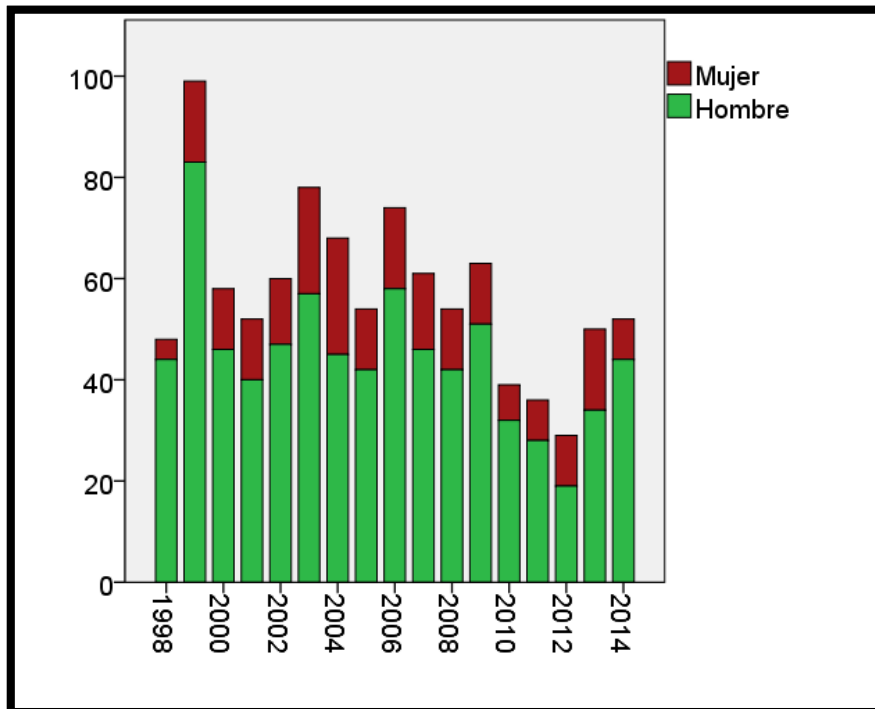


Gráfico 8. Distribución de sujetos del grupo de adherencia baja diagnosticados de TUS por año.

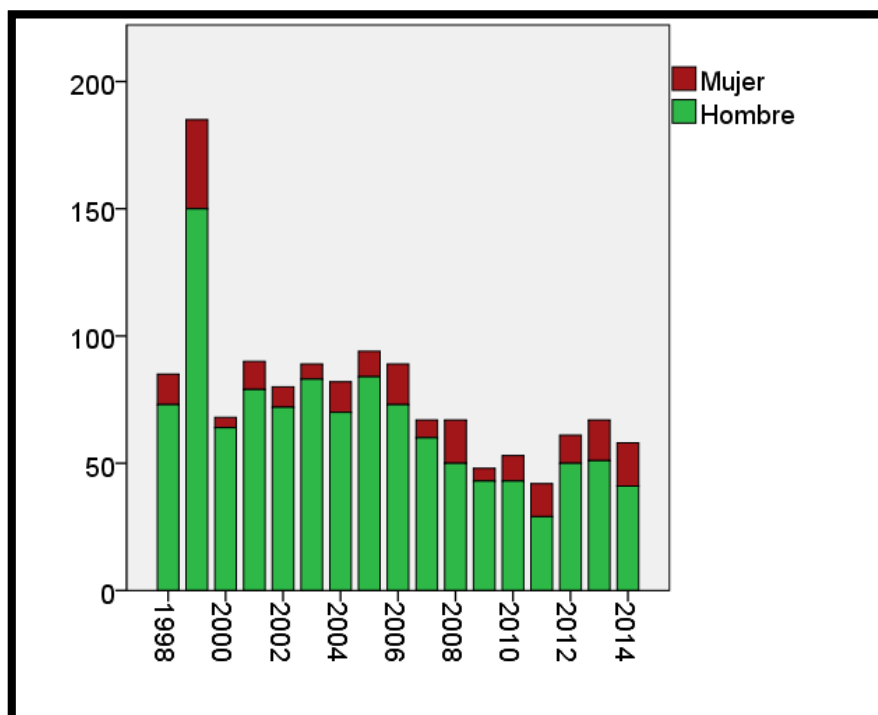


Gráfico 9. Distribución de sujetos del grupo de adherencia media diagnosticados de TUS por año.

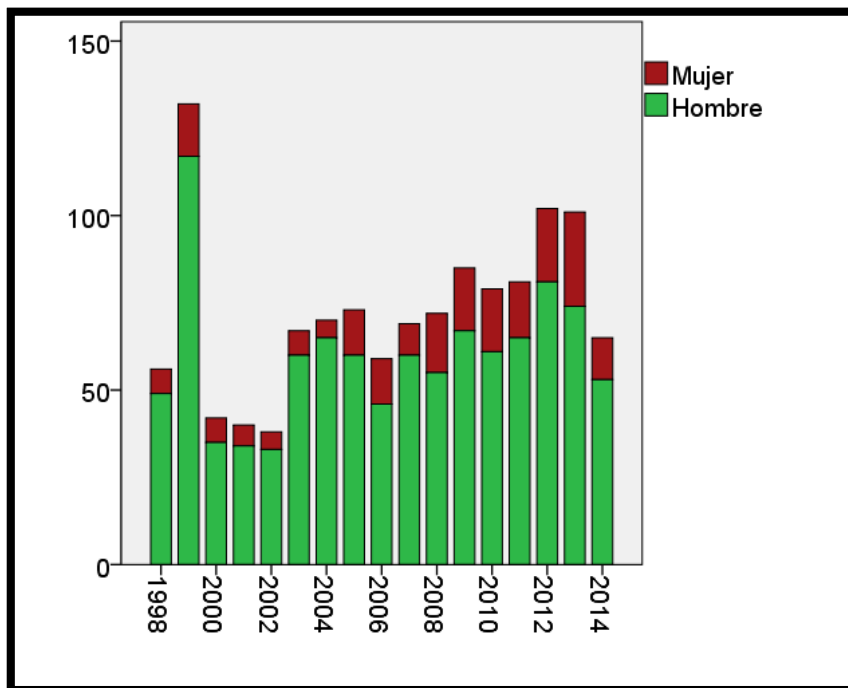


Gráfico 10. Distribución de sujetos del grupo de adherencia alta diagnosticados de TUS por año.

5.1.2 Edad

A continuación se presenta la Tabla 22 con las edades distribuidas por décadas de edad, donde podemos ver el número de pacientes con diagnóstico TUS para cada año de edad, así como el porcentaje que representan de la muestra total. Como podemos observar, las décadas de los 20 y 30 años son las que cuentan con mayores tasas de casos con TUS y a partir de la década de los 50 años la reducción en el número de casos es bastante más marcada.

Década de los 10 años											
Edad	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
N	0	1	1	11	31	54	82	83	83	72	418
%	0,0	0,0	0,0	0,3	0,9	1,5	2,3	2,4	2,4	2,0	11,8
Década de los 20 años											
Edad	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Total
N	93	76	81	93	78	103	87	92	108	126	937
%	2,6	2,2	2,3	2,6	2,2	2,9	2,5	2,6	3,1	3,6	26,6
Década de los 30 años											
Edad	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Total
N	122	104	119	124	123	114	107	103	96	81	1093
%	3,5	2,9	3,4	3,5	3,5	3,2	3,0	2,9	2,7	2,3	30,8
Década de los 40 años											
Edad	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Total
N	97	60	85	71	46	50	63	53	50	43	618
%	2,7	1,7	2,4	2,0	1,3	1,4	1,8	1,5	1,4	1,2	17,4
Década de los 50 años											
Edad	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	Total
N	55	48	27	26	25	23	18	20	30	24	296
%	1,6	1,4	0,8	0,7	0,7	0,7	0,5	0,6	0,8	0,7	8,5
Década de los 60 años											
Edad	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Total
N	24	17	17	23	16	15	8	9	6	9	144
%	0,7	0,5	0,5	0,7	0,5	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	4,2
Década de los 70 años											
Edad	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	Total
N	4	5	6	3	2	1	0	3	0	1	25
%	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7

Tabla 22. Distribución de edades de los pacientes con TUS por décadas, muestra total.

En el Gráfico 11 podemos ver el número de casos distribuidos según cada año de edad y adherencia al tratamiento. Como podemos observar, la distribución por edades es similar para los tres grupos y el grueso de pacientes se encuentra entre los 15 y los 51 años.

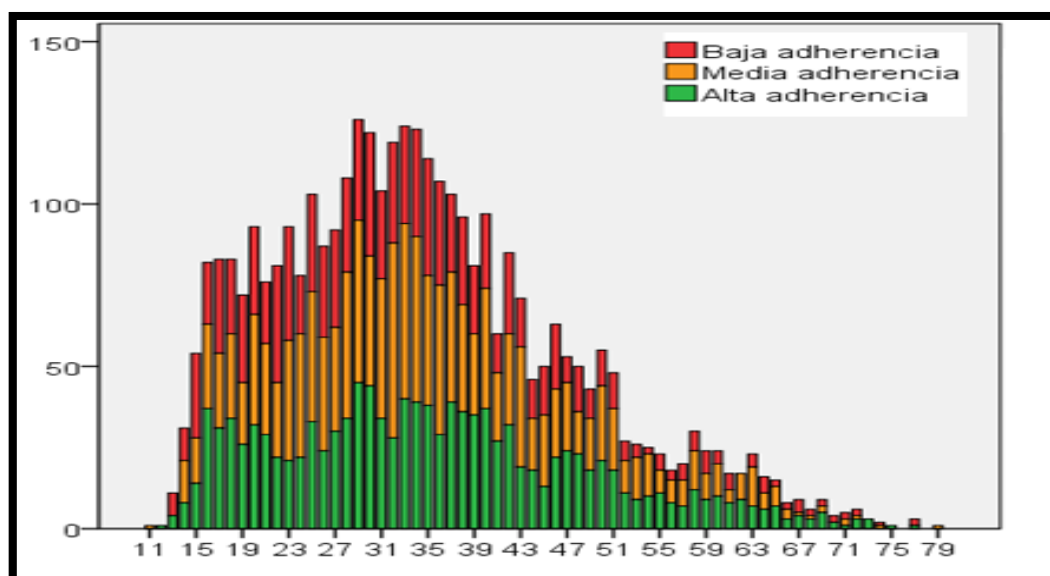


Gráfico 11. Distribución de sujetos de la muestra total según edad y adherencia al tratamiento.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, en el Gráfico 12 podemos ver el número de casos para cada año de edad según la variable sexo. Como se observa, el número de hombres es mucho mayor que el de mujeres para la totalidad de los rangos de edad. Mientras que en los hombres se observa un patrón de consumo con más picos, en las mujeres se observa un patrón más estable que se centra en el rango de edad de entre los 15 y los 40 años y que disminuye a partir de los 43. Por tanto, las diferencias de género no son tan acusadas en este periodo de edad.

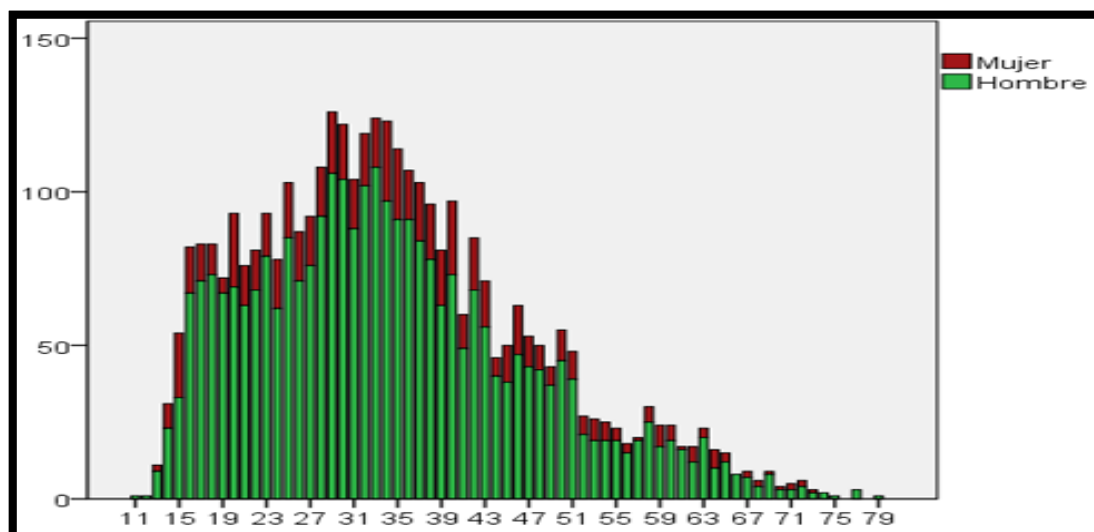


Gráfico 12. Distribución de sujetos de la muestra total según edad y sexo.

5.1.3 Situación laboral

En la Tabla 23 se encuentra el número de pacientes para cada situación laboral y el porcentaje que supone de la muestra total. En los siguientes gráficos de sectores se recoge la misma información para cada uno de los grupos en estudio (Gráficos 13-15). Como podemos observar, tanto en la muestra total, como para los tres grupos, el grueso de pacientes tenía trabajo, ya fuese fijo o puntual, y otro porcentaje importante se encontraba en paro.

Situación laboral	N	Porcentaje
Incapacidad Permanente	54	1,5
Incapacidad Provisional	50	1,4
Trabajo Fijo	883	25,0
Trabajo Puntual	922	26,1
Paro laboral primer empleo	217	6,1
Paro laboral segundo empleo	897	25,4
Jubilado o pensionista	179	5,2
Rentista	3	0,1
Estudiante	234	6,6
Labores domésticas	92	2,6
Total	3531	100

Tabla 23. Situación laboral de la muestra total.

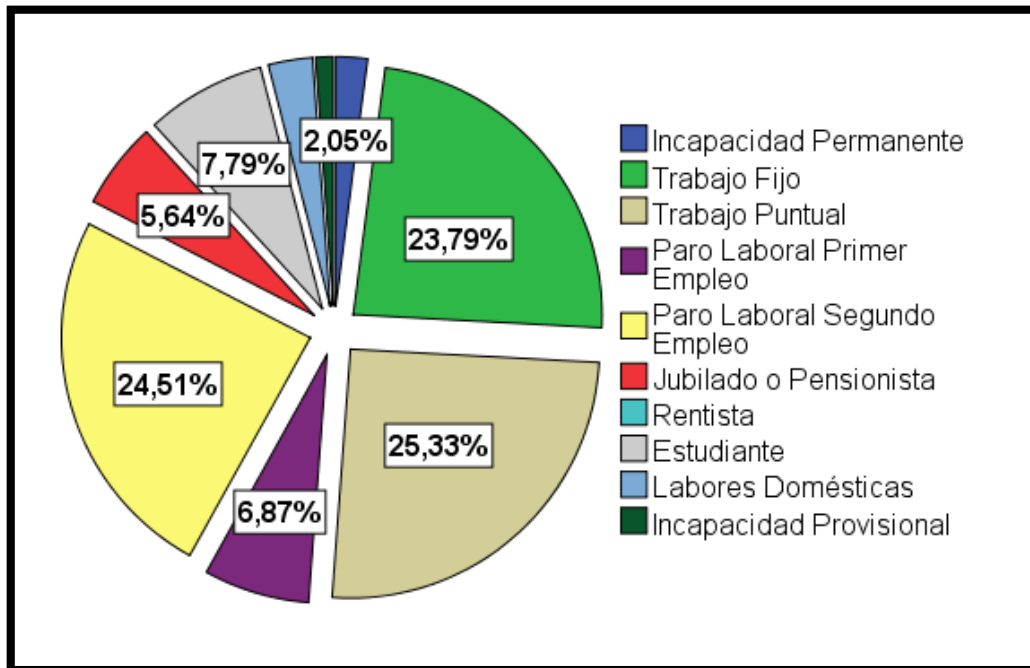


Gráfico 13. Situación laboral para el grupo de adherencia baja.

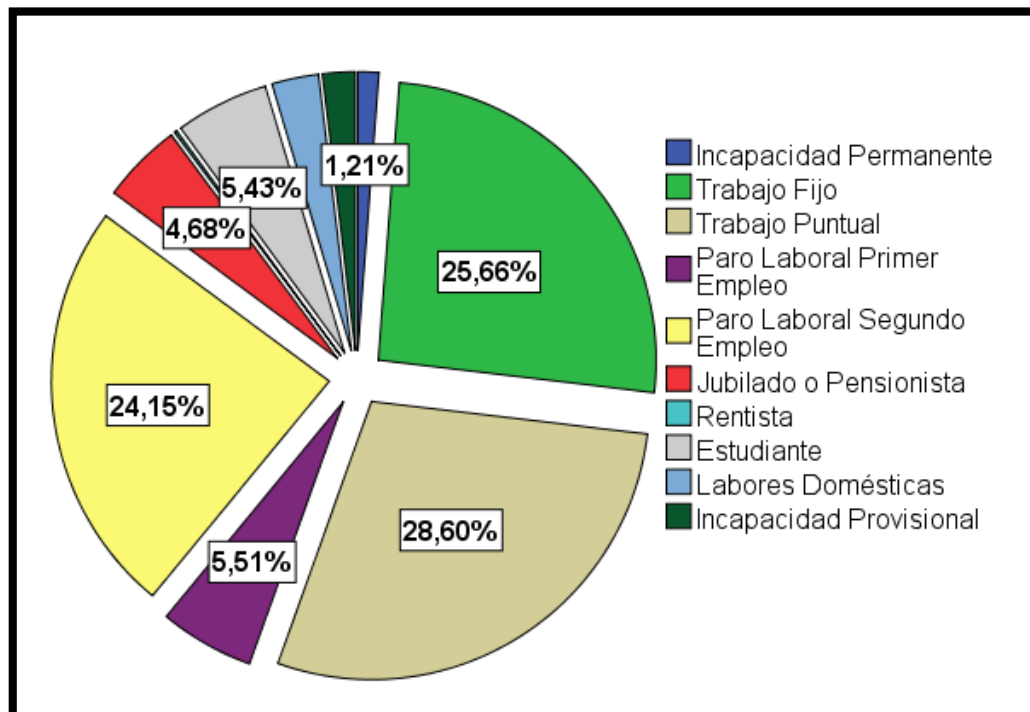


Gráfico 14. Situación laboral para el grupo de adherencia media.

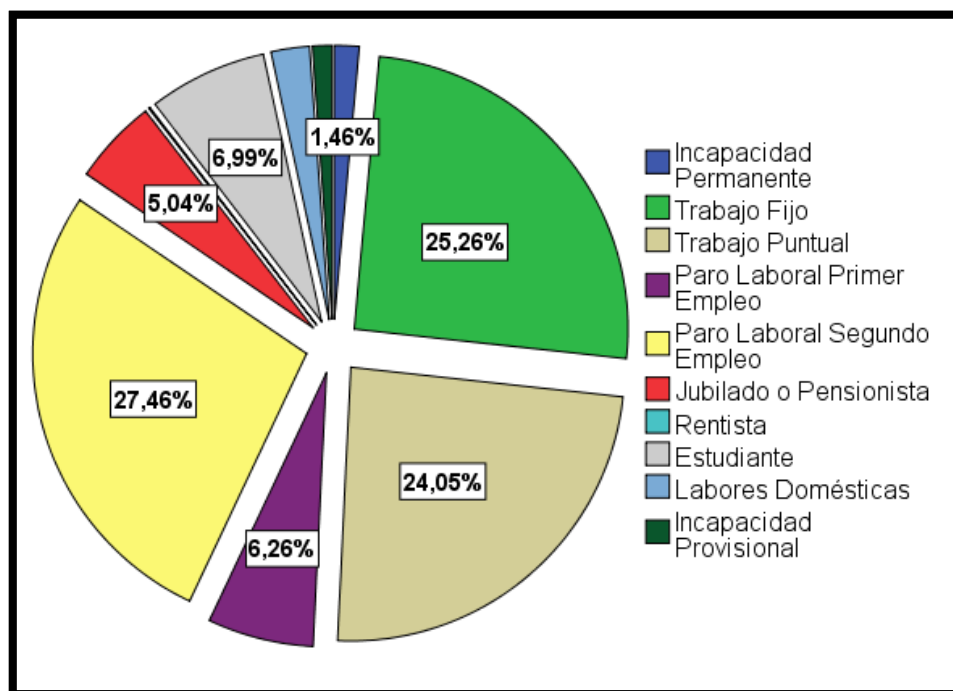


Gráfico 15. Situación laboral para el grupo de adherencia alta.

5.1.4 Nivel educativo

En lo que se refiere al nivel educativo de los pacientes, en la Tabla 24 encontramos el total de pacientes, de la muestra total, para cada nivel educativo, así como el porcentaje que suponen. En los Gráficos 16-18 podemos ver, de forma más directa, esta misma información para cada uno de los grupos según la adherencia al tratamiento. En este caso el grueso de pacientes, tanto de la muestra total, como para los tres grupos, se encuentran en el nivel educativo que correspondería a la Educación Primaria, con cerca del 50% de los sujetos. Otros porcentajes importantes los podemos observar para los niveles educativos de sin estudios y lo que correspondería a la actual Educación Secundaria Obligatoria (ESO), con casi un 20% cada uno.

Nivel educativo	N	Porcentaje
Analfabeto	50	1,4
Sin estudios	703	19,9
Educación primaria	1858	52,6
Educación secundaria	702	19,9
Estudios medios (FP o Bachillerato)	148	4,2
Estudios Superiores (Universidad)	70	2,0
Total	3531	100

Tabla 24: Nivel educativo de la muestra total.

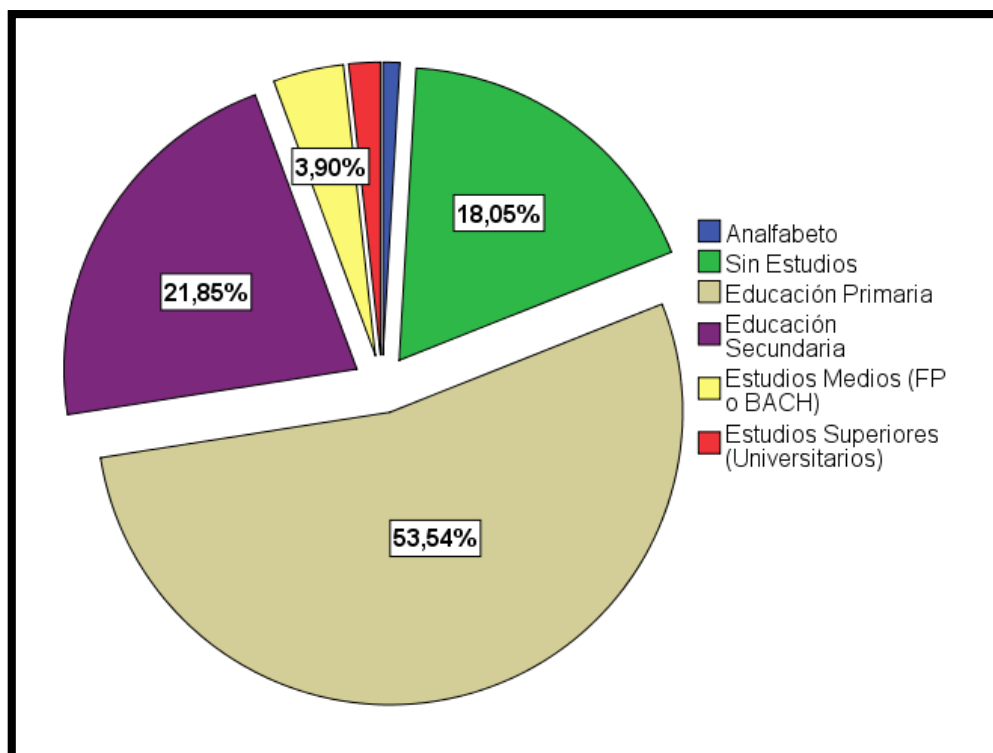


Gráfico 16. Nivel educativo del grupo de adherencia baja.

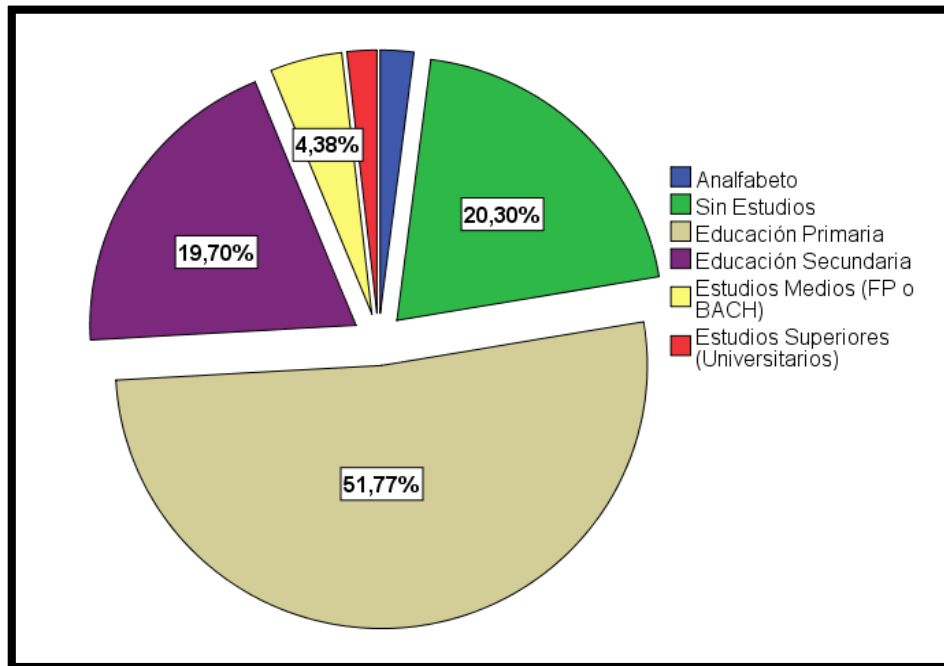


Gráfico 17. Nivel educativo del grupo de adherencia media.

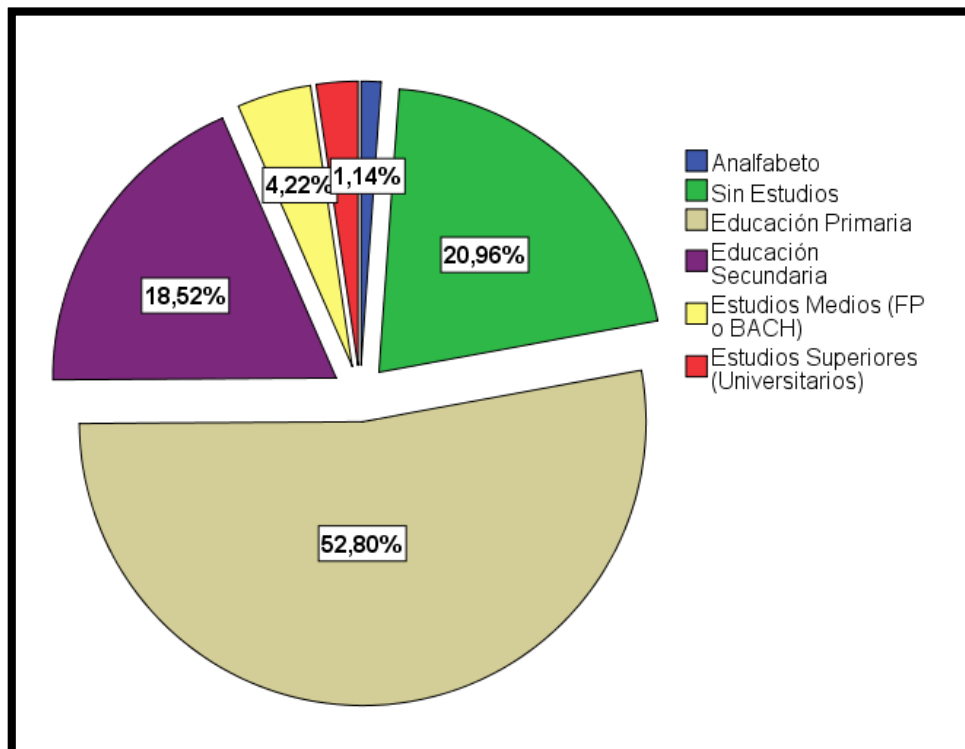


Gráfico 18. Nivel educativo del grupo de adherencia alta.

5.1.5 Estado civil

Y por último, en cuanto al estado civil, en la Tabla 25 hemos recogido el número de pacientes para cada uno de los niveles en la muestra total, así como el porcentaje que representan del total de la muestra. La misma información la podemos encontrar en forma de gráfico (Gráficos 19-21) para cada uno de los grupos.

Estado civil	N	Porcentaje
Soltero	1641	46,5
Casado	1154	32,7
Viudo	45	1,3
Divorciado	194	5,5
Separado	247	7,0
Unión consensuada	250	7,0
Total	3531	100

Tabla 25. Estado civil de la muestra total.

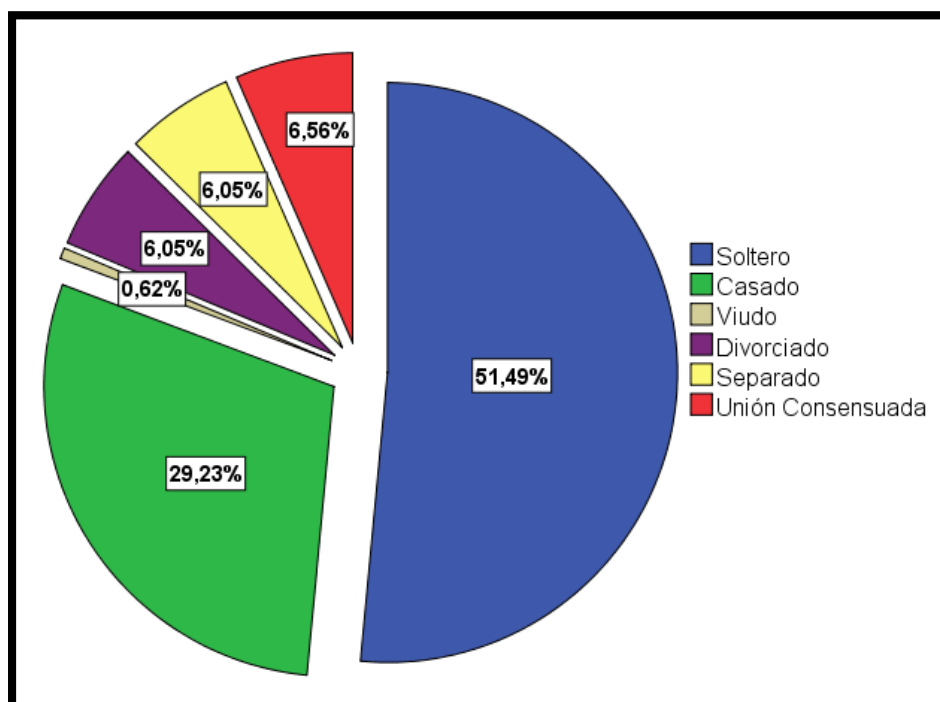


Gráfico 19. Estado civil del grupo de adherencia baja.

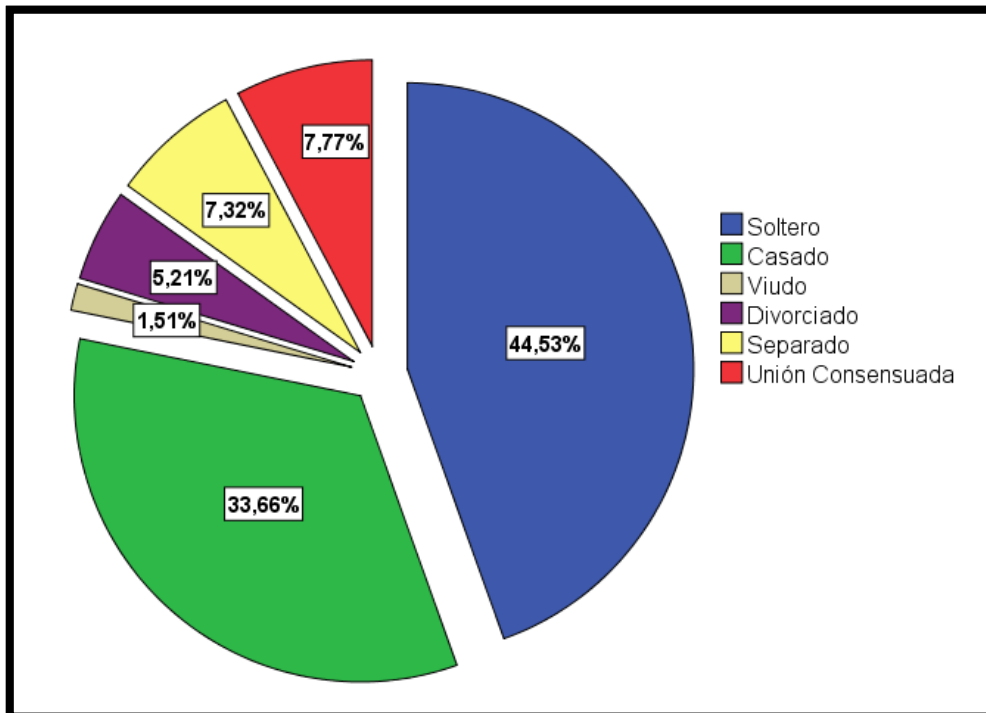


Gráfico 20. Estado civil del grupo de adherencia media.

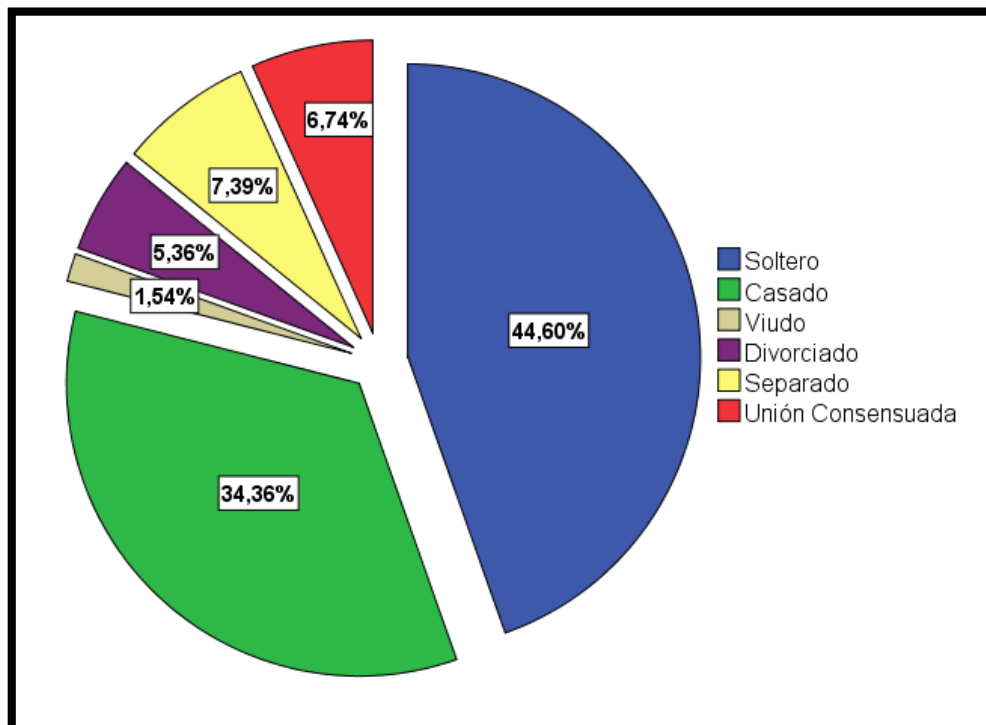


Gráfico 21. Estado civil del grupo de adherencia alta.

5.1.6 Mortandad experimental

Hemos realizado una búsqueda en el año 2018 de los pacientes que fueron atendidos en la UCA durante un periodo de 16 años, entre 1998 y 2014. En esta búsqueda hemos tenido acceso a los sujetos que han tenido contacto con las Unidades de Salud Mental y Neurología, así como a aquellos que contactaron con cualquier especialidad sanitaria por consumo de sustancias. Además, hemos comprobado que han usado los Servicios de Salud Públicos de cualquier tipo. Los que no constan se incluyen en la mortandad experimental.

De los 3.775 sujetos de la muestra inicial hemos encontrado a 3.531, por lo que la mortandad experimental ha resultado del 6,46% (244 sujetos). De ellos 95 corresponden al grupo de baja adherencia (8,9% del grupo de baja adherencia), 83 al grupo de adherencia media (5,9%) y 66 al grupo de alta adherencia (5,1%) (Véase Tabla 26 y Gráfico 22).

	Sujetos en seguimiento	Mortandad experimental
Baja adherencia N=1070	975	95
Media adherencia N=1408	1325	83
Alta adherencia N=1297	1231	66
Total N=3775	3531	244

Tabla 26. Mortandad experimental para los tres grupos.

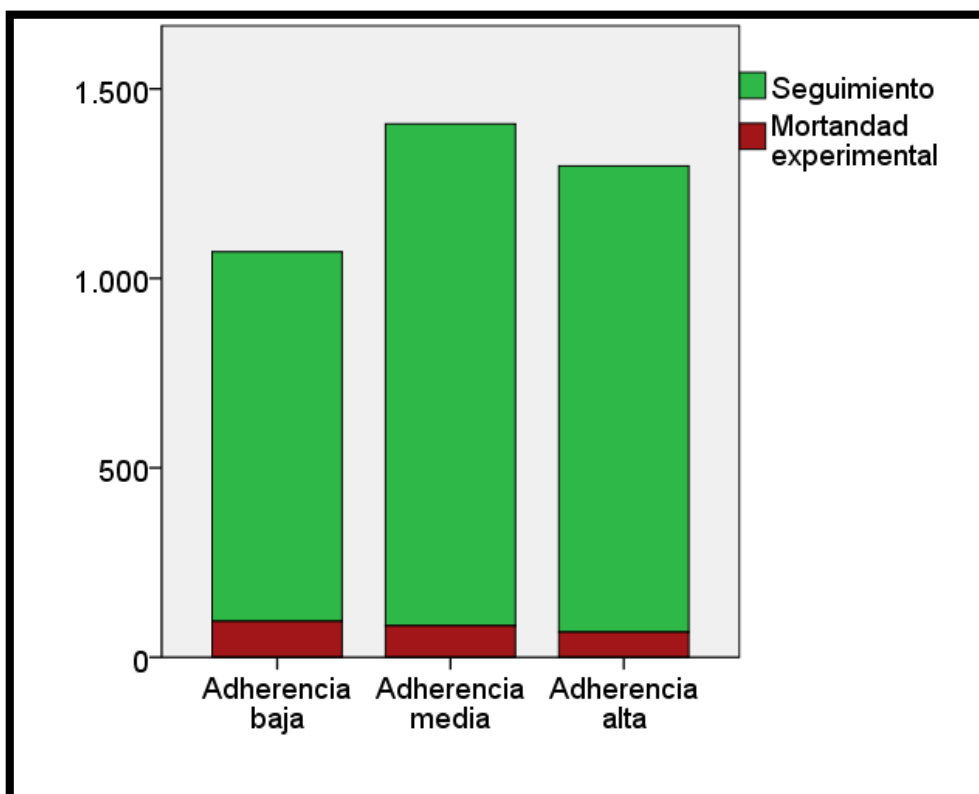


Gráfico 22. Mortandad experimental según la adherencia al tratamiento.

5.2 TASA DE ADMISIONES A TRATAMIENTO POR TUS EN LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ORIHUELA

En la Tabla 27 podemos ver la tasa/100.000 habitantes de la población total que buscó tratamiento para el TUS cada año del periodo de tiempo estudiado. A la hora de calcular estos datos, hemos tenido en cuenta el total de la muestra inicial de pacientes, sin descontar los pacientes perdidos (mortalidad experimental) o excluidos, con el objetivo de obtener unos datos más ajustados.

En general, la tasa a lo largo de los años es bastante estable. No obstante, destaca el año 1999 con casi el doble de casos que busca tratamiento, este aumento considerable en el porcentaje de la población que buscó tratamiento por TUS no corresponde a un aumento real, puesto que en el año 1999 la UCA de Orihuela tuvo que absorber a los pacientes que, hasta entonces, asumía el CAD de Almoradí, el cual tuvo que cerrar por motivos políticos. En el año 2000 se inaugura la UCA de Torrevieja y la población que asume cada una de las UCAs se reparte de manera equitativa, volviendo a normalizarse el porcentaje de la población que busca tratamiento por TUS para cada año del periodo estudiado a partir de este año.

En el Gráfico 23 se encuentra el número de casos con TUS de la muestra inicial que buscaron tratamiento para cada año del periodo en estudio. Como podemos observar, en general, el número de casos es bastante estable a lo largo de los años y se encuentra entre los 198 y los 279 sujetos al año. No obstante, sí destaca el año 1999 donde se observa que el número de pacientes que buscaron tratamiento TUS dobla al número de los demás años con 454 casos para ese año, por la misma razón comentada anteriormente. En el Gráfico 24, hemos recogido la tasa de admisiones a tratamiento/100.000 habitantes, como podemos ver la tasa también se mantiene estable a lo largo de los años, aunque se aprecia una tendencia decreciente.

Año	Población total Dep. 21 de salud	Admisiones a tratamiento	Admisiones/100.000 habitantes
1998	131.186	238	181,42
1999	132.947	454	341,48
2000	135.595	208	153,39
2001	139.934	222	158,64
2002	147.483	218	147,81
2003	156.634	279	178,12
2004	160.526	256	159,47
2005	171.534	259	150,99
2006	178.480	262	146,79
2007	184.556	237	128,41
2008	192.840	232	120,30
2009	196.761	235	119,43
2010	199.103	210	105,47
2011	201.178	198	98,42
2012	202.992	231	113,79
2013	204.178	257	125,87
2014	194.670	214	109,92
TOTAL	-	4.210	-

Tabla 27. Población total del Departamento de Salud de Orihuela (según Instituto Nacional de Estadística 1998-2014), número de pacientes con TUS que buscan tratamiento al año y tasa/100.000 habitantes, en la muestra inicial.

Trastorno por uso de sustancias: Tipologías diagnósticas, complicaciones y adherencia al tratamiento. Estudio prospectivo en una Unidad de Conductas Adictivas.
Tesis Doctoral. Aránzazu Jordá Jordá.

RESULTADOS

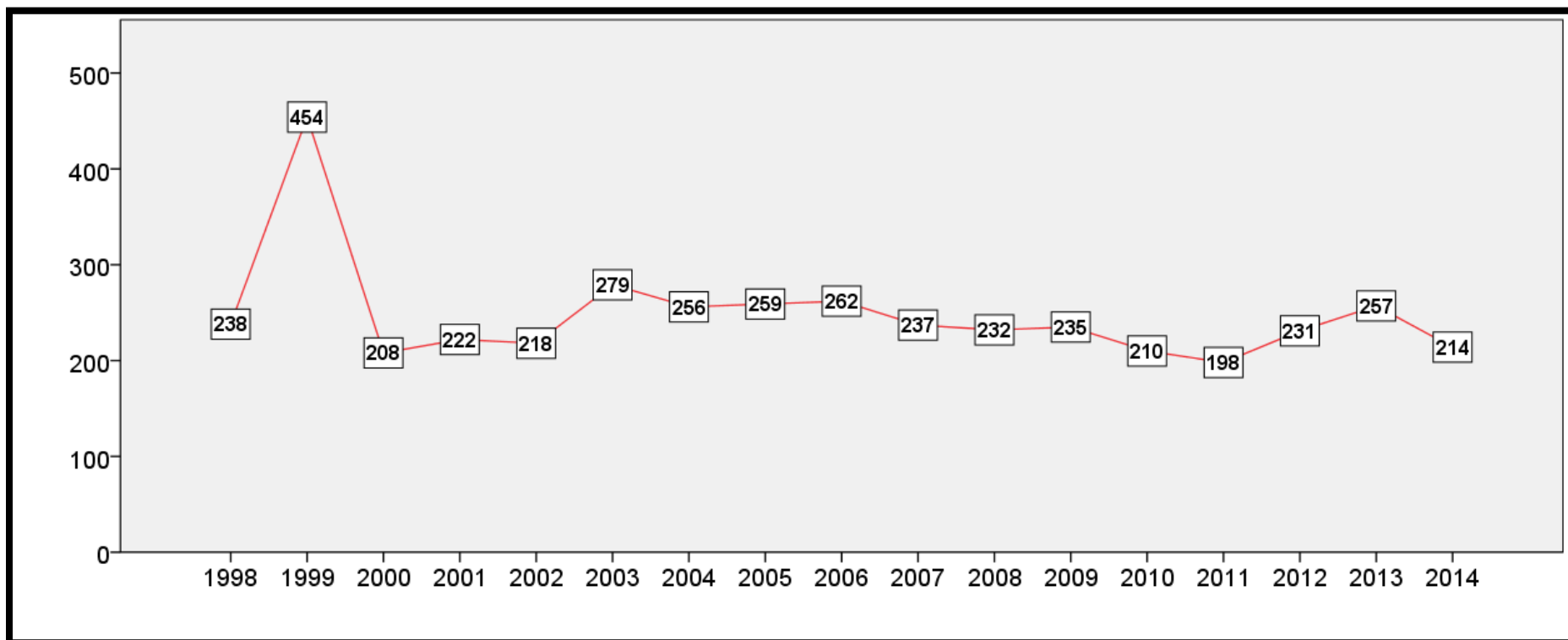


Gráfico 23. Número de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias en el Departamento de Salud de Orihuela (1998-2014), muestra inicial.

Trastorno por uso de sustancias: Tipologías diagnósticas, complicaciones y adherencia al tratamiento. Estudio prospectivo en una Unidad de Conductas Adictivas.
Tesis Doctoral. Aránzazu Jordá Jordá.

RESULTADOS

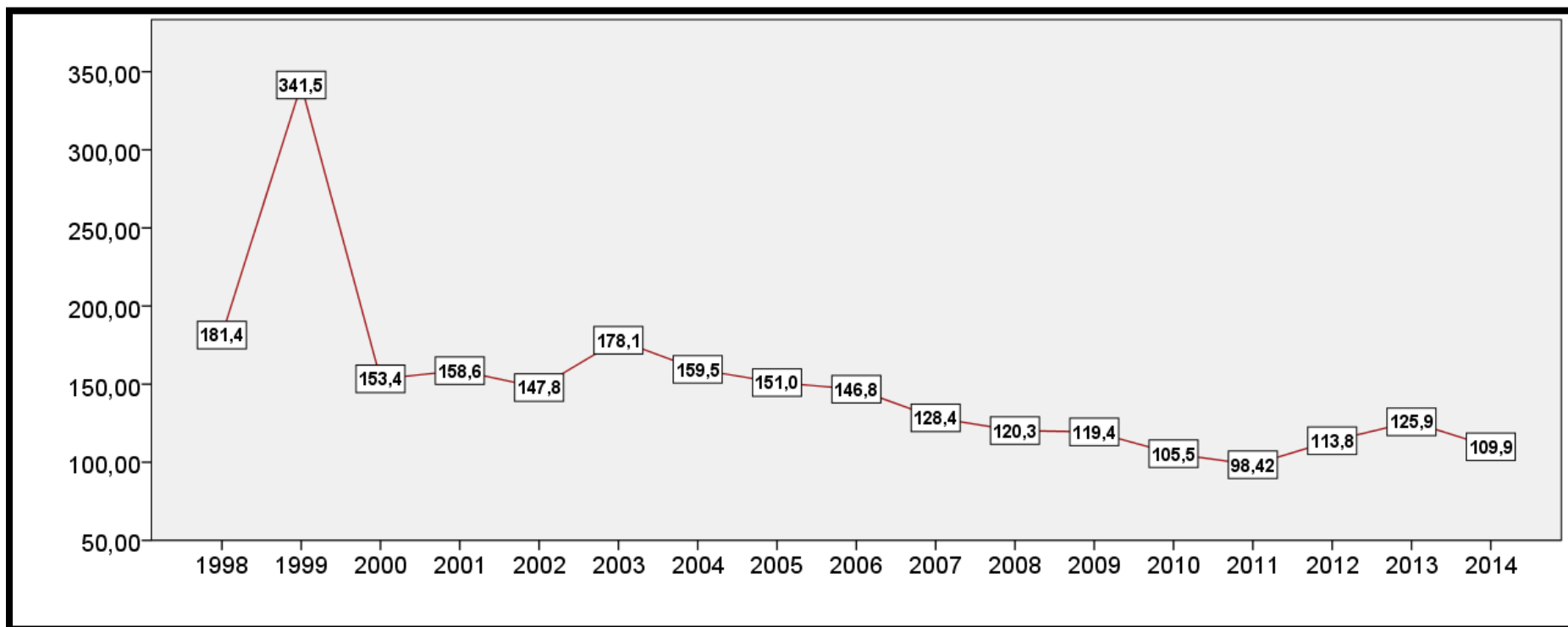


Gráfico 24. Tasa de admisiones a tratamiento/100.000 habitantes en el Departamento de Salud de Orihuela (1998-2014), muestra inicial.

En el Gráfico 25 se recoge el número de casos que han buscado tratamiento para cada tipo de sustancia a lo largo del periodo de tiempo estudiado. Destaca, sobre todo, el despunte de los opioides en el año 1999, debido a lo ya comentado sobre la población asumida este año por la UCA de Orihuela, así como su tendencia a disminuir con el paso de los años. En cuanto al alcohol, se observa que el número de pacientes que han buscado tratamiento ha ido aumentando hasta estabilizarse en el año 2002. Del mismo modo, en cuanto a los cannabinoides, se observa una tendencia al aumento con un despunte entre los años 2011 y 2014. En la cocaína, se observa un aumento en el número de casos entre los años 2003 y 2009, y una tendencia a estabilizarse en los últimos años. En cuanto al resto de sustancias, como los sedantes, otros estimulantes y los alucinógenos, se observa una mayor frecuencia de casos entre los años 1998 y 2002. No obstante, en los últimos años la frecuencia es muy baja y se ha estabilizado.

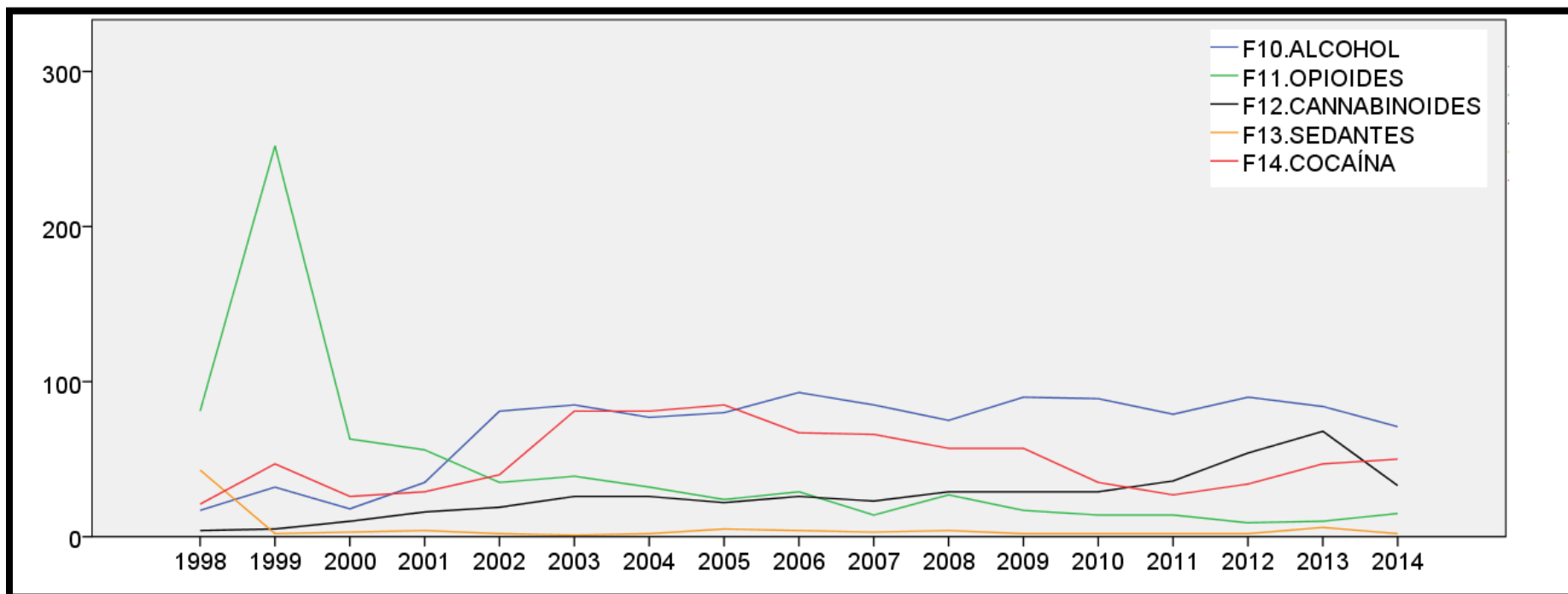


Gráfico 25. Casos con TUS que buscan tratamiento según el tipo de sustancia para cada año, muestra inicial.

5.3 TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

A continuación se describen las tipologías diagnósticas de los pacientes asistidos en la UCA a lo largo de los 16 años en estudio.

5.3.1 Diagnósticos TUS

En cuanto a los diagnósticos TUS, en el Gráfico 26 podemos observar la proporción de casos para cada tipo de diagnóstico. Como podemos ver, la sustancia con mayor número de casos es el alcohol (con un 33,45% de los casos), seguido por la cocaína (con un 24,07%), por los opioides (con un 20,70%) y por los cannabinoides (con un 12,89%). No se ha diagnosticado ningún caso de TUS de disolventes volátiles (F18) en la muestra de pacientes. El tabaco (F17) no aparece, puesto que los casos puros de adicción al tabaco se eliminaron debido al criterio de exclusión. Y, de la misma forma, la adicción a múltiples sustancias (F19) tampoco se recoge aquí, puesto que, como ya se explicó anteriormente, se recoge en otra variable.

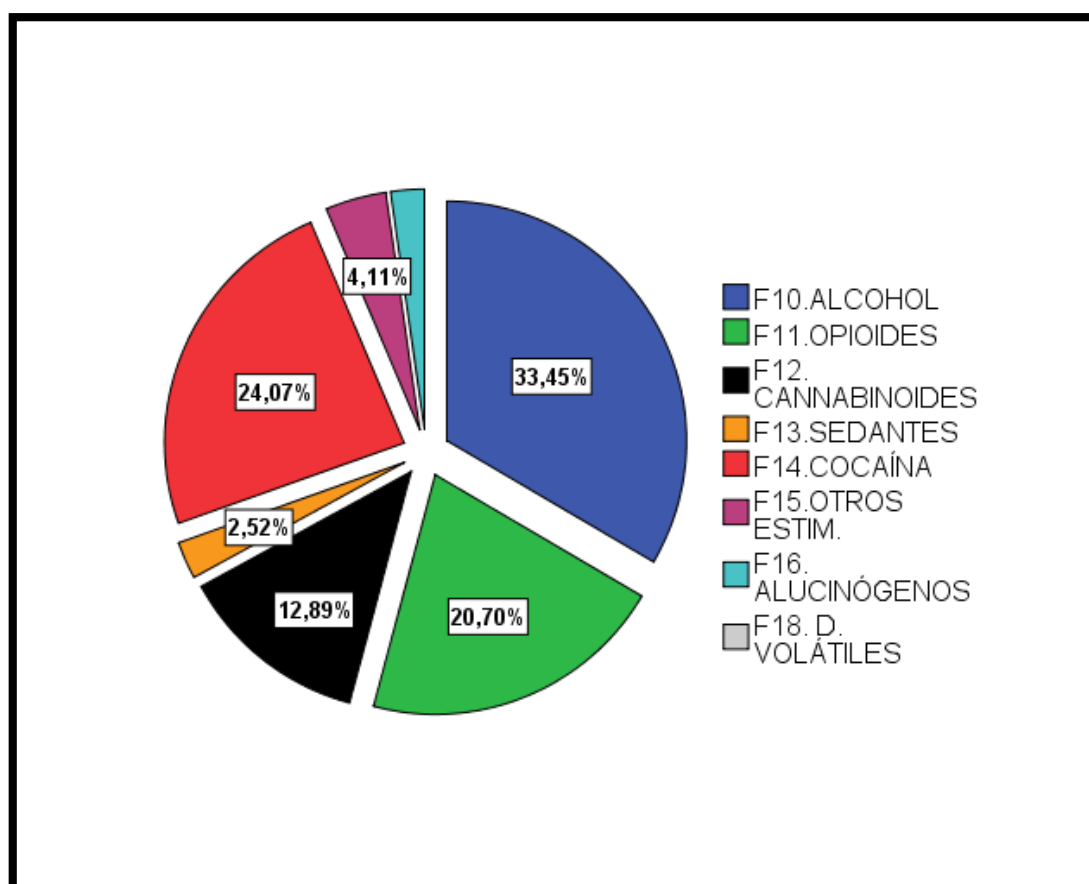


Gráfico 26. Porcentaje de las diferentes tipologías diagnósticas TUS de la muestra total.

Hemos recogido las diferencias de sexo en cuanto al tipo de diagnóstico TUS en el Gráfico 27. Como podemos observar, para todas las sustancias el porcentaje de hombres es mucho mayor al de mujeres. El alcohol es la sustancia más consumida, tanto para hombres, como para mujeres, seguida por la cocaína, los opioides y los cannabinoides. Además, se aprecia que en ambos sexos la proporción de los diferentes tipos de sustancia se mantiene de forma similar.

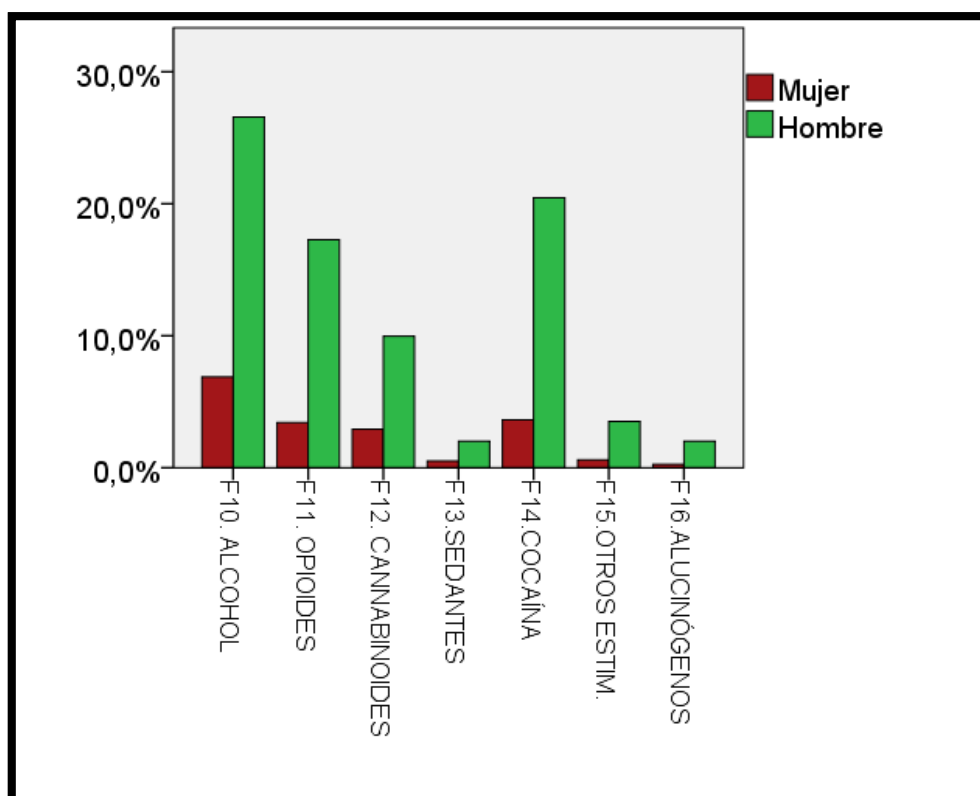


Gráfico 27. Porcentaje de las diferentes tipologías diagnósticas TUS según sexo, muestra total.

En los siguientes gráficos de sectores podemos observar la distribución de las distintas sustancias en el grupo de mujeres (Gráfico 28) y en el grupo de hombres (Gráfico 29). Como vemos, todas las sustancias se distribuyen de forma similar, tanto en hombres como en mujeres.

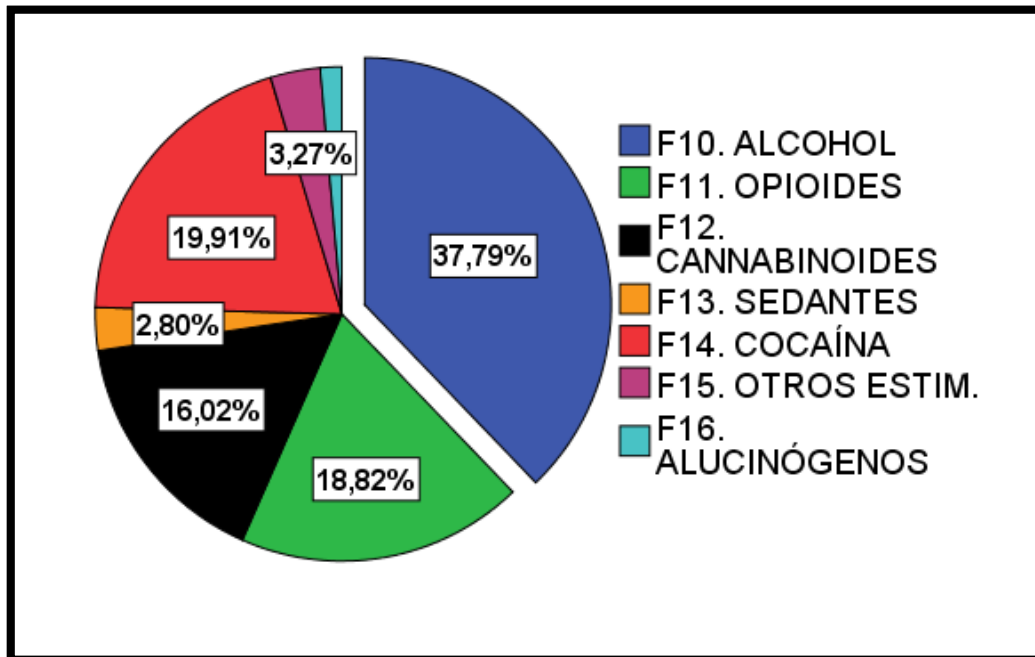


Gráfico 28. Distribución de las diferentes sustancias en el grupo de mujeres de la muestra total.

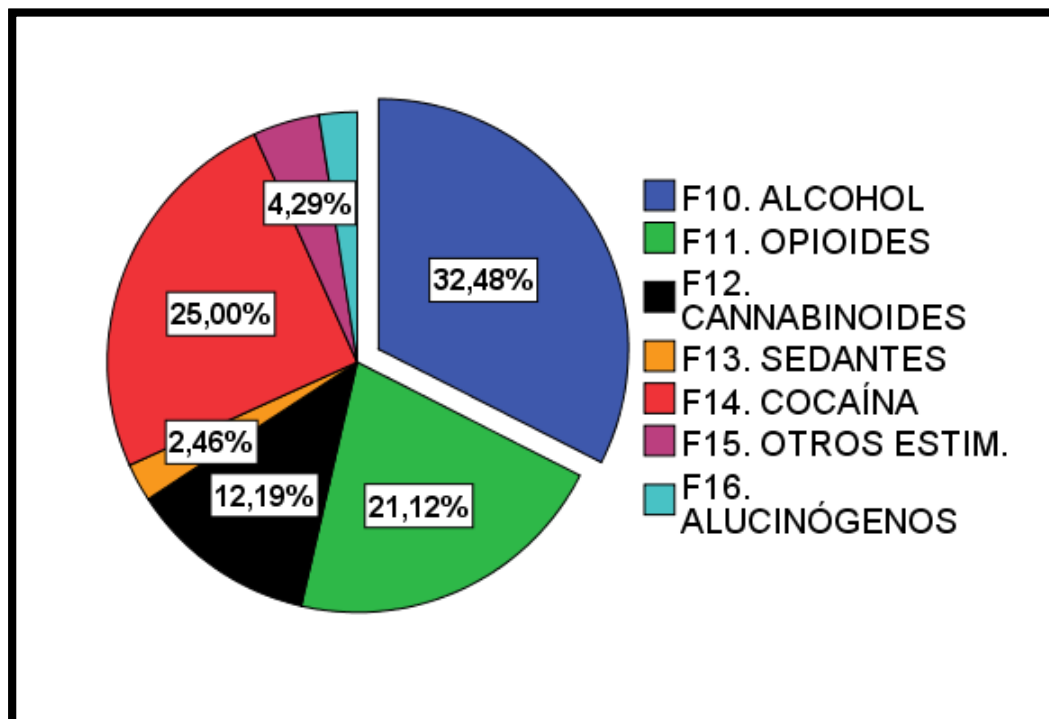


Gráfico 29. Distribución de las diferentes sustancias en el grupo de hombres de la muestra total.

En lo que se refiere al número de casos de los diferentes diagnósticos TUS, según la edad de los sujetos, podemos observar el Gráfico 30. El consumo de alcohol aparece a lo largo de todo el ciclo vital, situándose el grueso de casos entre los 20 y los 65 años de edad. Los opioides, aunque también aparecen en la mayor parte del ciclo vital, son consumidos casi en su totalidad entre los 20 y los 44 años. En cuanto a los cannabinoideos, podemos observar, claramente, como su consumo está mucho más ligado a los jóvenes, apareciendo el pico más elevado de consumo entre los 12 y los 27 años. En lo que respecta a la cocaína, podemos ver que mantiene un perfil similar al de los opioides, apareciendo a lo largo de todo el ciclo vital, pero con casi la totalidad de los casos entre los 17 y los 50 años. Los sedantes, por su parte, mantienen un consumo bastante homogéneo para la franja de edad entre los 21 y los 52 años sin que observemos picos muy significativos a lo largo del ciclo.

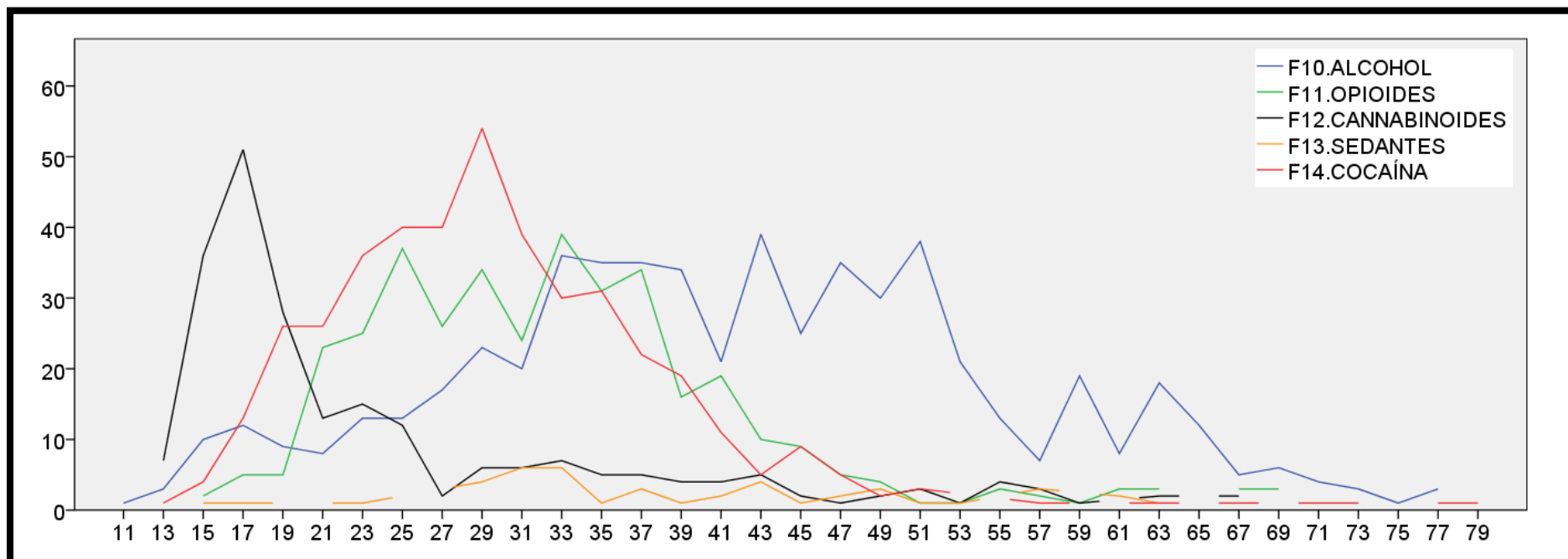


Gráfico 30. Número de casos de las diferentes tipologías diagnósticas TUS según la edad, muestra total.

5.3.2 Diagnóstico de policonsumo

En el Gráfico 31 y en la Tabla 28 se encuentra el número de casos con TUS y el porcentaje de pacientes de la muestra total según el número de sustancias que consumían cuando iniciaron el tratamiento TUS.

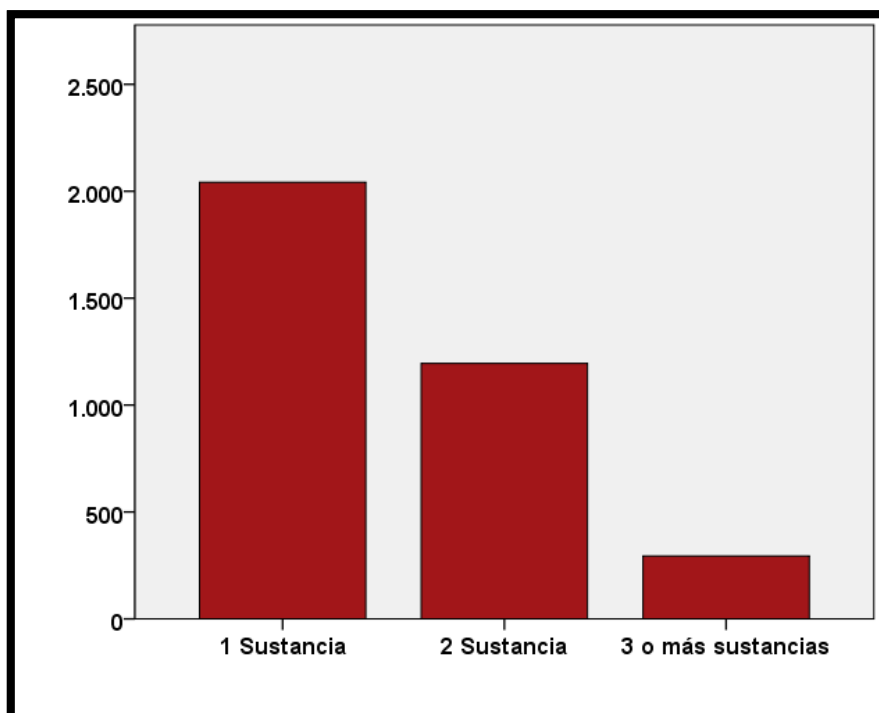


Gráfico 31. Casos con TUS según el número de sustancias consumidas, muestra total.

Número de sustancias consumidas	N	Porcentaje
1 Sustancia	2042	57,8
2 Sustancias	1195	33,8
3 o más sustancias	294	8,3
TOTAL	3531	100

Tabla 28. Número de casos y porcentaje según el número de sustancias consumidas, muestra total.

Como vemos, el grueso de pacientes consumía una única sustancia y una minoría consumía 3 o más sustancias diferentes.

5.3.3 Patología dual

En el Gráfico 32 y en la Tabla 29 se muestra la información sobre patología dual.

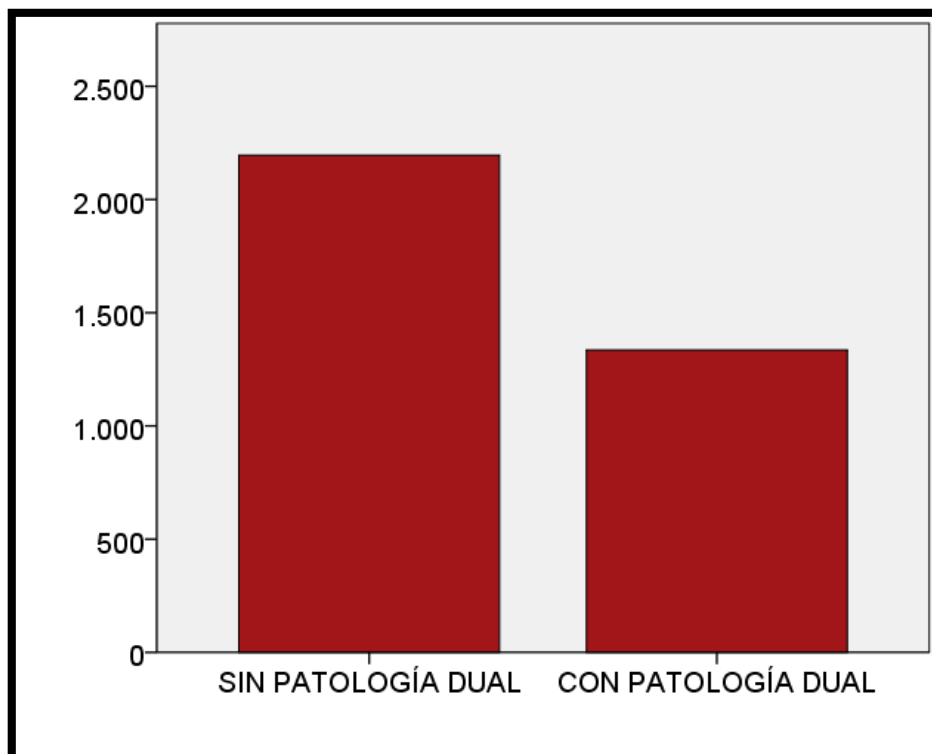


Gráfico 32. Casos con patología dual de la muestra total.

Patología dual	N	%
Sin patología dual	2196	62,2
Con patología dual	1335	37,8
TOTAL	3531	100

Tabla 29. Número y porcentaje de casos con patología dual de la muestra total.

En cuanto a la patología dual, de los 3.531 pacientes de la muestra total, 2.196 (62,2%) no presentaban otro trastorno mental comórbido al TUS y 1.335 (37,8%) sí que presentaban otro diagnóstico mental adicional.

5.3.4 Categorías y diagnósticos comórbidos al TUS

En el Gráfico 33 podemos ver, de los pacientes con patología dual, el porcentaje de casos para cada categoría diagnóstica asociada al TUS. La categoría diagnóstica con mayor número de casos es la F60-69 (Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto), con un 32,6% del total de los casos con patología dual, seguida por la categoría F40-49 (Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos), con un 21,9%, por la F30-39 (Trastornos del Humor), con un 15,4% y por la F20-29 (Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes), con un 13,8% de los casos. No se ha dado ningún caso de diagnóstico F80-89 (Trastornos del Desarrollo Psicológico) en la muestra de pacientes.

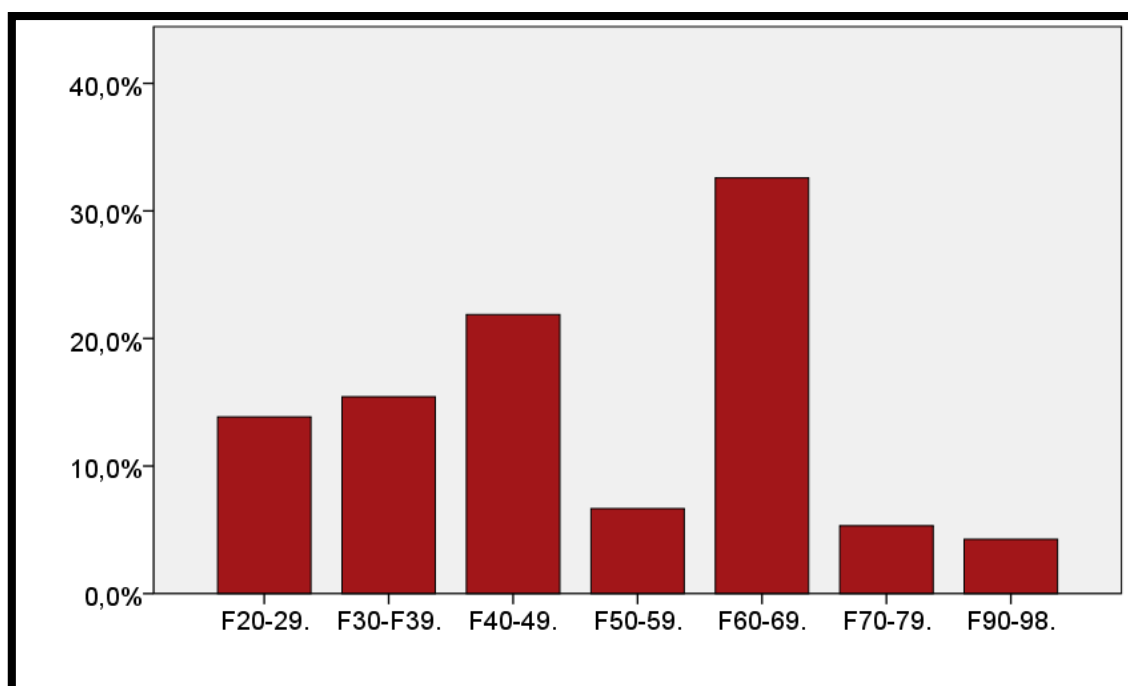


Gráfico 33. Porcentaje de casos según las diferentes categorías diagnósticas comórbidas al TUS, muestra total.

En la Tabla 30 se recogen los casos y el porcentaje para cada uno de los diagnósticos específicos que conforman cada categoría diagnóstica general.

Categoría diagnóstica F20-29	N	%
F20. Esquizofrenia	154	83,2
F21. T. Esquizotípico	6	3,2
F22. T. Ideas delirantes	8	4,3
F23. T. Psicóticos agudos	8	4,3
F25. T. Esquizoafectivo	9	4,9
Total	185	100

Categoría diagnóstica F30-39	N	%
F30. Episodio Maníaco	12	5,8
F31. T. Bipolar	31	15,0
F32. Episodio depresivo	44	21,4
F33. T. depresivo recurr.	69	33,5
F34.0. Ciclotimia	21	10,2
F34.1. Distimia	29	14,1
Total	206	100

Categoría diagnóstica F40-49	N	%
F40. T. ansiedad fóbica	50	17,1
F41.0. T. Pánico	41	14,0
F41.1. T. Ansiedad generalizada	40	13,7
F41.2. T. Mixto ans. y dep.	47	16,1
F42. T. Obsesivo-compulsivo	17	5,8
F43.0. Reacción estrés agudo	18	6,2
F43.1. T. estrés-postraumático	29	9,9
F43.2. T. adaptación.	43	14,7
F.44. T. disociativos	4	1,4
F45. T. somatomorfos	3	1,0
Total	292	100

Categoría diagnóstica F50-59	N	%
F50.0. Anorexia Nerviosa	38	42,7
F50.2. Bulimia Nerviosa	51	57,3
Total	89	100

Tabla 30. Número y porcentaje de casos para cada diagnóstico mental específico asociado al TUS, muestra total.

Categoría diagnóstica F60-69	N	%
F60.0. T. Paranoide personalidad	6	1,4
F60.1 T. Esquizoide Personalidad	4	0,9
F60.2 T. Disocial Personalidad	67	15,4
F60.3. T. Límite Personalidad	93	21,4
F60.4. T. Histriónico Personalidad	13	3,0
F60.5 T. Anancástico personalidad	5	1,1
F60.6. T. ansioso personalidad	10	2,3
F60.7. T. Dependiente personalidad	15	3,4
F60.8. Otros T. específicos	29	6,7
F61. T. Mixtos personalidad	12	2,8
F62. Transformación persistente	2	0,5
F63. T. Hábitos y control impulsos	172	39,5
F69. T. Personalidad sin espec.	7	1,6
Total	435	100

Categoría diagnóstica F70-79	N	%
F70. Retraso mental leve	62	87,3
F71. Retraso mental moderado	2	2,8
F73. Retraso mental profundo	1	1,4
F79. Retraso mental sin espec.	6	8,5
Total	71	100

Categoría diagnóstica F90-99	N	%
F90.0. T. Hipercinéticos	57	100
Total	57	100

Tabla 30. Número y porcentaje de casos para cada diagnóstico mental específico asociado al TUS, muestra total.

5.3.5 Coincidencia de los diagnósticos TUS con otras categorías diagnósticas.

En la Tabla 31 podemos ver el porcentaje de casos con diagnóstico específico para cada tipo de sustancia psicotropa que cumplía, además, los criterios para diagnósticos de otras categorías mentales. En la Tabla 32 podemos ver la correspondencia de códigos y diagnósticos.

Código Dx.		F20-29	F30-39	F40-49	F50-59	F60-69	F70-79	F90-98	Total
F10	n	52	89	98	11	140	20	10	420
	%	28,1	43,2	33,6	12,4	32,2	28,2	17,5	31,5
F11	n	23	25	36	17	94	11	8	214
	%	12,4	12,1	12,3	19,1	21,6	15,5	14,0	16,0
F12	n	24	27	25	11	48	6	8	149
	%	13,0	13,1	8,6	12,4	11,0	8,5	14,0	11,2
F13	n	10	9	36	6	11	6	5	83
	%	5,4	4,4	12,3	6,7	2,5	8,5	8,8	6,2
F14	n	39	31	69	9	119	5	10	282
	%	21,1	15,0	23,6	10,1	27,4	7,0	17,5	21,1
F15	n	28	15	14	22	15	14	16	124
	%	15,1	7,3	4,8	24,7	3,4	19,7	28,1	9,3
F16	n	9	10	14	13	8	9	0	63
	%	4,9	4,9	4,8	14,6	1,8	12,7	0,0	4,7
Total	N	185	206	292	89	435	71	57	1335
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 31. Coincidencia de los diagnósticos TUS con diagnósticos de otras categorías mentales comórbidas, grupo con patología dual.

De los pacientes con TUS por alcohol, el 64,4% no estaba diagnosticado de otros trastornos mentales y el 35,6% sí lo estaba. De estos últimos, la categoría diagnóstica con más casos es la F60-69, seguida por la F40-49 y la F30-39. De los pacientes con TUS de opioides, el 70,7% no estaba diagnosticado de otros trastornos mentales y el 29,3% sí. Las categorías diagnósticas con más casos son la F60-69 y la F40-49. Para los pacientes con TUS por cannabinoides, encontramos que el 67,3% no tenía otros diagnósticos mentales asociados y el 33,7% sí los tenía. En este caso, la categoría diagnóstica con más casos es la F60-69, seguida de la F30-39. En cuanto a los pacientes con TUS por sedantes, el 6,7% no estaba diagnosticado de otros trastornos mentales y el 93,3% sí lo

estaba. La categoría diagnóstica con más casos es la F40-49 con mucha diferencia, seguida por la F60-69 y F20-29. De los pacientes con TUS por cocaína, el 66,8% no presentaba otros diagnósticos mentales y el 33,2% sí los presentaba. Las categorías diagnósticas con más peso para esta sustancia son la F60-69 y la F40-49. Para los pacientes con TUS por otras sustancias estimulantes, el 14,5% no presentaba otros diagnósticos mentales y el 85,5% sí. En este caso, la categoría diagnóstica con más casos fue la F20-29, seguida por la F50-59. Por último, de los pacientes con TUS por alucinógenos, el 21,2% no presentaba otros diagnósticos mentales y el 78,8% sí los presentaba, la categoría diagnóstica con más casos es la F40-49 seguida por la F50-59.

Código	Diagnóstico
F10-19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. <ul style="list-style-type: none">- F10 Alcohol- F11 Opioides- F12 Cannabinoides- F13 Sedantes- F14 Cocaína- F15 Otros estimulantes- F16 Alucinógenos- F18 Disolventes volátiles
F20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
F30-39	Trastornos del humor (afectivos).
F40-49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
F70-79	Retraso mental.
F80-89	Trastornos del desarrollo psicológico.
F90-98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

Tabla 32. Correspondencia de códigos y diagnósticos.

5.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES CON TUS

5.4.1 Descripción de variables

5.4.1.1 Adherencia al tratamiento

A continuación se valora la adherencia al tratamiento de los pacientes asistidos en la UCA a lo largo de los 16 años de estudio. En el Gráfico 34 se muestra el número de casos para cada nivel de adherencia al tratamiento y en la Tabla 33 podemos observar el número de casos y el porcentaje que suponen de la muestra total.

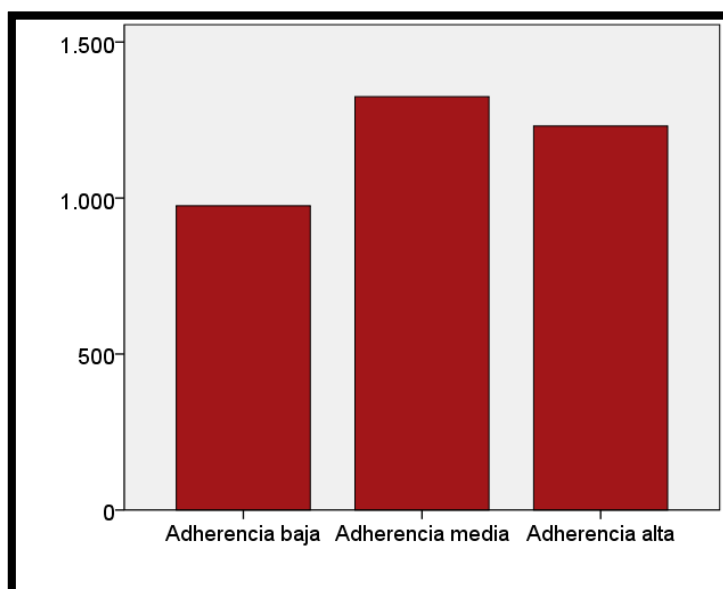


Gráfico 34. Casos con TUS según la adherencia al tratamiento, muestra total.

Adherencia	N	Porcentaje
Baja	975	27,6%
Media	1325	37,5%
Alta	1231	34,9%
TOTAL	3531	100

Tabla 33. Número y porcentaje de casos con TUS según la adherencia al tratamiento, muestra total.

Como vemos, los tres niveles son bastante homogéneos en cuanto al número de pacientes y, de los 3.531 casos de la muestra total, sólo el 34,9% mantiene una alta adherencia al tratamiento.

5.4.1.2 Tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS

En el Gráfico 35 y la Tabla 34 podemos observar el número de casos y el porcentaje de pacientes con TUS en los diferentes niveles de la variable.

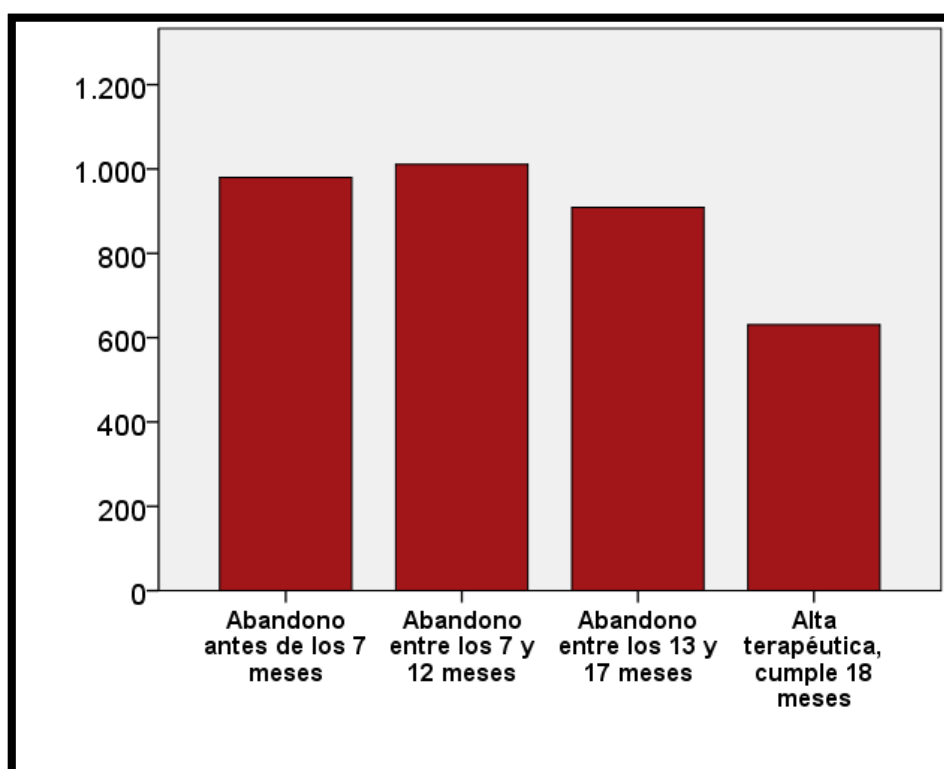


Gráfico 35. Número de casos con TUS según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.

Tasa de éxito	N	Porcentaje
Abandono antes de 7 meses	980	27,8
Abandono entre 7 y 12 meses	1011	28,6
Abandono entre 13 y 17 meses	909	25,7
Alta terapéutica, cumple 18 meses	631	17,9
TOTAL	3531	100

Tabla 34. Número de casos con TUS y porcentaje de la muestra total según la tasa de éxito terapéutico.

Como podemos observar, sólo el 17,9% de los pacientes con TUS, atendidos durante los 16 años de estudio, obtuvo el alta terapéutica. El resto de grupos son bastante homogéneos en cuanto al número de pacientes que abandona el tratamiento antes de finalizarlo.

5.4.1.3 Tasa de éxito terapéutico a largo plazo

A continuación se recoge el número y porcentaje de casos que contactó por consumo de sustancias en los primeros 5 años después de haber finalizado/abandonado el tratamiento TUS (Tabla 35 y Gráfico 36).

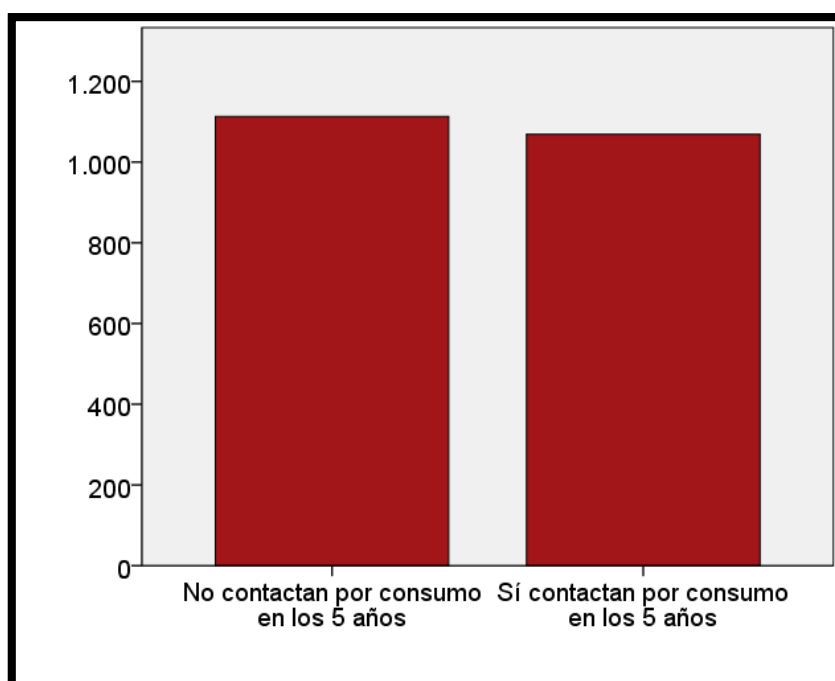


Gráfico 36. Número de casos según si contactan o no por consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

Contactan por consumo de sustancias en los 5 años	N	Porcentaje
No	1113	51,0%
Sí	1069	49,0%
TOTAL	2182	100

Tabla 35. Número y porcentaje de casos según si contactan o no por consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

Como se observa en los datos, mientras que el 51% de los pacientes que han estado en tratamiento TUS no vuelve a contactar por consumo de sustancias durante los 5 años siguientes después de haber estado en tratamiento TUS, el 49% sí lo hace.

5.4.2 Relación de variables

5.4.2.1 Relación de la adherencia al tratamiento con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento

		Adherencia baja	Adherencia media	Adherencia alta	Total
Abandono antes de 7m	n	729	251	0	980
	%	74,8	18,9	0,0	27,8
Abandono entre 7 y 12m	n	194	788	29	1011
	%	19,9	59,5	2,4	28,6
Abandono entre 13 y 17m	n	41	210	658	909
	%	4,2	15,8	53,5	25,7
Alta terapéutica, cumple 18m	n	11	76	544	631
	%	1,1	5,7	44,2	17,9
Total	N	975	1325	1231	3531
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	3250,767	6	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	,903	,007	95,385	,000

Tabla 36. Relación de la adherencia al tratamiento con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.

En la Tabla 36 podemos ver que las variables adherencia al tratamiento y tasa de éxito terapéutico en el tratamiento están relacionadas de forma positiva y, además, su asociación es muy alta. A más adherencia al tratamiento, mayor tasa de éxito, o lo que es lo mismo, a mayor adherencia, más tarde se produce

el abandono del tratamiento y mayor porcentaje de sujetos obtiene el alta terapéutica.

El 100% de los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los 7 meses, el 97% de los que lo abandonan entre los 7 y los 12 meses, el 28% de los que abandonan el tratamiento entre los 13 y los 17 meses y el 14% de los que reciben el alta terapéutica mantienen un nivel medio o bajo de adherencia al tratamiento. En cambio, ningún paciente de los que abandonan el tratamiento antes de los 7 meses, el 3% de los que lo hacen entre los 7 y los 12 meses, el 74% de los que lo abandonan entre los 13 y los 17 meses y el 86% de los que reciben el alta terapéutica mantienen un nivel de adherencia alta. Hemos recogido estos datos en el Gráfico 37.

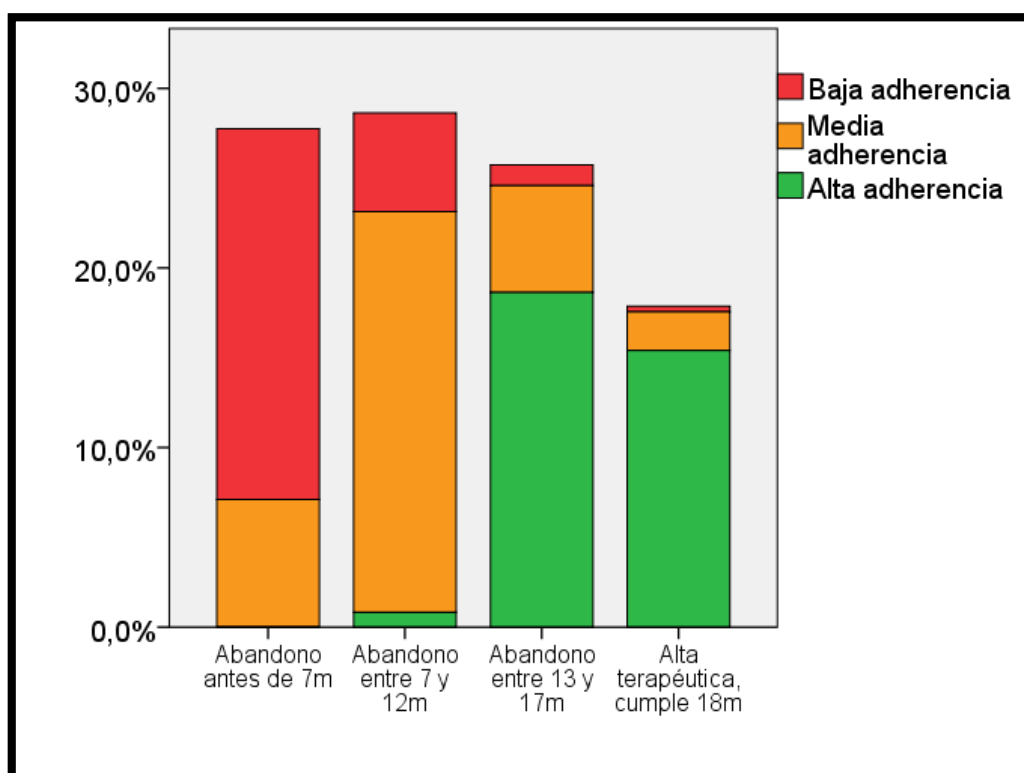


Gráfico 37. Porcentaje de pacientes según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS y la adherencia al tratamiento, muestra total.

5.4.2.2 Relación de la adherencia al tratamiento con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo

		Adherencia baja	Adherencia media	Adherencia alta	Total
Sí contactan por consumo en 5 años	n	428	433	208	1069
	%	64,8	52,4	30,0	49,0
No contactan por consumo en 5 años	n	233	394	486	1113
	%	35,2	47,6	70,0	51,0
Total	N	661	827	694	2182
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	169,648	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,435	,030	-13,603	,000

Tabla 37. Relación de la adherencia al tratamiento con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

Viendo los datos (Tabla 37), podemos decir que existe una relación negativa entre el nivel de adherencia al tratamiento y la recaída en el consumo de sustancias. A mayor adherencia al tratamiento TUS, menor número de casos contacta por consumo de sustancias durante los 5 años después de haber estado en tratamiento. Mientras que el 70% de los pacientes con adherencia alta no vuelve a contactar, cerca del 65% del grupo de adherencia baja y del 52% del grupo de adherencia media lo hace.

En el Gráfico 38 se ve claramente como disminuye el porcentaje de recaídas en el consumo de sustancias conforme aumenta el nivel de adherencia al tratamiento.

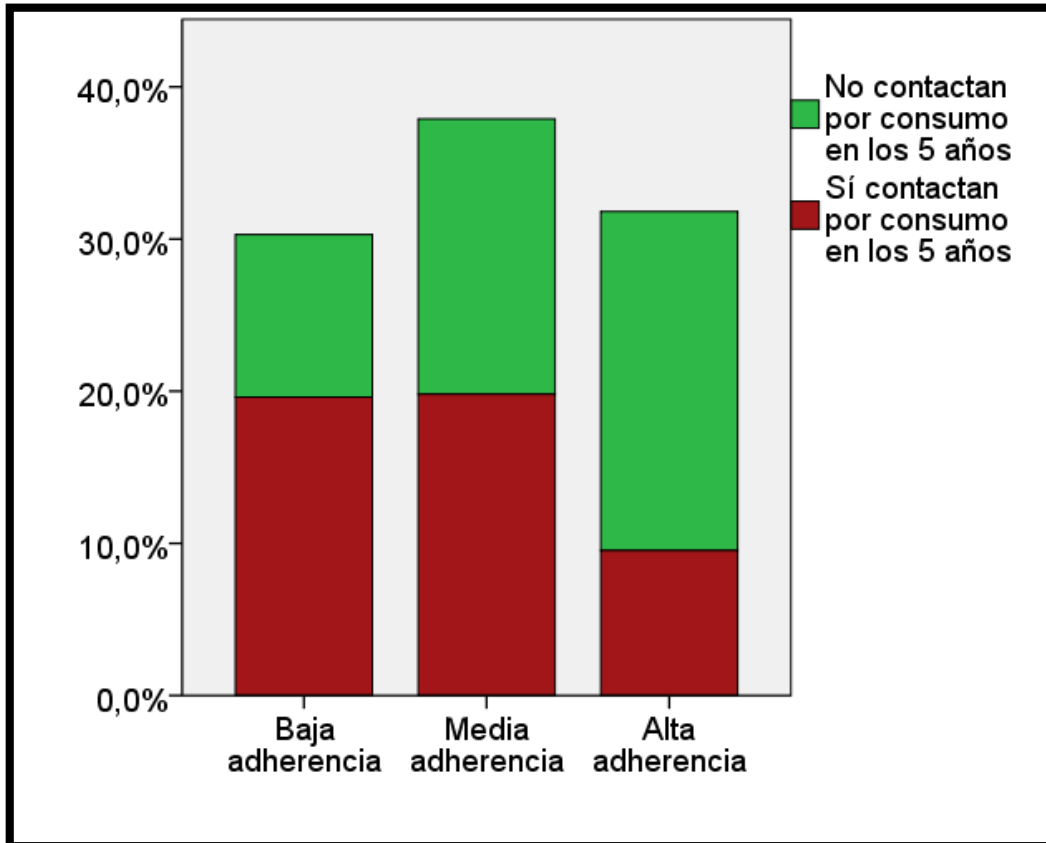


Gráfico 38. Porcentaje de pacientes según la adherencia al tratamiento y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

5.4.2.3 Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo

		Abandono antes de 7m	Abandono entre 7 y 12m	Abandono entre 13 y 17m	Alta, cumple 18m	Total
Sí contactan por consumo en 5 años	n	463	329	210	67	1069
	%	67,6	53,9	42,4	17,1	49,0
No contactan por consumo en 5 años	n	222	281	285	325	1113
	%	32,4	46,1	57,6	82,9	51,0
Total	N	685	610	495	392	2182
	%	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	268,959	3	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,493	,026	-17,497	,000

Tabla 38. Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS con la tasa de éxito a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

En la Tabla 38 se observa que existe una relación negativa entre la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS y la recaída en el consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento TUS. A mayor tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento, menor porcentaje de pacientes contacta, posteriormente, por consumo de sustancias. Mientras que el 67% de los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los 7 meses recaen en el consumo de sustancias, durante los 5 años después de haber estado en tratamiento, sólo el 17% del grupo que recibe el alta terapéutica lo hace.

Las diferencias entre el grupo que abandona el tratamiento antes de los 7 meses y el grupo que recibe el alta terapéutica son muy marcadas. En el Gráfico 39 podemos ver estos resultados.

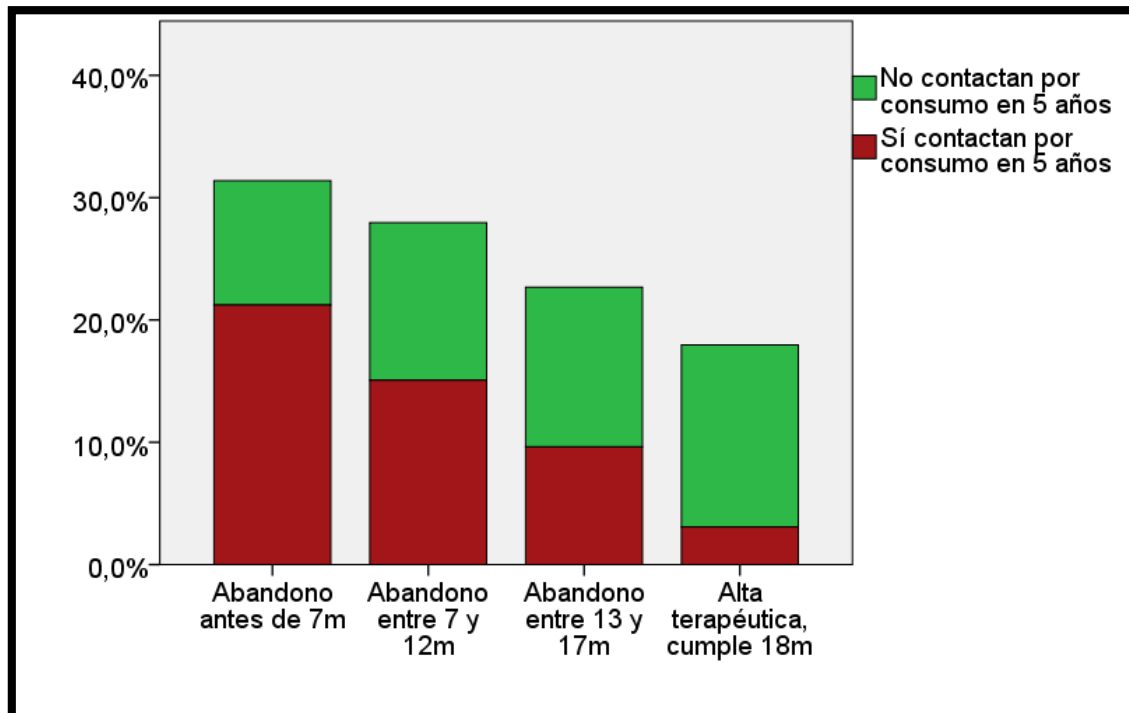


Gráfico 39: Porcentaje de pacientes según la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento TUS y la tasa de éxito a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

5.5 RELACIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LAS TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO

A continuación se comparan las tipologías diagnósticas, en función de los tipos de diagnóstico TUS, la patología dual en general y los tipos específicos de diagnósticos mentales comórbidos al TUS, y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.

5.5.1 Tipologías diagnósticas TUS y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.

5.5.1.1 Tipos de diagnóstico TUS y su relación con la adherencia al tratamiento

		F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	Total
Adherencia	n	323	172	132	24	270	47	7	975
Baja	%	27,3	23,5	29,0	27,0	31,8	32,4	8,8	27,6
Adherencia	n	418	315	141	47	310	51	43	1325
Media	%	35,4	43,1	31,0	52,8	36,5	35,2	53,8	37,5
Adherencia	n	440	244	182	18	270	47	30	1231
Alta	%	37,3	33,4	40,0	20,2	31,8	32,4	37,5	34,9
Total	N	1181	731	455	89	850	145	80	3531
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	59,936	12	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,130	,000

Tabla 39. Relación de los diagnósticos TUS con la adherencia al tratamiento, muestra total.

En la Tabla 39 vemos que las variables tipo de diagnóstico TUS y adherencia al tratamiento están relacionadas. No obstante, observamos que la relación entre las dos variables es baja. Podemos decir, por tanto, que el nivel de adherencia al tratamiento sí se relaciona con el tipo de diagnóstico TUS, pero que esta asociación es muy débil. Observamos que, en general, cada uno de los diagnósticos mantiene un porcentaje bastante similar de pacientes con alta adherencia al tratamiento: el rango se encuentra entre el 20% y el 40%, obteniendo el porcentaje más bajo de alta adherencia al tratamiento los F13 y el más alto los F12. Todos los demás diagnóstico oscilan entre el 32 y el 37% de pacientes para este nivel de adherencia. Los diagnósticos F14 y F15 (estimulantes) son los más homogéneos en cuanto a los distintos niveles de adherencia al tratamiento.

El alcohol se relaciona más con niveles de adherencia media y alta, los opioides con un nivel de adherencia media, los cannabinoides con un nivel de adherencia alta, los sedantes y los alucinógenos con un nivel de adherencia media y la cocaína y otros estimulantes se relacionan, prácticamente, igual con niveles bajos, medios y altos de adherencia. Además, los alucinógenos son las sustancias que menos se relacionan con un bajo nivel de adherencia al tratamiento TUS, con sólo cerca de un 9% de pacientes F16 con una baja adherencia, y los sedantes son las sustancias que menos se relacionan con el nivel de alta adherencia al tratamiento. Podemos ver estos datos en el Gráfico 40.

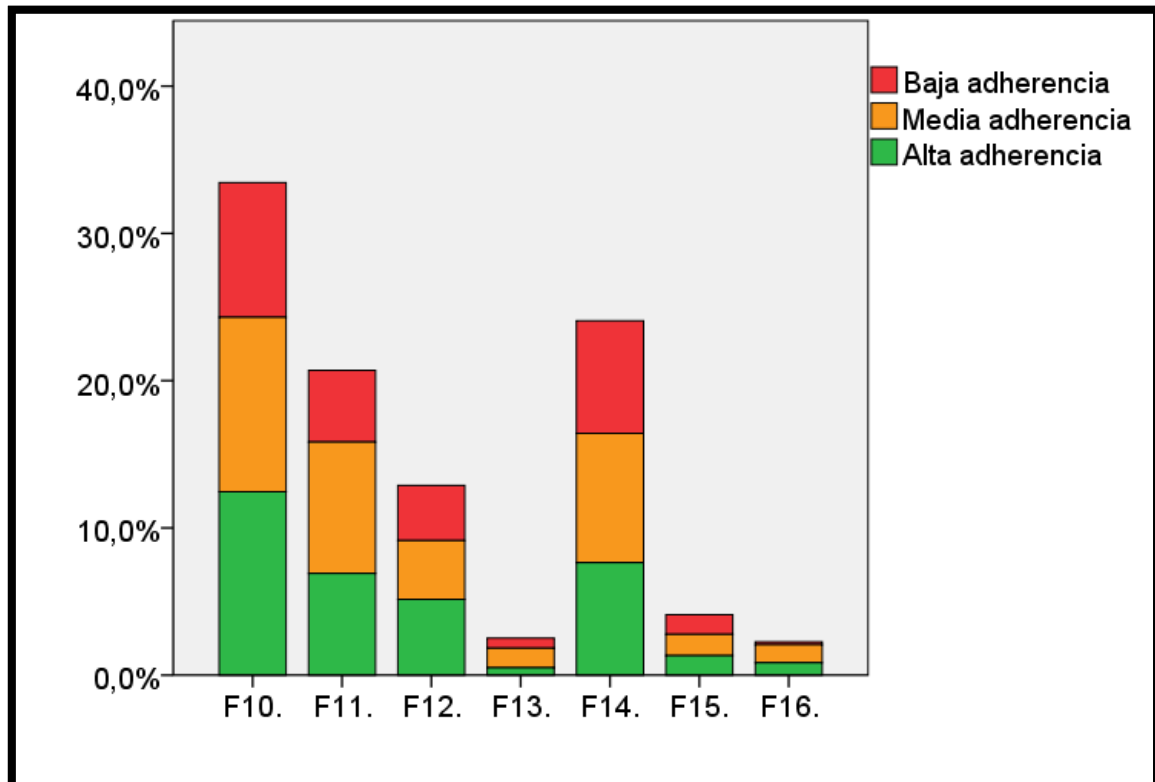


Gráfico 40. Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y la adherencia al tratamiento, muestra total.

5.5.1.2 Tipos de diagnóstico TUS y su relación con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS

		F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	Total
Abandono antes de 7m	n	309	206	110	29	272	38	16	980
	%	26,2	28,2	24,2	32,6	32,0	26,2	20,0	27,8
Abandono entre 7 y 12m	n	334	224	114	35	232	44	28	1011
	%	28,3	30,6	25,1	39,3	27,3	30,0	35,0	28,6
Abandono entre 13 y 17m	n	312	180	131	17	210	34	25	909
	%	26,4	24,6	28,8	19,1	24,7	23,4	31,2	25,7
Alta terapéutica, cumple 18m	N	226	121	100	8	136	29	11	631
	%	19,1	16,6	22,0	9,0	16,0	20,0	13,8	17,9
Total	N	1181	731	455	89	850	145	80	3531
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	37,947	18	,004

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,104	,004

Tabla 40. Relación de los diagnósticos TUS con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, muestra total.

En la Tabla 40 podemos ver que, en este caso, también se concluye que las variables tipo de diagnóstico TUS y tasa de éxito terapéutico están relacionadas, pero que la asociación entre estas dos variables es muy baja. Por lo tanto, la tasa de éxito terapéutico apenas dependería del tipo de diagnóstico TUS. Los sedantes serían las sustancias que menos se relacionan con el alta terapéutica y las que más se relacionan con el abandono del tratamiento antes de los 7 meses. Siguiendo a los sedantes, se encuentra la cocaína como segunda sustancia que más se asocia al abandono del tratamiento antes de los

7 meses. En cambio, el cannabis es la sustancia que más se asocia al alta terapéutica. El resto de sustancias mantienen porcentajes similares en los diferentes niveles de éxito terapéutico y, como norma general, los porcentajes más bajos se obtienen para el nivel de alta terapéutica. No obstante, en general, todas las sustancias, a excepción de los sedantes, tienen un porcentaje bastante homogéneo para los diferentes niveles de adherencia al tratamiento. Podemos observar mejor estos datos en el Gráfico 41.

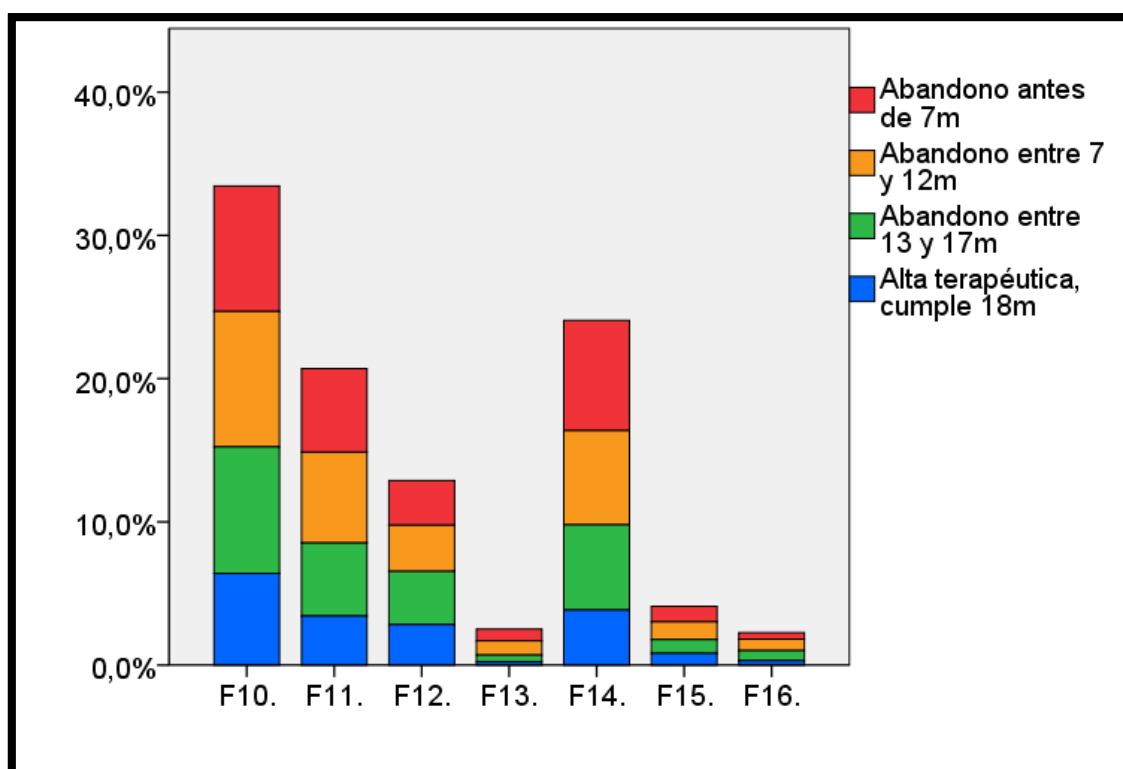


Gráfico 41. Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.

5.5.1.3 Tipos de diagnóstico TUS y su relación con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo

		F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	Total
Sí contactan por consumo en 5 años	n	382	174	137	17	305	42	12	1069
	%	47,2	49,7	53,7	53,1	48,9	53,8	54,5	49,0
No contactan por consumo en 5 años	n	426	176	118	15	319	49	10	1113
	%	52,8	50,3	46,3	46,9	51,1	46,2	45,5	51,0
Total	N	808	350	255	32	624	91	22	2182
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	4,237	6	,645

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,44	,938

Tabla 41. Relación de los diagnósticos TUS con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

Como se ve en la Tabla 41 y en el Gráfico 42, no existe una relación entre el tipo de diagnóstico TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, prácticamente la mitad de los consumidores de todas las sustancias vuelven a contactar por consumo en los siguientes 5 años después de haber estado en tratamiento TUS.

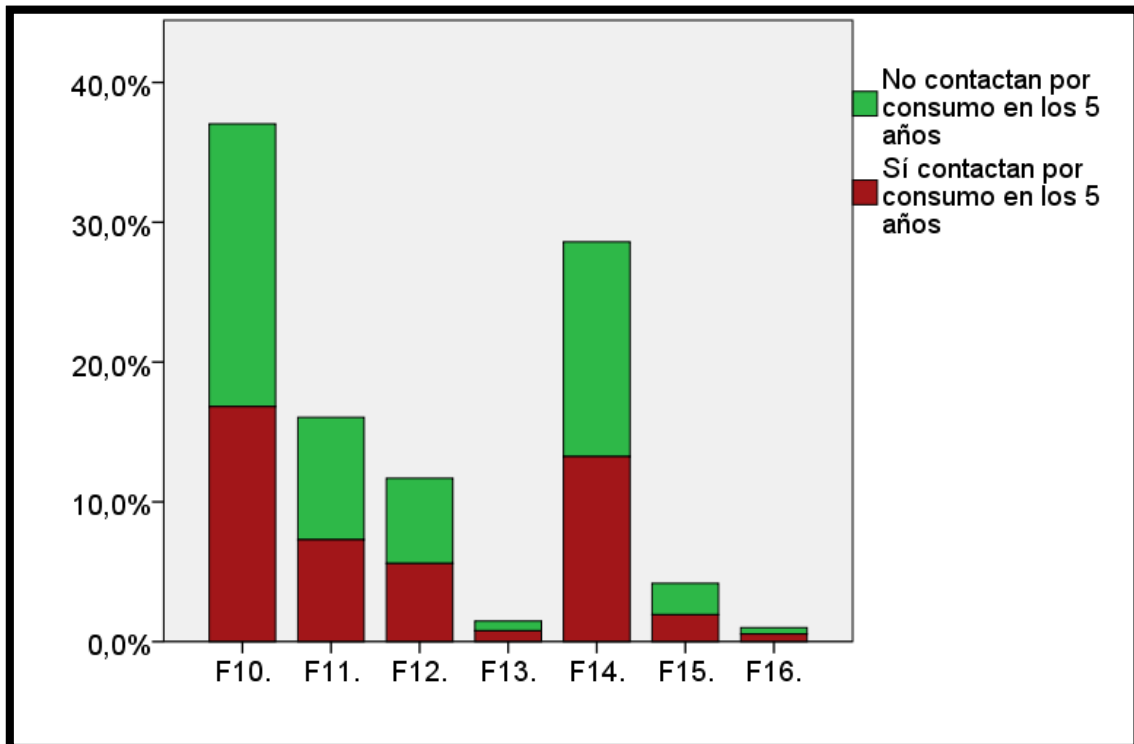


Gráfico 42. Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

5.5.1.4 Tipos de diagnóstico TUS y su relación con el número de sustancias consumidas

		F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	Total
1 sustancia	n	788	410	286	70	344	91	53	2042
	%	66,7	56,1	62,9	78,7	40,5	62,8	66,2	57,8
2 sustancias	n	303	275	111	18	417	48	23	1195
	%	25,7	37,6	24,4	20,2	49,1	33,1	28,7	33,8
3 o más sustancias	n	90	46	58	1	89	6	4	294
	%	7,6	6,3	12,7	1,1	10,5	4,1	5,0	8,3
Total	N	1181	731	455	89	850	145	80	3531
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	202,584	12	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,240	,000

Tabla 42. Relación de los diagnósticos TUS con el número de sustancias consumidas, muestra total.

En la Tabla 42 podemos observar que sí existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de diagnóstico TUS y el número de sustancias consumidas. No obstante, esta asociación es baja. Por tanto, el número de sustancias consumidas sí que se relaciona, en cierta medida, con el tipo de diagnóstico TUS, pero su asociación es débil. Las sustancias que más se asocian con el consumo de tres o más serían los cannabinoides, la cocaína y el alcohol, y las que más se asocian con el consumo de una única sustancia serían los sedantes, el alcohol y los alucinógenos.

Según los resultados, el 42,1% de la muestra total de pacientes, atendidos durante el periodo de tiempo estudiado, realizó algún tipo de policonsumo. El porcentaje de pacientes, según el diagnóstico TUS, que consume una única sustancia se encuentra, aproximadamente, entre el 40% (para la cocaína) y el 79% (para los sedantes), situándose la mayoría de sustancias cerca del 60%. El porcentaje de pacientes que consume dos sustancias se encuentra entre el 20% (para los sedantes) y el 49% (para la cocaína), encontrándose el resto de sustancias cerca del 30%. Y el porcentaje de pacientes que consumen tres o más sustancias se encuentra entre el 1% (para los sedantes) y el 13% (para los cannabinoides). Los sedantes y el alcohol son las sustancias que más se relacionan con el consumo de una única sustancia, los sedantes las que menos se relacionan con el consumo de tres o más sustancias, la cocaína la que más lo hace con el consumo de dos sustancias y la que menos se relaciona con el consumo de una única sustancia, y los cannabinoides son las sustancias que más se relacionan con el consumo de tres o más sustancias, seguida por poco por la cocaína. Podemos ver estos datos en el Gráfico 43.

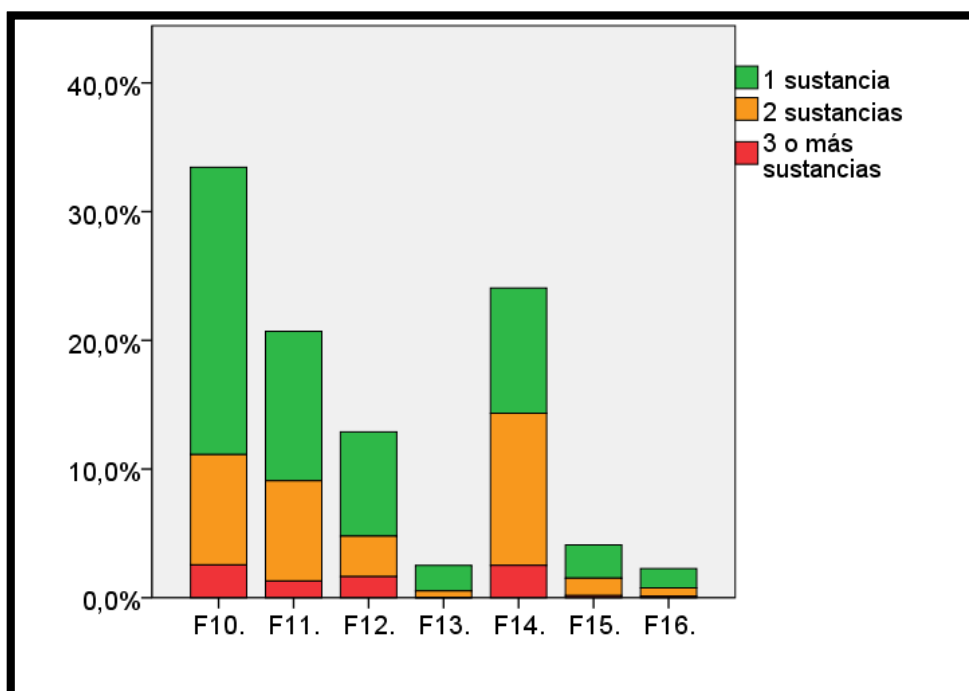


Gráfico 43. Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y el número de sustancias consumidas, muestra total.

5.5.2 Diagnóstico de policonsumo y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico

5.5.2.1 Relación del número de sustancias consumidas y la adherencia al tratamiento.

		1	2	3 o más	Total
		sustancia	sustancias	sustancias	
Adherencia	n	319	436	220	975
baja	%	15,6	36,5	74,8	27,6
Adherencia	n	697	563	65	1325
media	%	34,1	47,1	22,1	37,5
Adherencia	n	1026	196	9	1231
alta	%	50,2	16,4	3,1	34,1
Total	N	2042	1195	294	3531
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	772,627	4	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,628	,017	-29,313	,000

Tabla 43. Relación de la adherencia al tratamiento con el número de sustancias consumidas, muestra total.

En la Tabla 43 observamos que las variables adherencia al tratamiento y número de sustancias consumidas mantienen una asociación negativa. Por tanto, a mayor número de sustancias consumidas, menor nivel de adherencia al tratamiento. Casi el 75% de los pacientes que consumen tres o más sustancias tiene una baja adherencia al tratamiento. En cambio, cerca del 50% de los que consumen solo una única sustancia mantiene una alta adherencia. En el Gráfico 44 hemos recogido estos resultados.

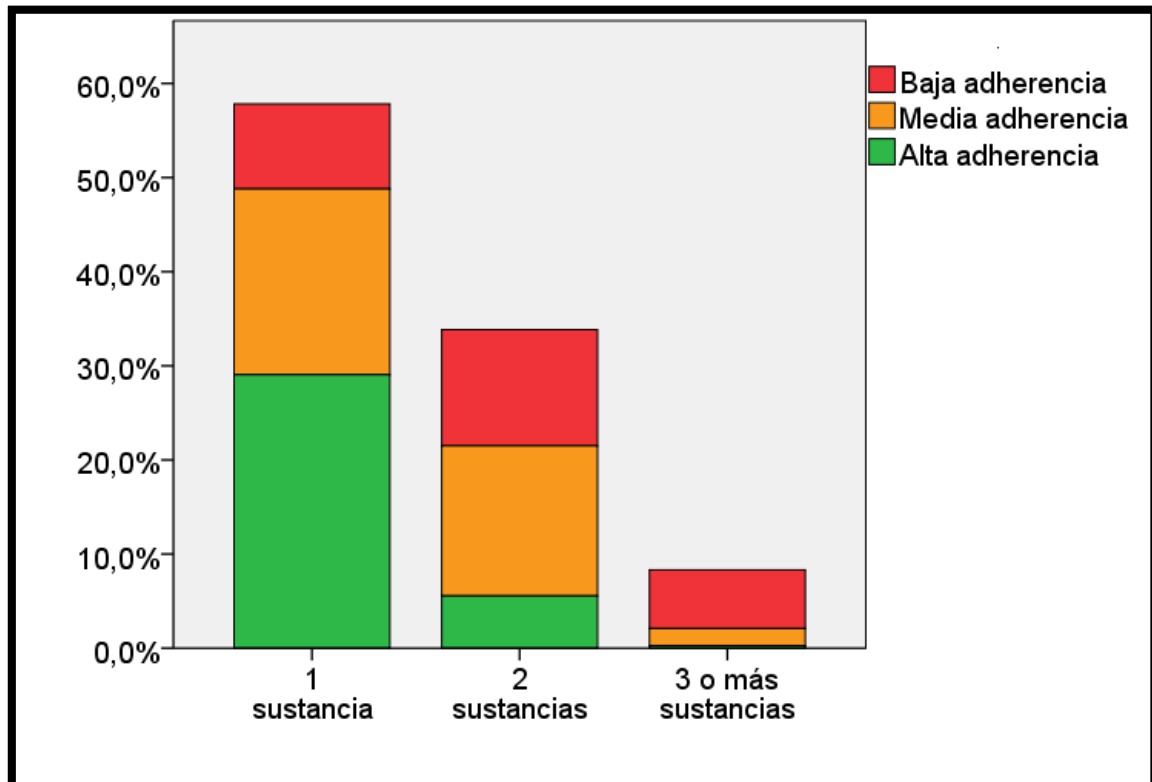


Gráfico 44. Porcentaje de pacientes según el número de sustancias consumidas y la adherencia al tratamiento, muestra total.

5.5.2.2 Relación del número de sustancias consumidas y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS

		1 sustancia	2 sustancias	3 o más sustancias	Total
Abandono antes de 7 m	n	364	446	170	980
	%	17,8	37,3	57,8	27,8
Abandono entre 7 y 12m	n	495	430	86	1011
	%	24,2	36,0	29,3	28,6
Abandono entre 13 y 17m	n	684	196	29	909
	%	33,5	16,4	9,9	25,7
Alta terapéutica, cumple 18m	n	499	123	9	631
	%	24,4	10,3	3,1	17,9
Total	N	2042	1195	294	3531
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	484,800	6	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,488	,019	-23,220	,000

Tabla 44. Relación del número de sustancias consumidas y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.

Como podemos observar en la Tabla 44, las variables número de sustancias consumidas y tasa de éxito terapéutico en el tratamiento están relacionadas de forma negativa: a más sustancias consumidas, menor tasa de éxito terapéutico en el tratamiento del TUS, y viceversa.

Mientras que cerca del 63% de los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los 7 meses, cerca del 51% de los que lo abandonan entre los 7 y los 12 meses, cerca del 25% de los que lo hacen entre los 13 y los 17 meses y cerca del 21% de los que reciben el alta terapéutica consume más de una sustancia, el 79% de los que reciben el alta terapéutica, el 75% de los que abandonan el tratamiento entre los 13 y los 17 meses, el 49% de los que abandonan entre los 7 y los 12 meses y el 37% de los que lo hacen antes de los 7 meses consume sólo una sustancia. En el siguiente gráfico podemos observar estos datos (Gráfico 45).

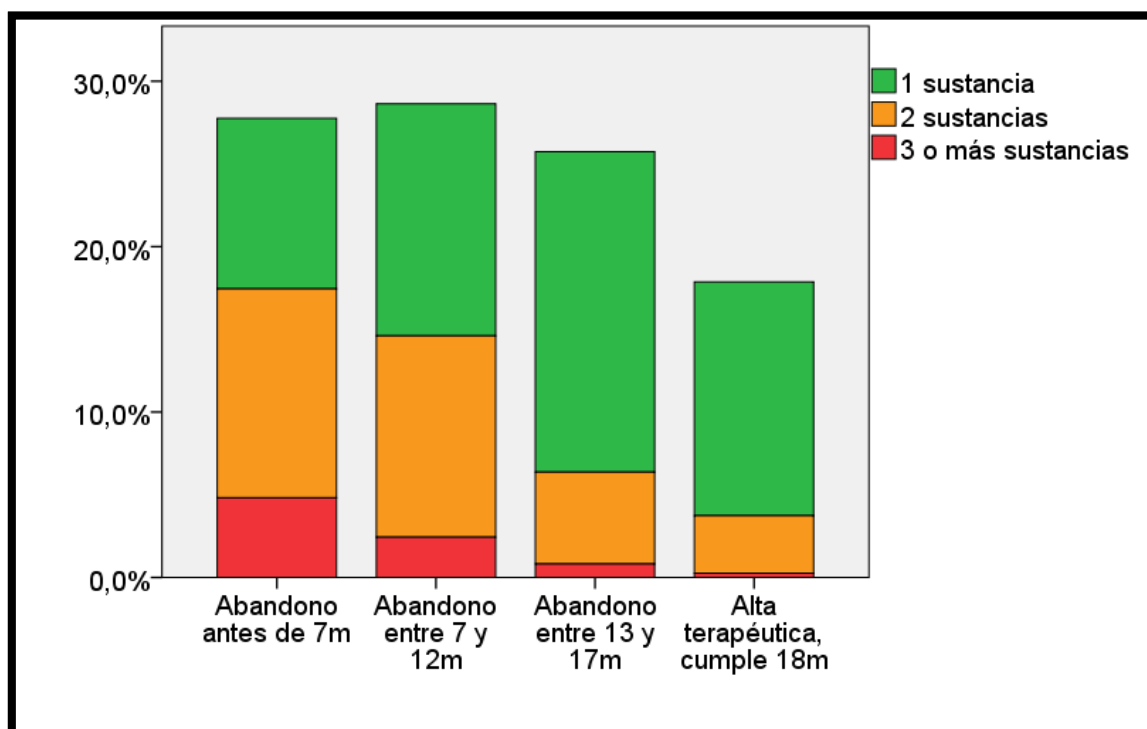


Gráfico 45. Porcentaje de pacientes según el número de sustancias consumidas y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, muestra total.

5.5.2.3 Relación del número de sustancias consumidas y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo.

		1 sustancia	2 sustancias	3 o más sustancias	Total
Sí contactan por consumo en 5 años	n	471	472	126	1069
	%	40,6	58,0	60,6	49,0
No contactan por consumo en 5 años	n	689	342	82	1113
	%	59,4	42,0	39,4	51,0
Total	N	1160	814	208	2182
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	70,180	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	,312	,036	8,394	,000

Tabla 45. Relación del número de sustancias consumidas con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

En la Tabla 45 y en el Gráfico 46 podemos ver que las dos variables están relacionadas de forma positiva. A mayor número de sustancias consumidas, mayor porcentaje de casos vuelve a contactar por consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento TUS. Mientras que cerca del 61% de los pacientes que consumían tres o más sustancias sí recaen en el consumo de sustancias, el 58% de los que consumían dos y cerca del 41% de los que consumían sólo una también lo hace.

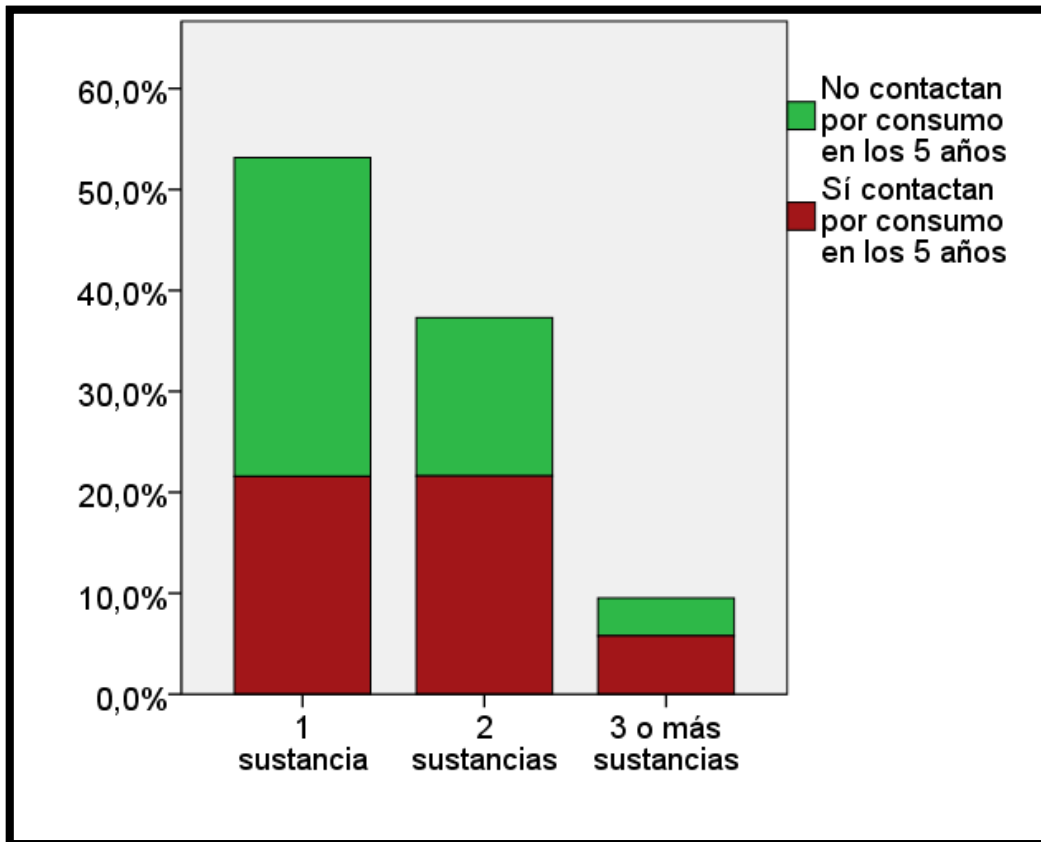


Gráfico 46. Porcentaje de pacientes según el número de sustancias consumidas y la tasa de éxito a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

5.5.3 Patología dual y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico

5.5.3.1 Patología dual en la muestra total

5.5.3.1.1 *Patología dual y su relación con la adherencia al tratamiento*

		Sin patología dual	Con patología dual	Total
Adherencia	n	169	806	975
Baja	%	7,7	60,4	27,6
Adherencia	n	943	382	1325
Media	%	42,9	28,6	37,5
Adherencia	n	1084	147	1231
Alta	%	49,4	11,0	34,9
Total	N	2196	1335	3531
	%	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	1230,108	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,800	,014	-40,210	,000

Tabla 46. Relación de la patología dual con la adherencia al tratamiento, muestra total.

Viendo la Tabla 46, podemos decir que las variables de patología dual y adherencia al tratamiento están relacionadas, que esta asociación es fuerte y que, además, es negativa. Por tanto, a más alta adherencia al tratamiento TUS, menor es el porcentaje de casos que presenta patología dual y mayor el porcentaje de casos que no la presenta. Cerca del 83% de los pacientes con baja adherencia presenta patología dual, en cambio sólo cerca del 12% de los pacientes con alta adherencia la presenta.

El 89% de los pacientes con patología dual mantiene una adherencia al tratamiento baja o media, estando, aproximadamente, el 60% de éstos en el nivel bajo. En contraste, la mitad (50,6%) de los pacientes sin patología dual mantiene estos niveles, estando sólo el 8% en el nivel bajo, mientras que la otra mitad mantiene una adherencia alta. Podemos observar estos datos en el Gráfico 47.

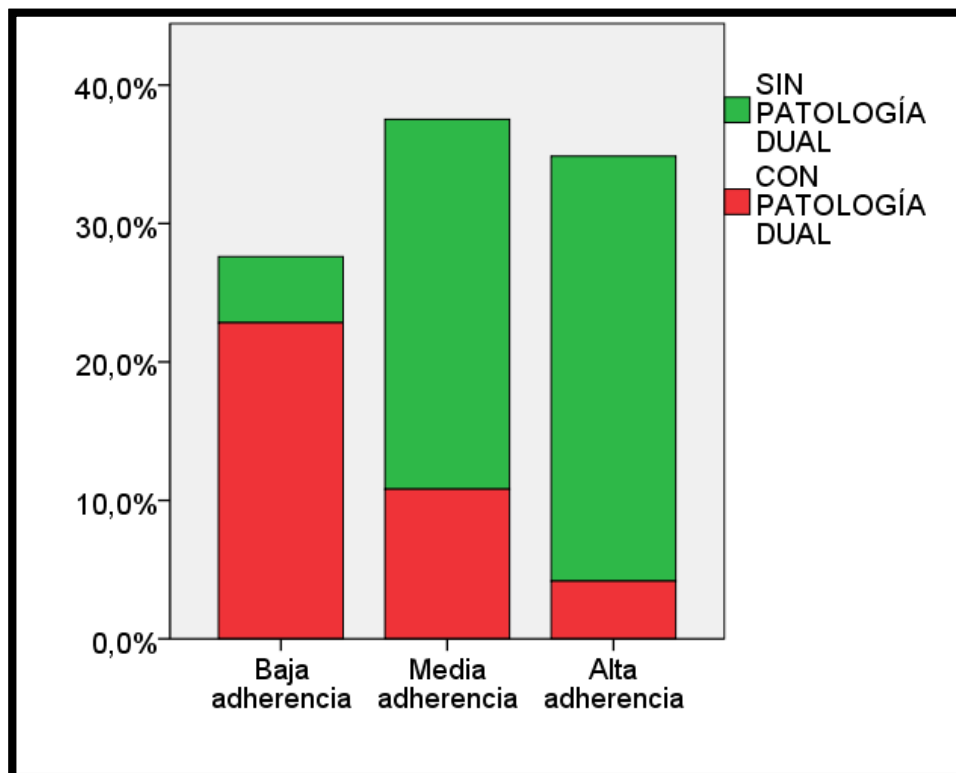


Gráfico 47. Porcentaje de pacientes según la patología dual y la adherencia al tratamiento, muestra total.

5.5.3.1.2 Patología dual y su relación con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento

		Sin patología dual	Con patología dual	Total
Abandono antes de 7m	n	326	654	980
	%	14,8	49,0	27,8
Abandono entre 7 y 12m	n	611	400	1011
	%	27,8	30,0	28,6
Abandono entre 13 y 17m	n	719	190	909
	%	32,7	14,2	25,7
Alta terapéutica, cumple 18m	n	540	91	631
	%	24,6	6,8	17,9
Total	N	2196	1335	3531
	%	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
Chi-cuadrado de Pearson χ^2	607,331	3	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
Gamma Γ	-,599	,019	-27,255	,000

Tabla 47. Relación de la patología dual con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.

En cuanto a la relación de la patología dual con la tasa de éxito terapéutico, podemos decir que estas variables están relacionadas con una intensidad media y que la asociación es negativa: cuanto mayor es la tasa de éxito terapéutico, menor es el porcentaje de casos que presenta patología dual (Tabla 47). El 66,7% de los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los

7 meses presenta patología dual, en cambio el 85,6% de los pacientes que reciben el alta terapéutica no la presenta.

En el Gráfico 48, observamos que a medida que aumenta la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, va creciendo el porcentaje de sujetos sin patología dual y va disminuyendo el de sujetos con esta dolencia. Mientras que cerca del 25% de pacientes sin patología dual consiguen el alta terapéutica, sólo cerca del 7% de pacientes con patología dual la consiguen.

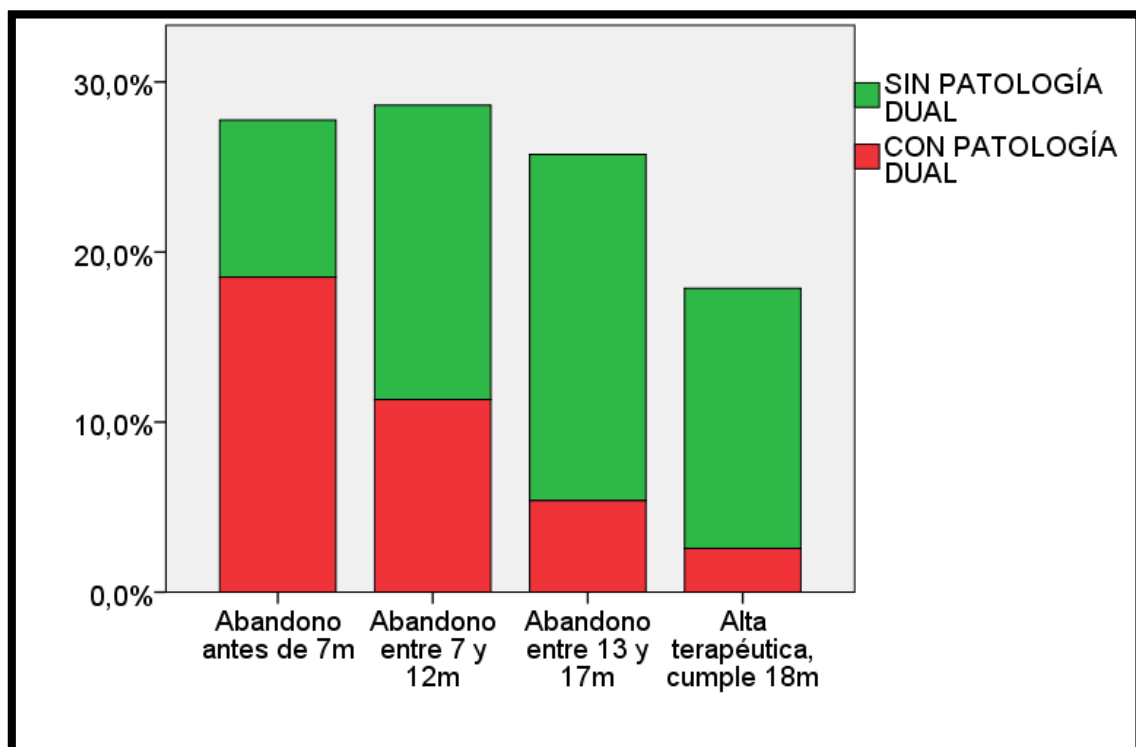


Gráfico 48. Porcentaje de pacientes según la patología dual y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, muestra total.

5.5.3.1.3 *Patología dual y su relación con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo.*

		Sin patología dual	Con patología dual	Total
Sí contactan por consumo en 5 años	n	582	487	1069
	%	41,8	61,6	49,0
No contactan por consumo en 5 años	n	810	303	1113
	%	58,2	38,4	51,0
Total	N	1392	790	2182
	%	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	79,346	1	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,191	,000

Tabla 48. *Relación de la patología dual con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).*

En la Tabla 48 se muestra que sí hay relación entre la patología dual y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo. Los pacientes con patología dual tienen mayor probabilidad de recaer en el consumo de sustancias, durante los 5 años posteriores después de haber estado en tratamiento TUS, que los pacientes sin patología dual.

Cerca del 62% de los pacientes con patología dual contactó por consumo de sustancias en los 5 años posteriores al tratamiento, mientras que sólo cerca del 42% del grupo sin patología dual lo hizo (Gráfico 49).

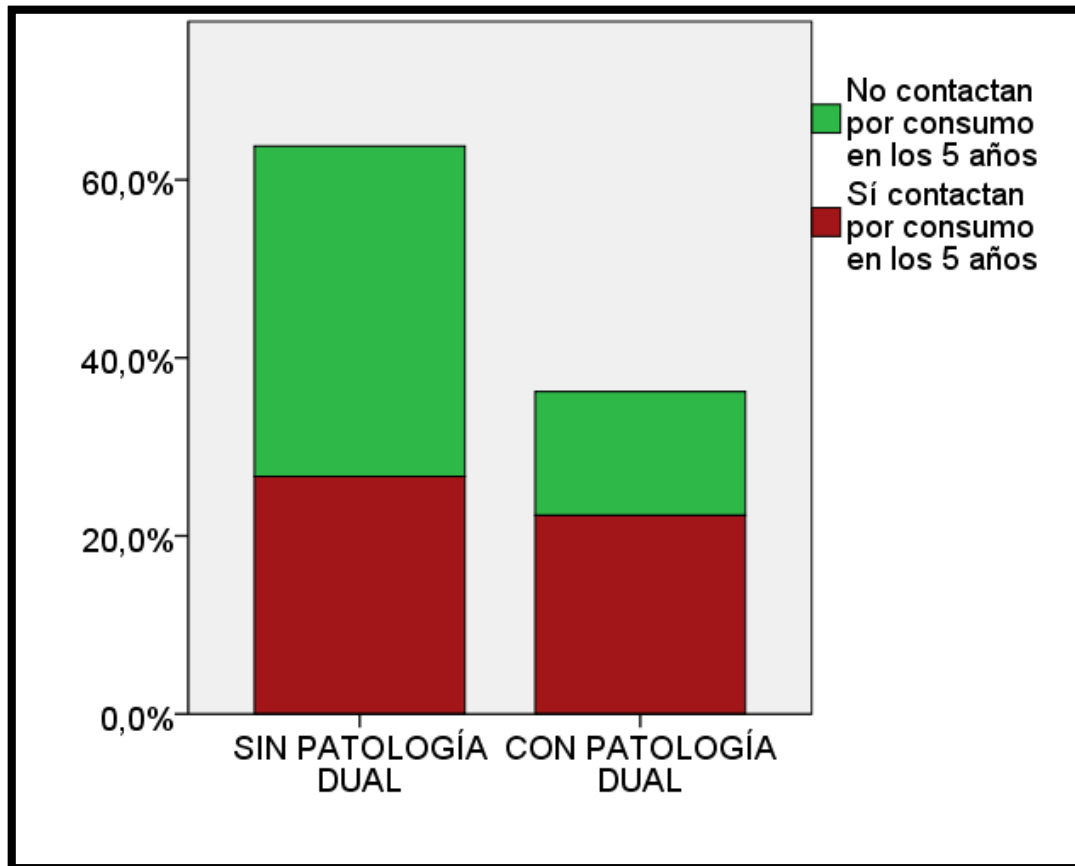


Gráfico 49. Porcentaje de pacientes según la patología dual y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).

5.5.3.1.4 Patología dual y su relación con el número de sustancias consumidas

		Sin patología dual	Con patología dual	Total
1 sustancia	n	1460	582	2042
	%	66,5	43,6	57,8
2 sustancias	n	699	496	1195
	%	31,8	37,2	33,8
3 o más sustancias	n	37	257	294
	%	1,7	19,2	8,3
Total	N	2196	1335	3531
	%	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
Chi-cuadrado de Pearson χ^2	389,858	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
Gamma Γ	,482	,026	16,085	,000

Tabla 49. Relación de la patología dual con el número de sustancias consumidas, muestra total.

En la Tabla 49 observamos que existe una asociación positiva y significativa entre la variable patología dual y la variable número de sustancias consumidas. Por tanto, con patología dual, mayor porcentaje de casos consume más de una sustancia.

En el Gráfico 50 podemos ver que el porcentaje de pacientes sin patología dual disminuye, drásticamente, a medida que aumenta el número de sustancias consumidas. Mientras que del grupo de consumo de una única sustancia sólo el 28,5% presenta patología dual, del grupo de dos sustancias la presenta el 41,5% y del de tres o más el 87,4%.

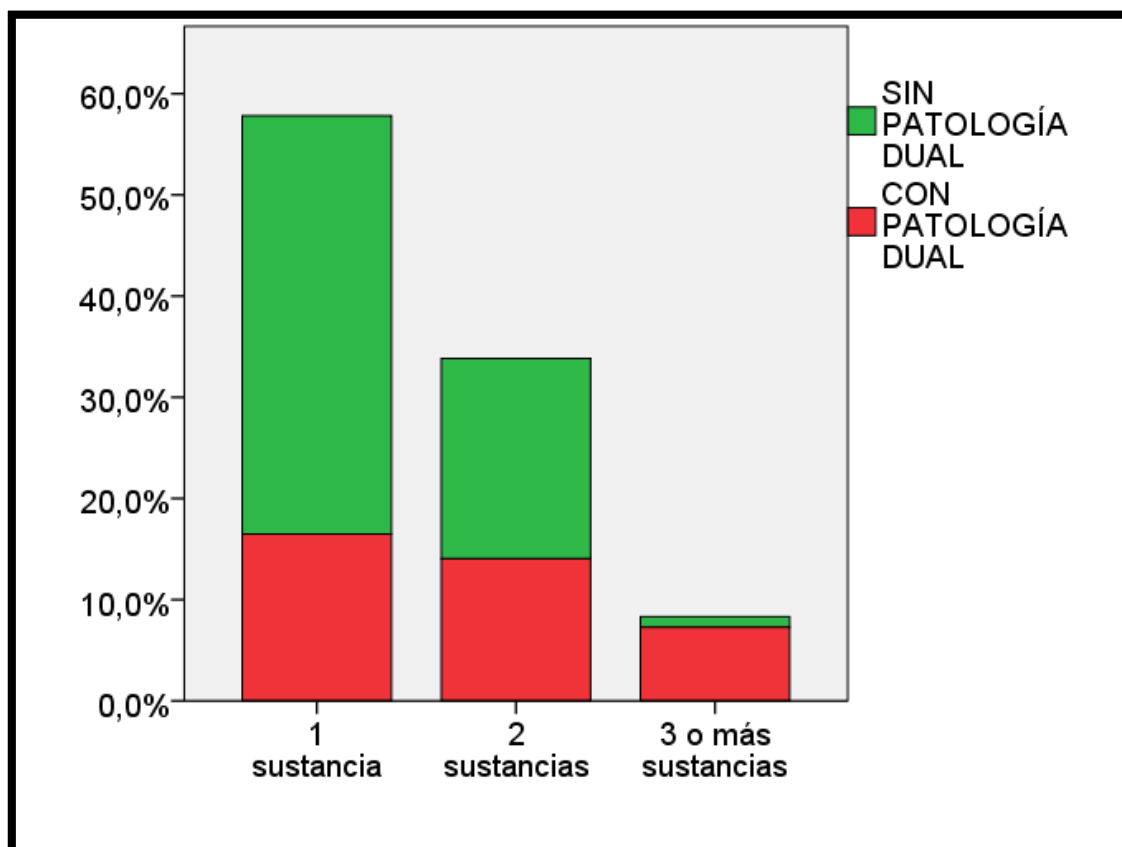


Gráfico 50. Porcentaje de pacientes según la patología dual y el número de sustancias consumidas, muestra total.

5.5.3.2 Categorías diagnósticas en el grupo de pacientes con patología dual.

5.5.3.2.1 *Categorías diagnósticas comórbidas al TUS y su relación con la adherencia al tratamiento*

		F20- 29	F30- 39	F40- 49	F50- 59	F60- 69	F70- 79	F90- 99	Total
Adherencia	n	136	107	131	29	366	21	16	806
Baja	%	73,5	51,9	44,9	32,6	84,1	29,6	28,1	60,4
Adherencia	n	31	79	127	36	53	37	19	382
Media	%	16,8	38,3	43,5	40,4	12,2	52,1	33,3	28,6
Adherencia	n	18	20	34	24	16	13	22	147
Alta	%	9,7	9,7	11,6	27,0	3,7	18,3	38,6	11,0
Total	N	185	206	292	89	435	71	57	1335
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

Estadístico	Valor	gl.	Sig.
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	275,820	12	,000

Estadístico	Valor	Sig.
<i>Phi ϕ</i>	,455	,000

Tabla 50. Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y adherencia al tratamiento (grupo con patología dual).

Si observamos la Tabla 50, podemos ver que las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y la adherencia al tratamiento están relacionadas con una intensidad media. Podemos decir que la mayoría de categorías diagnósticas se asocian más con los niveles de adherencia baja y media que con el nivel de adherencia alta. No obstante, las categorías que más se relacionan con la adherencia baja son la F60-69 (con un 84,1% de los casos en este nivel) y la

F20-29 (con un 73,5% de los casos en este nivel), mientras que las que más lo hacen con la alta adherencia son la F90-99 (con un 38,6% de los casos en el nivel) y la F50-59 (con un 27%). En el Gráfico 51 podemos ver estos datos.

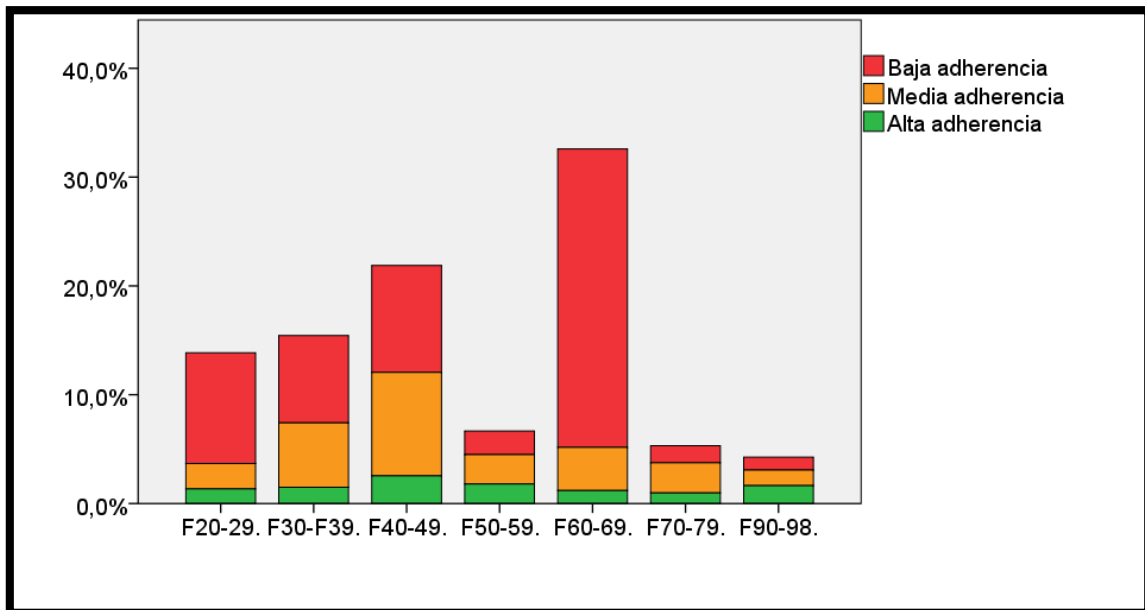


Gráfico 51. Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y la adherencia al tratamiento TUS (grupo con patología dual).

5.5.3.2.2 *Categorías diagnósticas comórbidas al TUS y su relación con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS*

		F20- 29	F30- 39	F40- 49	F50- 59	F60- 69	F70- 79	F90- 99	Total
Abandono antes de 7m	n	91	85	120	31	294	20	13	654
	%	49,2	41,3	41,1	34,8	67,6	28,2	22,8	49,0
Abandono entre 7 y 12m	n	42	66	116	29	105	24	18	400
	%	22,7	32,0	39,7	32,6	24,1	33,8	31,6	30,0
Abandono entre 13 y 17m	n	36	41	36	16	27	16	18	190
	%	19,5	19,9	12,3	18,0	6,2	22,5	31,6	14,2
Alta terapéutica, cumple 18m	n	16	14	20	13	9	11	8	91
	%	8,6	6,8	6,8	14,6	2,1	15,5	14,0	6,8
Total	N	185	206	292	89	435	71	57	1335
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

Estadístico	Valor	gl.	Sig.
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	153,625	18	,000

Estadístico	Valor	Sig.
<i>Phi ϕ</i>	,339	,000

Tabla 51. Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (grupo con patología dual).

Las categorías diagnósticas comórbidas al TUS se relacionan con la variable tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento TUS con una intensidad media (Tabla 51). Como podemos ver, el número de pacientes diagnosticados de cualquier categoría diagnóstica que consigue el alta terapéutica es bastante bajo.

En general, todas las categorías diagnósticas se asocian más al abandono del tratamiento que al alta terapéutica. La categoría que se asocia con mayores tasas de abandono del tratamiento es la F60-69 con un 97,9% de abandonos del mismo, mientras que el resto de categorías obtienen unas tasas de abandono que oscilan entre el 84 y el 93%, siendo las F30-39 y F40-49 las que peores tasas obtienen. Las categorías F60-69 y F20-29 son las que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento más precozmente (antes de los 7 meses), con cerca del 68% de los casos para la F60-69 y cerca del 50% para la F20-29. Hemos recogido en el Gráfico 52 estos datos.

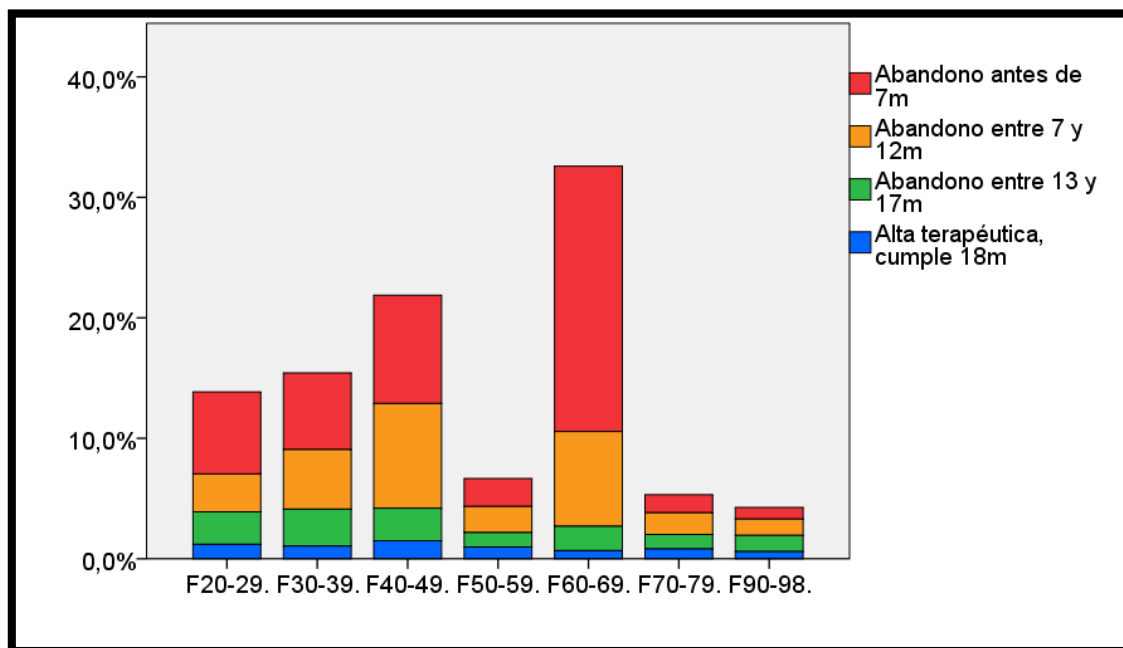


Gráfico 52. Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (grupo con patología dual).

5.5.3.2.3 *Categorías diagnósticas comórbidas al TUS y su relación con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo*

		F20	F30	F40	F50	F60	F70	F90	Total
		-29	-39	-49	-59	-69	-79	-99	
Sí contactan por consumo en 5 años	n	53	57	100	27	185	21	14	457
	%	54,6	53,8	55,6	48,2	66,8	44,7	51,9	57,8
No contactan por consumo en 5 años	n	44	49	80	29	92	26	13	333
	%	45,4	46,2	44,4	51,8	33,2	55,3	48,1	42,2
Total	N	97	106	180	56	277	47	27	790
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	16,468	6	,011

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,114	,011

Tabla 52. Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010; grupo con patología dual).

En la Tabla 52 y el Gráfico 53 podemos ver que existe una pequeña relación entre las diferentes categorías diagnósticas asociadas al TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo. La categoría F60-69 es la que tiene mayor porcentaje de pacientes que recae en el consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento TUS. El resto mantienen unos porcentajes más homogéneos.

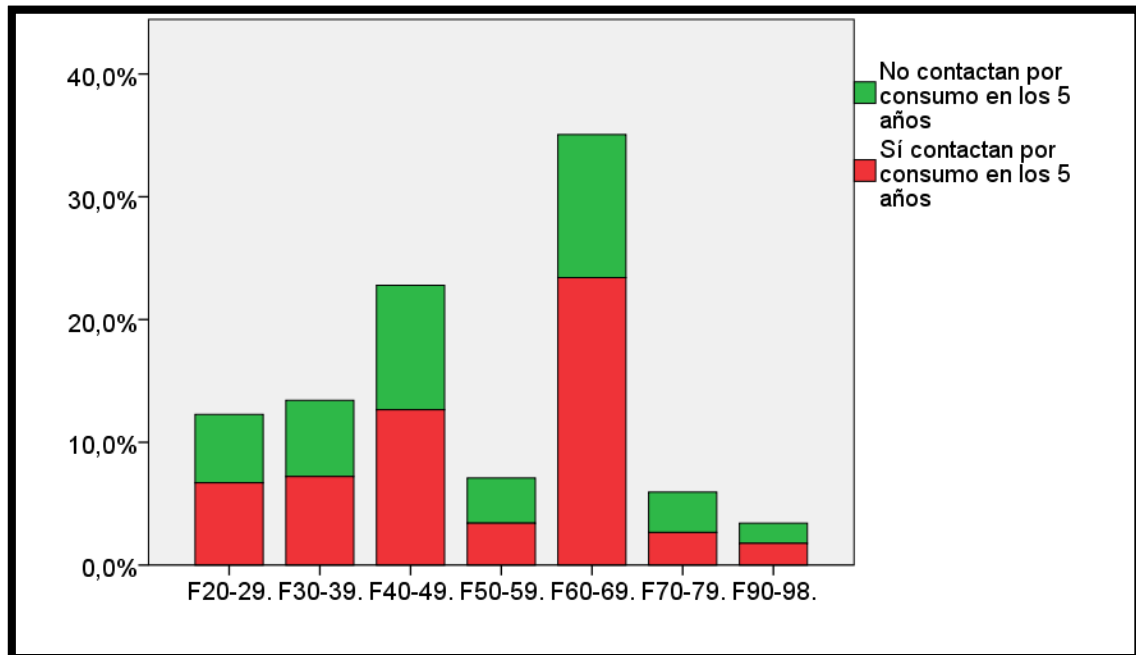


Gráfico 53. Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010; grupo con patología dual).

5.5.3.2.4 *Categorías diagnósticas comórbidas al TUS y su relación con el número de sustancias consumidas*

		F20- 29	F30- 39	F40- 49	F50- 59	F60- 69	F70- 79	F90- 99	Total
1	n	95	97	117	47	143	45	38	582
sustancia	%	51,5	47,1	40,1	52,8	32,9	63,4	66,7	43,6
2	n	47	62	104	38	210	18	17	496
sustancias	%	25,4	30,1	35,6	42,7	48,3	25,4	29,8	37,2
3 o más	n	43	47	71	4	82	8	2	257
sustancias	%	23,2	22,8	24,3	4,5	18,9	11,3	3,5	19,3
Total	N	185	206	292	89	435	71	57	1335
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

Estadístico	Valor	gl.	Sig.
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i> χ^2	85,597	12	,000

Estadístico	Valor	Sig.
<i>Phi</i> ϕ	,253	,000

Tabla 53. *Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y el número de sustancias consumidas (grupo con patología dual).*

En la Tabla 53 y el Gráfico 54 podemos ver que las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y el número de sustancias consumidas están estadísticamente asociadas, aunque la intensidad de su asociación es baja. En general, la categoría F60-69 sería la que más se asocia con el consumo de un mayor número de sustancias (el 48,3% consume dos sustancias y casi el 19% tres o más). En cambio, las categorías F90-99 y F70-79 son las que más se asociarían con el consumo de una única sustancia.

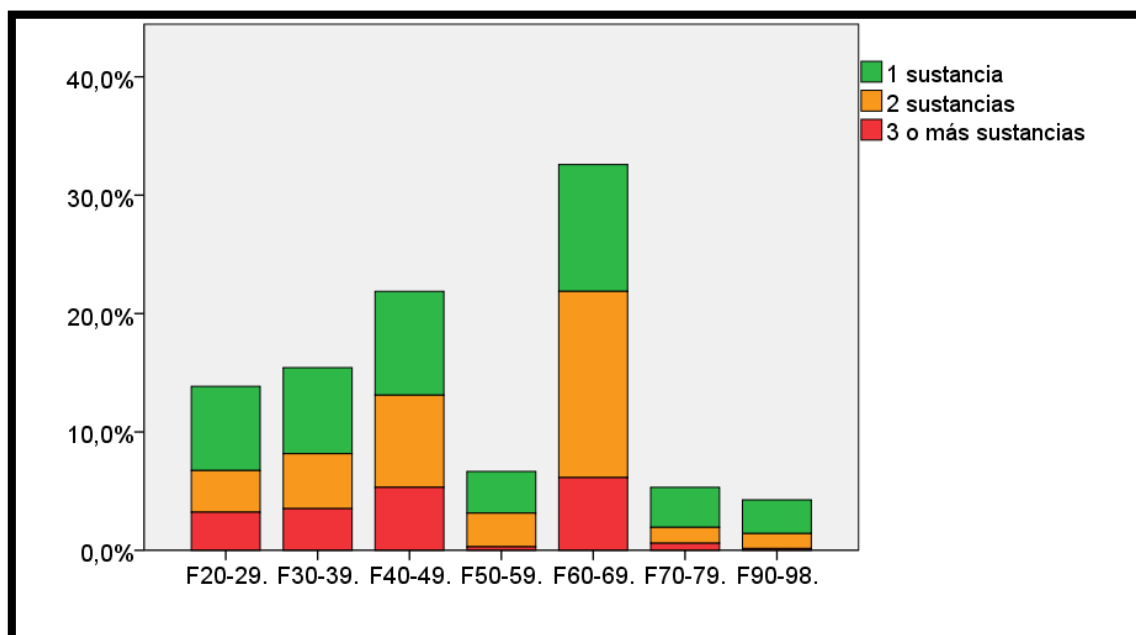


Gráfico 54. Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y el número de sustancias consumidas (grupo con patología dual).

5.6 RELACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, LA TASA DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO Y LAS COMPLICACIONES DEL TUS CON EL DESARROLLO POSTERIOR DE OTRAS PATOLOGÍAS (NEUROLÓGICAS Y/O MENTALES)

5.6.1 Contacto posterior con los Servicios de Neurología

En la Tabla 54 y el Gráfico 55 podemos ver el número y porcentaje de casos de pacientes con TUS que contactaron, durante los 10 primeros años después de haber recibido tratamiento TUS, con los Servicios de Neurología.

Contacto con servicios de Neurología	N	Porcentaje
No contactan	965	80,2
Sí contactan	238	19,8
TOTAL	1203	100

Tabla 54. Número y porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

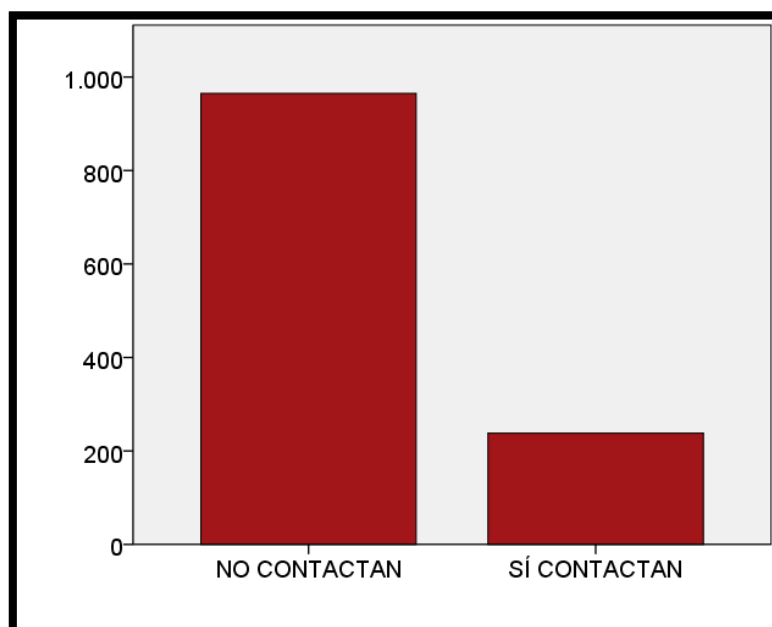


Gráfico 55. Número de casos de pacientes con TUS que contacta con Servicios de Neurología tras haber recibido tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Como se puede ver, el 19,8 % de los pacientes que fueron atendidos entre los años 2000 y 2005 en la UCA contactó, durante los 10 años después del tratamiento, con los Servicios de Neurología, mientras que el 80,2% no lo hizo.

5.6.1.1 Relación de la adherencia al tratamiento y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

		Adherencia Baja	Adherencia Media	Adherencia Alta	Total
No contactan	n	256	406	303	965
	%	69,2	80,7	91,8	80,2
Sí contactan	n	114	97	27	238
	%	30,8	19,3	8,2	19,8
Total	N	370	503	330	1203
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	56,419	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,441	,050	-7,811	,000

Tabla 55. Relación de la adherencia al tratamiento y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Como podemos observar en la Tabla 55, existe una relación estadísticamente significativa entre las variables adherencia al tratamiento y el contacto posterior con los Servicios de Neurología. Además, podemos decir que la asociación entre estas dos variables es negativa, esto es, a mayor nivel de adherencia al tratamiento, menor porcentaje de casos contacta con los Servicios de Neurología.

Cerca del 89% de los pacientes que contactan mantuvo unos niveles de adherencia al tratamiento baja o media y cerca del 11% mantuvo el nivel de adherencia alta. En el Gráfico 56 podemos ver estos resultados.

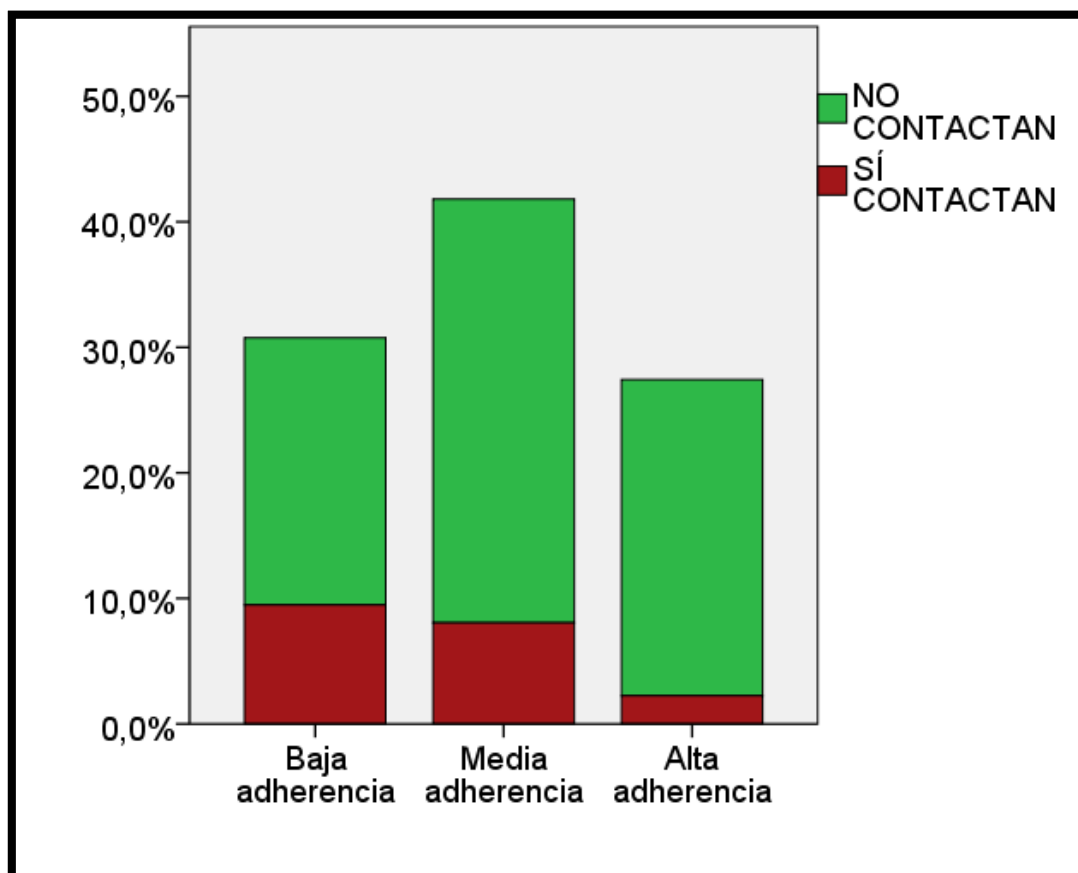


Gráfico 56. Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En cuanto al tiempo que se tarda en contactar con los Servicios de Neurología, hemos recogido en el Gráfico 57, según la adherencia al tratamiento, los años que tardaron los pacientes en contactar con este tipo de servicios desde que fueron atendidos en la UCA por TUS. Teniendo en cuenta esta información, podemos decir que los pacientes con baja adherencia al tratamiento tienden a contactar antes que los pacientes con adherencia al tratamiento media y alta. Los pacientes con baja adherencia suelen contactar más entre 1 y 6 años después de haber estado en tratamiento TUS, mientras que los otros dos grupos son más homogéneos.

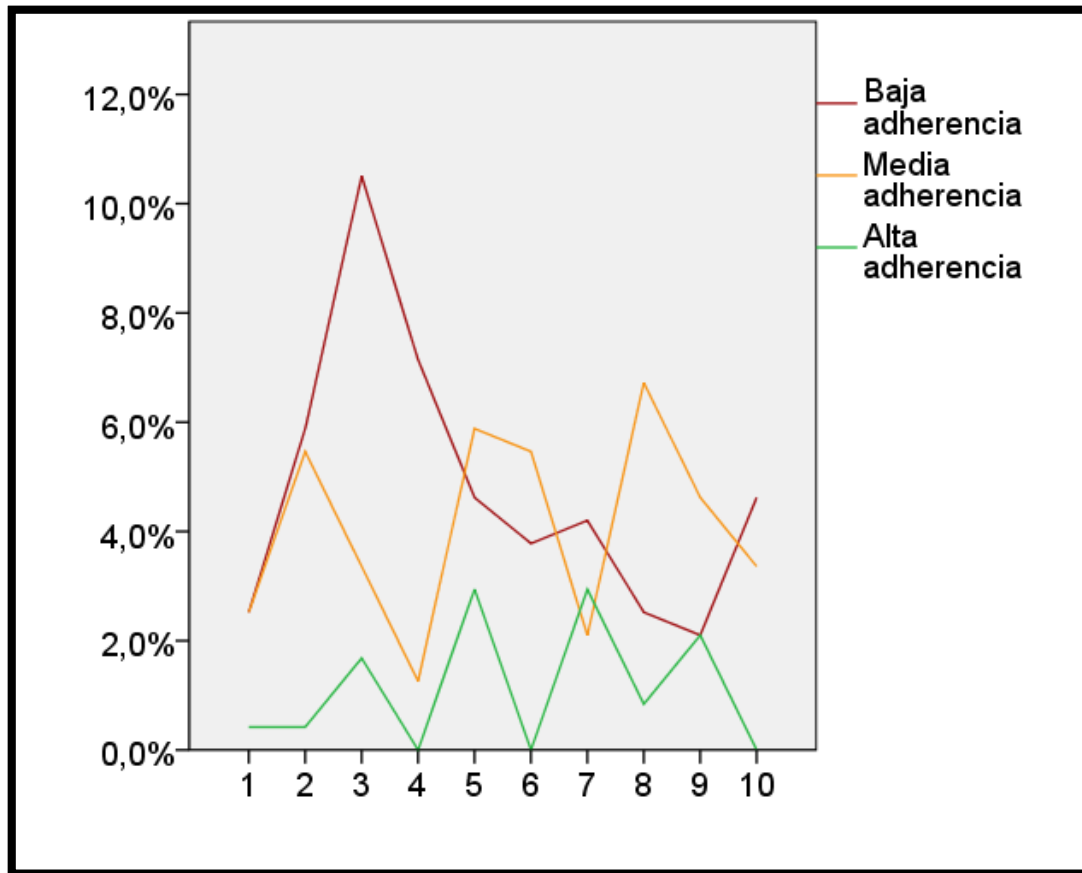


Gráfico 57. Años que tardaron en contactar los pacientes con TUS con los Servicios de Neurología según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.1.2 Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

		Abandonan antes de 7m	Abandonan entre 7 y 12m	Abandonan entre 13 y 17m	Alta, cumple 18m	Total
No	n	294	268	226	177	965
contactan	%	70,2	80,0	88,6	91,2	80,2
Sí	n	125	67	29	17	238
contactan	%	29,8	20,0	11,4	8,8	19,8
Total	N	419	335	255	194	1203
	%	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	52,888	3	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,403	,050	-7,535	,000

Tabla 56. Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 56 se muestra que las variables tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento TUS y contacto posterior con los Servicios de Neurología se relacionan de forma negativa. A mayor tasa de éxito en el tratamiento TUS, menor porcentaje de sujetos contacta con este tipo de servicios y viceversa.

Mientras que el 91% de los pacientes que recibieron el alta terapéutica no ha contactado con estos servicios, el 9% sí lo ha hecho. Del mismo modo, mientras que casi el 89% de los que abandonan el tratamiento entre los 13 y 17 meses no contacta, cerca del 11% sí lo hace. Las diferencias para los otros dos grupos son más marcadas. En el Gráfico 58 hemos recogido estos datos.

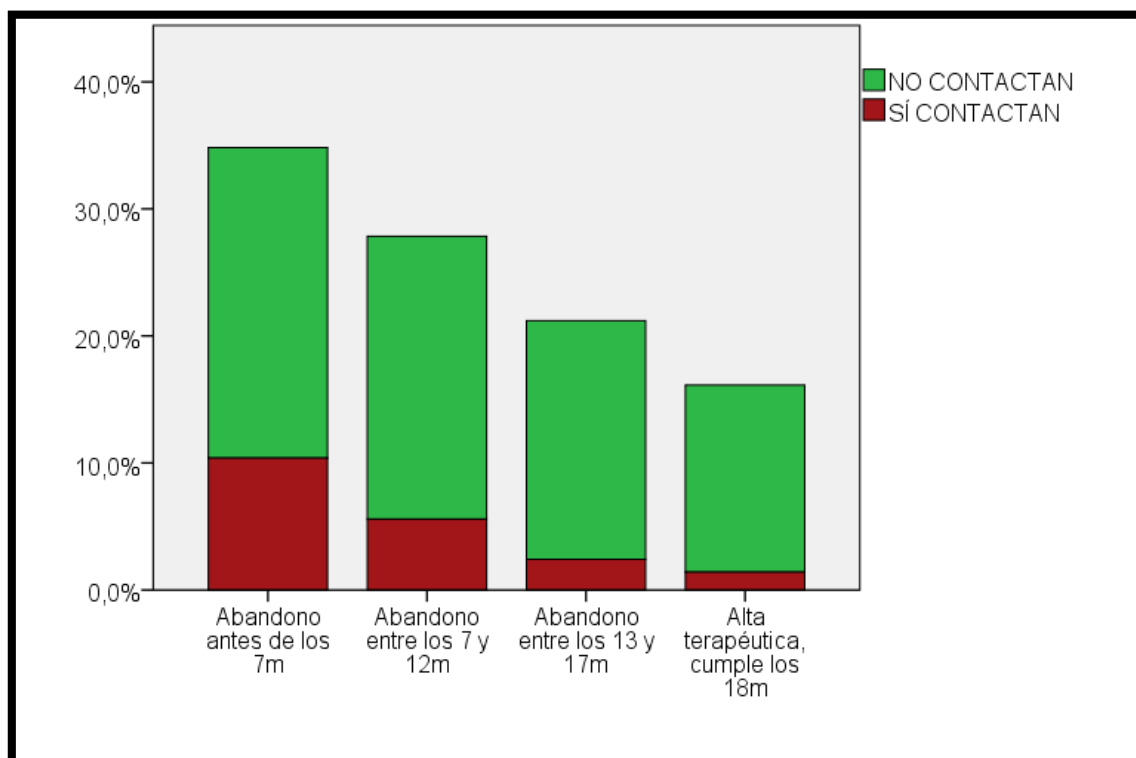


Gráfico 58. Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En el Gráfico 59, podemos ver que los sujetos que abandonan el tratamiento antes de los 7 meses tienden a contactar con los Servicios de Neurología más temprano que el resto de grupos. El contacto para este grupo se produce con más frecuencia entre 1 y 7 años después de haber estado en tratamiento TUS, mientras que en el grupo que abandona entre los 7 y 12 meses se observa una discreta tendencia ascendente y en los sujetos que abandonan el tratamiento entre los 13 y 17 meses, o reciben el alta terapéutica, se observa una tendencia descendente.

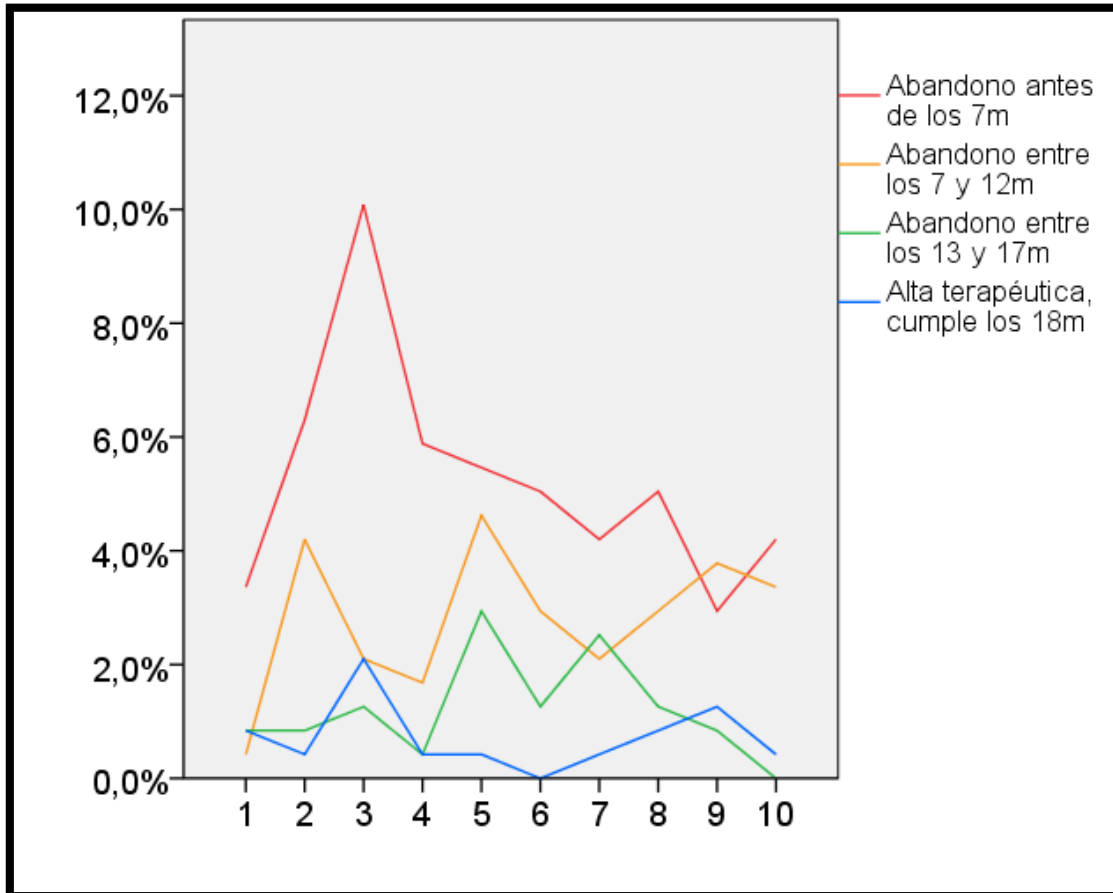


Gráfico 59. Años que tardaron en contactar los pacientes con TUS con los Servicios de Neurología según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.1.3 Relación del diagnóstico TUS y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

		F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	Total
No contactan	n	310	207	86	12	267	66	17	965
	%	82,4	83,1	72,3	70,6	78,1	84,6	77,3	80,2
Sí contactan	n	66	42	33	5	75	12	5	238
	%	17,6	16,9	27,7	29,4	21,9	15,4	22,7	19,8
Total	N	376	249	119	17	342	78	22	1203
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	10,306	6	,112

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,093	,112

Tabla 57. Relación del diagnóstico TUS y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Como vemos en la Tabla 57 y en el Gráfico 60, no se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida y el contacto posterior con los Servicios de Neurología. El porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología, es similar para todas las sustancias y se encuentra entre el 15 y el 29%, siendo los sedantes y los cannabinoides las sustancias que mayor porcentaje obtienen.

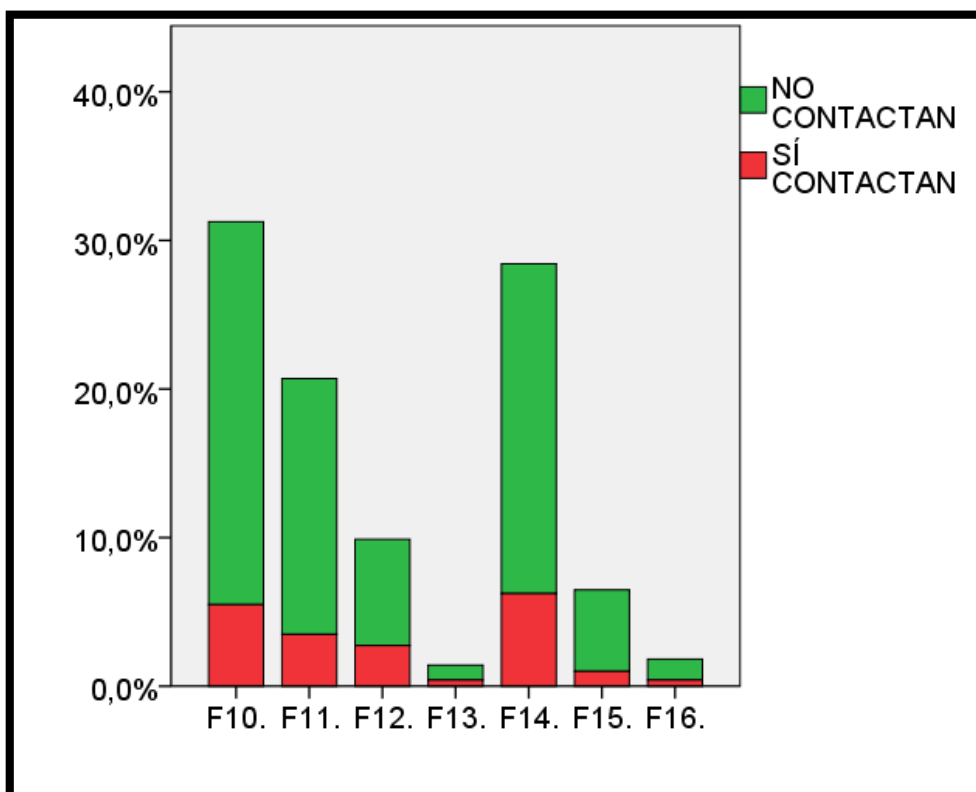


Gráfico 60. Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según el tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En lo que se refiere al tiempo que tardaron en contactar, según la sustancia consumida, con los Servicios de Neurología, podemos ver el Gráfico 61. En general, el contacto con Neurología se distribuye para todas las sustancias a lo largo de todo el periodo de tiempo estudiado. En los opioides destaca un mayor contacto entre los 5 y los 7 años después del tratamiento, en la cocaína entre los 6 y 9 años y en el alcohol entre 1 y 6 años.

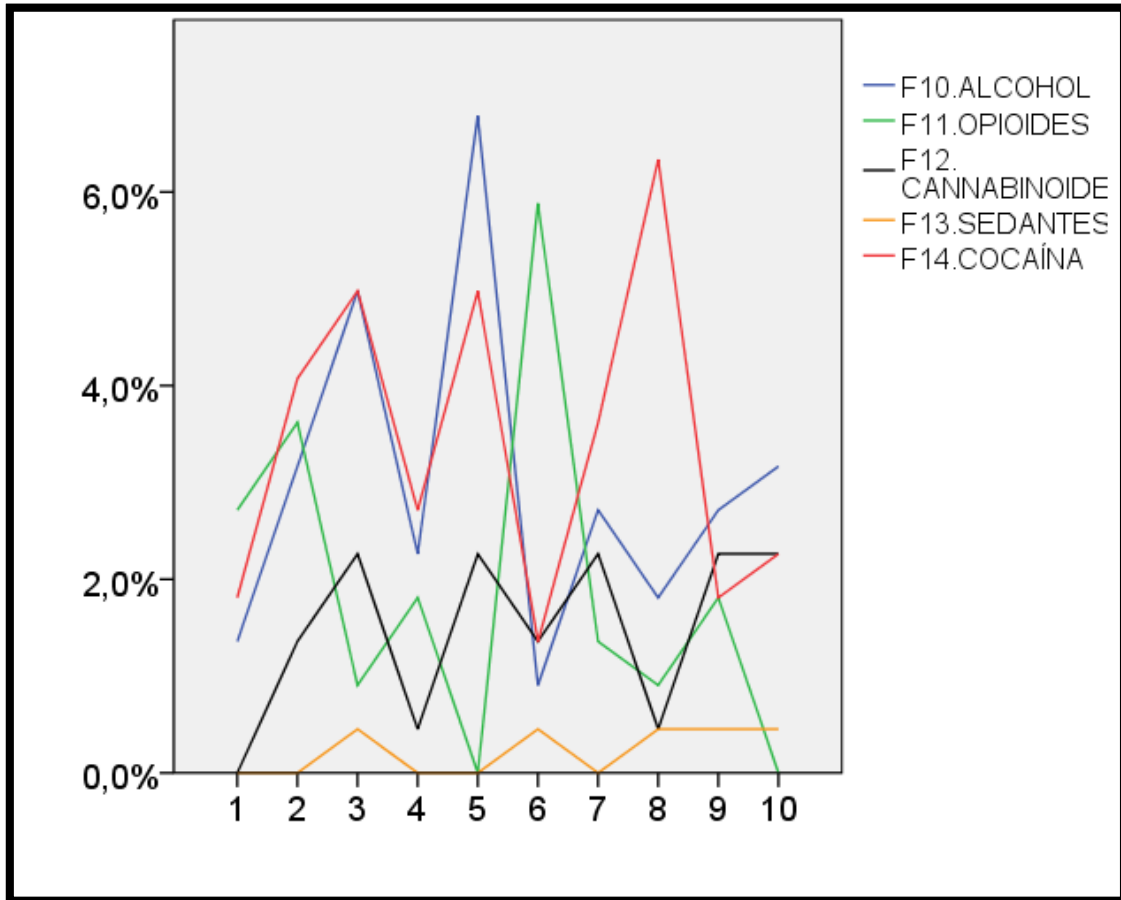


Gráfico 61. Años que tardaron en contactar los pacientes con TUS con los Servicios de Neurología según el diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.1.4 Relación del número de sustancias consumidas y el contacto posterior con los Servicios de Neurología.

		1 sustancia	2 sustancias	3 o más sustancias	Total
No contactan	n	521	388	56	965
	%	82,6	80,5	62,2	80,2
Sí contactan	n	110	94	34	238
	%	17,4	19,5	37,8	19,8
Total	N	631	482	90	1203
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	20,584	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	,192	,064	2,864	,004

Tabla 58. Relación del número de sustancias y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 58 vemos que entre las variables número de sustancias consumidas y contacto posterior con los Servicios de Neurología existe una relación significativa y positiva. Por tanto, a mayor número de sustancias diferentes consumidas, mayor es el porcentaje de casos que contacta con los Servicios de Neurología. Del mismo modo, a menor número de sustancias consumidas mayor es el porcentaje de sujetos que no contacta.

Mientras que el 54% de los pacientes que no contactan consumía sólo una sustancia y el 46% más de una, los resultados se invierten para el grupo que sí contacta con Neurología (el 46% consumía sólo una sustancia y el 54% más de una). En el Gráfico 62 podemos ver los datos.

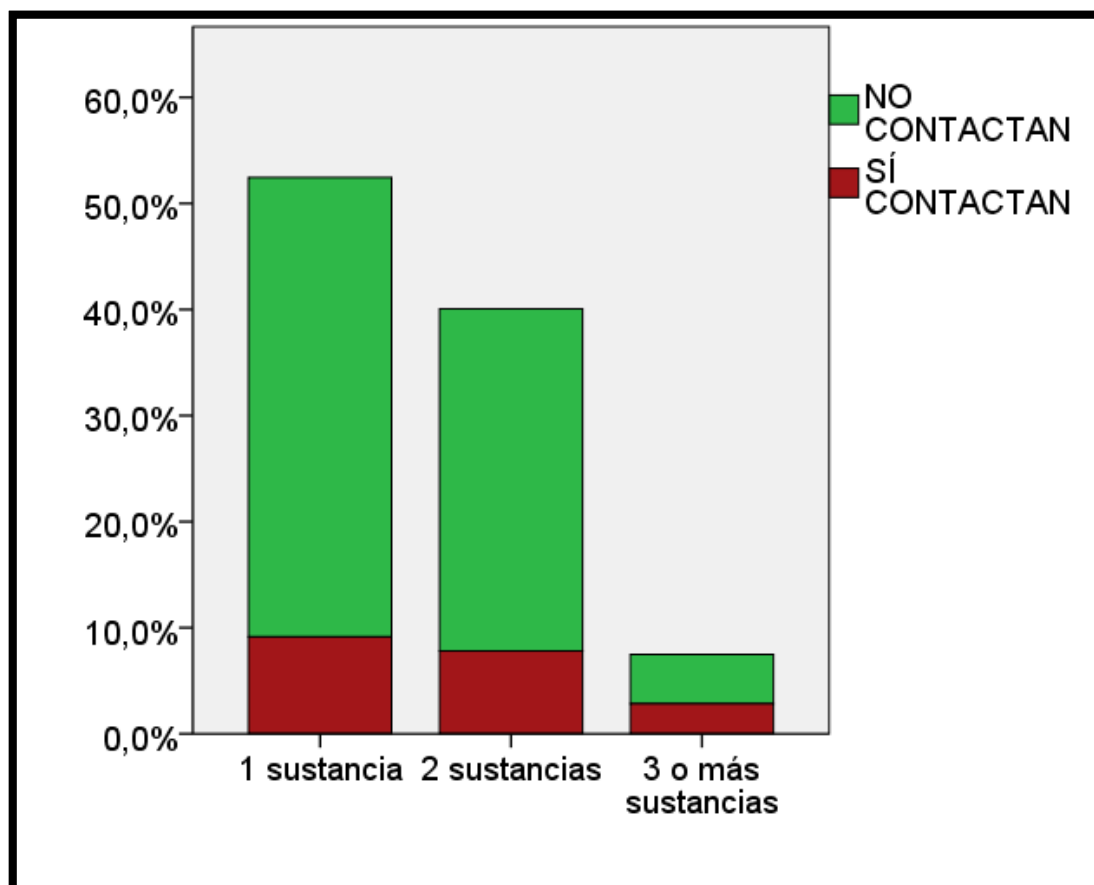


Gráfico 62. Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Para hacernos una idea del tiempo que tardaron los pacientes en consultar con los Servicios de Neurología, según el número de sustancias que consumían durante su periodo de tratamiento TUS, podemos consultar el Gráfico 63. La tendencia es que los pacientes que consumían sólo una sustancia contactan con más frecuencia entre 1 y 6 años después del tratamiento, mientras que los que consumían dos lo hacen con más frecuencia entre 1 y 4 años. En el grupo que consumía tres o más sustancias la tendencia es más estable y se da un contacto similar a lo largo de los 10 años, siendo algo más marcado en los primeros cuatro años después del tratamiento.

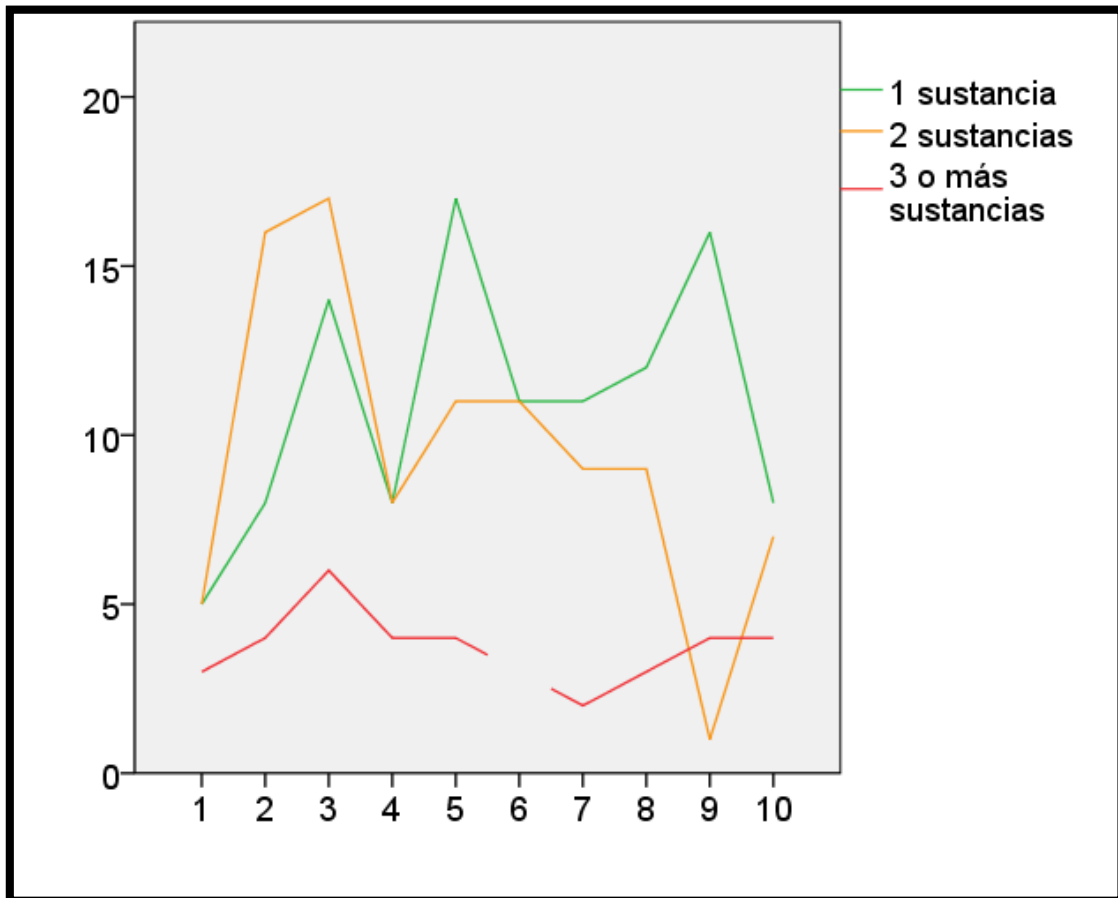


Gráfico 63. Años que tardaron los pacientes con TUS en consultar con los Servicios de Neurología según el número de sustancias que consumían durante el periodo de tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.1.5 Relación de la patología dual y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

		Sin patología dual	Con patología dual	Total
No contactan	n	612	353	965
	%	84,5	73,7	80,2
Sí contactan	n	112	126	238
	%	15,5	26,3	19,8
Total	N	724	479	1203
	%	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	21,326	1	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,133	,000

Tabla 59. Relación de la patología dual y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En este caso también existe una relación significativa entre las variables patología dual y contacto con los Servicios de Neurología, por tanto las diferencias entre grupos son significativas (Tabla 59).

Mientras que sólo el 15,5% de los pacientes sin patología dual contacta con los Servicios de Neurología, durante los 10 años después de haber estado en tratamiento TUS, el 26,3 % del grupo de pacientes con patología dual lo hace. En el Gráfico 64 podemos ver estos resultados.

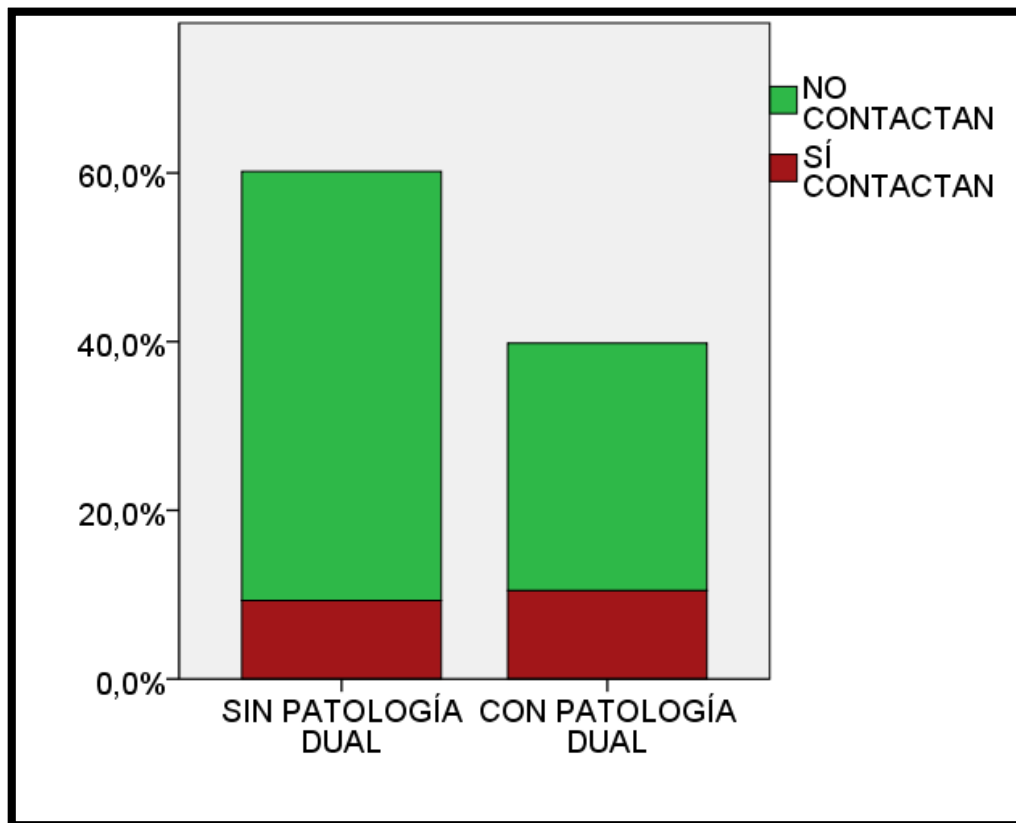


Gráfico 64. Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según si presentan patología dual (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Con respecto a las categorías diagnósticas que con más frecuencia se asocian al contacto con estos servicios, hemos creado la Tabla 60.

Categorías diagnósticas	Contacto con Neurología
F20-29	18,8 %
F30-39	26,0%
F40-49	23,4%
F50-59	25,0%
F60-69	34,0%
F70-79	22,2%
F90-99	16,7%

Tabla 60. Porcentaje de casos de cada categoría diagnóstica que contacta con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que contacta con Neurología).

Como podemos observar, la categoría F60-69 destaca sobre las demás en cuanto al porcentaje de casos que contacta con Neurología. El resto de categorías tienen unos porcentajes de contacto similar.

En cuanto a los años que tardaron estos pacientes en contactar con los Servicios de Neurología, hemos recogido en el Gráfico 65 dicha información. Como podemos ver, los pacientes que presentaban patología dual durante el periodo de tratamiento TUS contactan con los Servicios de Neurología con mucha más frecuencia entre 1 y 6 años después de haber recibido tratamiento TUS, mientras que los pacientes que no presentaban patología dual en aquella época contactan con mayor frecuencia entre los 4 y los 9 años.

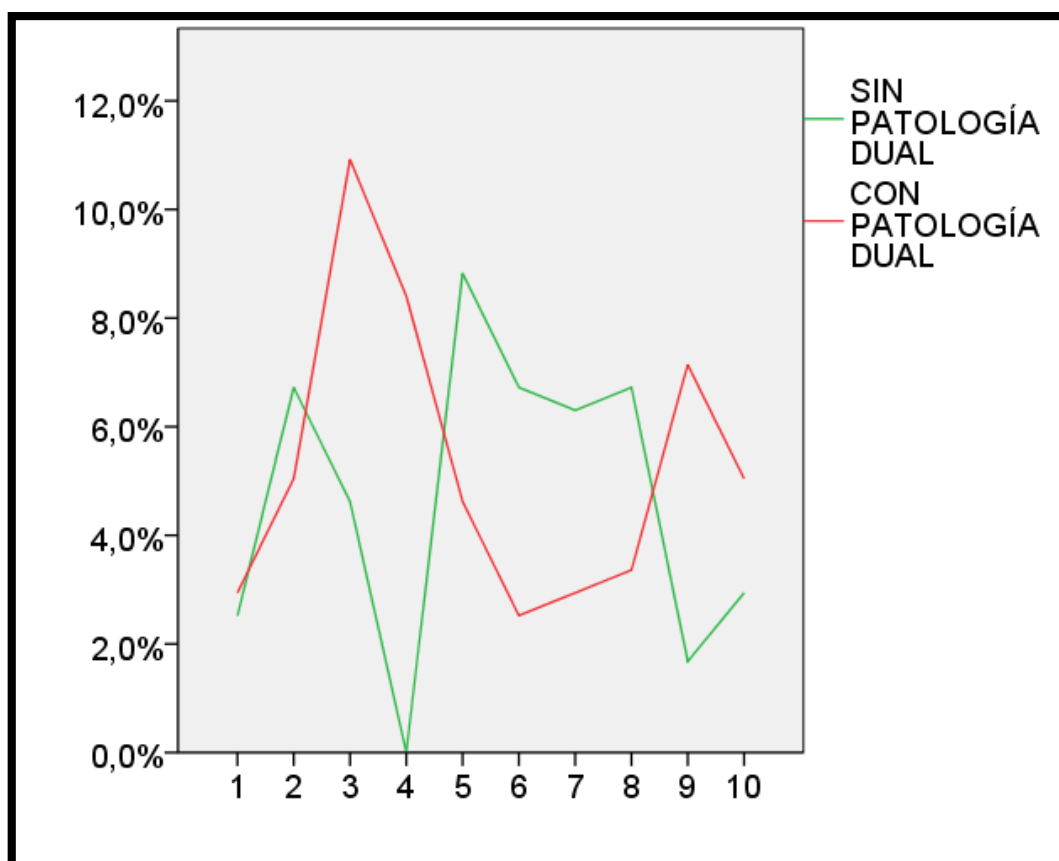


Gráfico 65. Años que tardaron los pacientes con TUS en contactar con los Servicios de Neurología según la presencia o no de patología dual durante el periodo de tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.2 Desarrollo de otros trastornos mentales

En la Tabla 61 y el Gráfico 66 podemos ver el número y porcentaje de casos de pacientes con TUS que desarrollaron, después de haber estado en tratamiento TUS, otro trastorno mental.

Desarrollo de otro trastorno mental	N	Porcentaje
No desarrollan otro TM	735	61,1
Sí desarrollan otro TM	468	38,9
TOTAL	1203	100

Tabla 61. Número y porcentaje de casos que desarrollaron otro trastorno mental después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

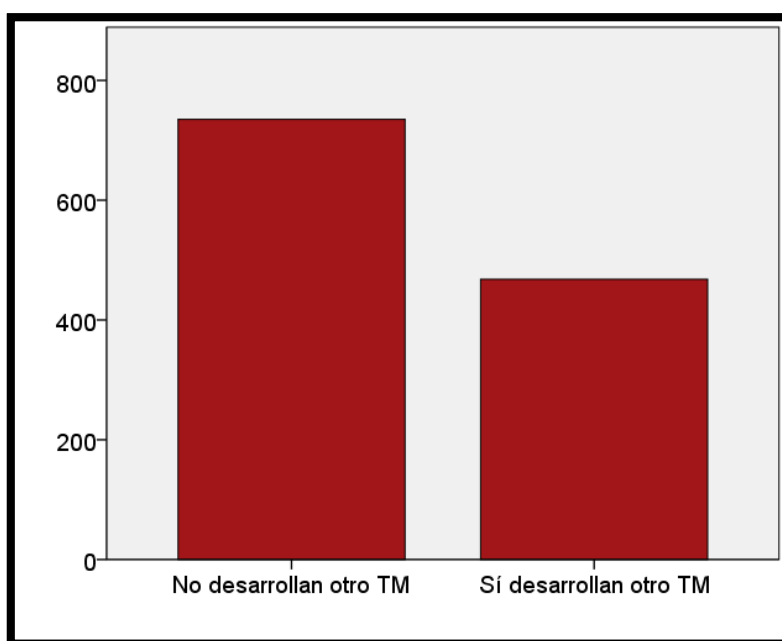


Gráfico 66. Porcentaje de casos que desarrollaron otro trastorno mental después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Como vemos, casi el 39% de los pacientes que fueron tratados en la UCA, desde el año 2000 hasta el 2005, desarrolló otro trastorno mental diferente durante los primeros 10 años después de haber finalizado/abandonado el tratamiento TUS. En cambio, cerca del 61% no lo hizo.

5.6.2.1 Relación de la adherencia al tratamiento y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

		Adherencia Baja	Adherencia Media	Adherencia Alta	Total
No desarrollan otro TM	n	148	323	264	735
	%	40,0	64,2	80,0	61,1
Sí desarrollan otro TM	n	222	180	66	468
	%	60,0	35,8	20,0	38,9
Total	N	370	503	330	1203
	%	100	100	100	100

Estadístico	Valor	gl.	Sig.
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	120,953	2	,000

Estadístico	Valor	Std. error	T	Sig.
<i>Gamma Γ</i>	-,510	,039	-11,717	,000

Tabla 62. Relación de la adherencia al tratamiento TUS y el desarrollo posterior de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Existe una relación significativa y negativa entre la adherencia al tratamiento y el desarrollo posterior de comorbilidad mental (Tabla 62). A mayor nivel de adherencia al tratamiento TUS, menor es el porcentaje de casos que desarrolla un trastorno mental en el futuro y, a menor nivel de adherencia, mayor es.

Mientras que el 80% de los pacientes con alta adherencia al tratamiento no desarrolla ningún otro trastorno mental, cerca del 36% del grupo de media adherencia y el 60% del de baja sí lo hace. En el Gráfico 67 podemos ver estos resultados.

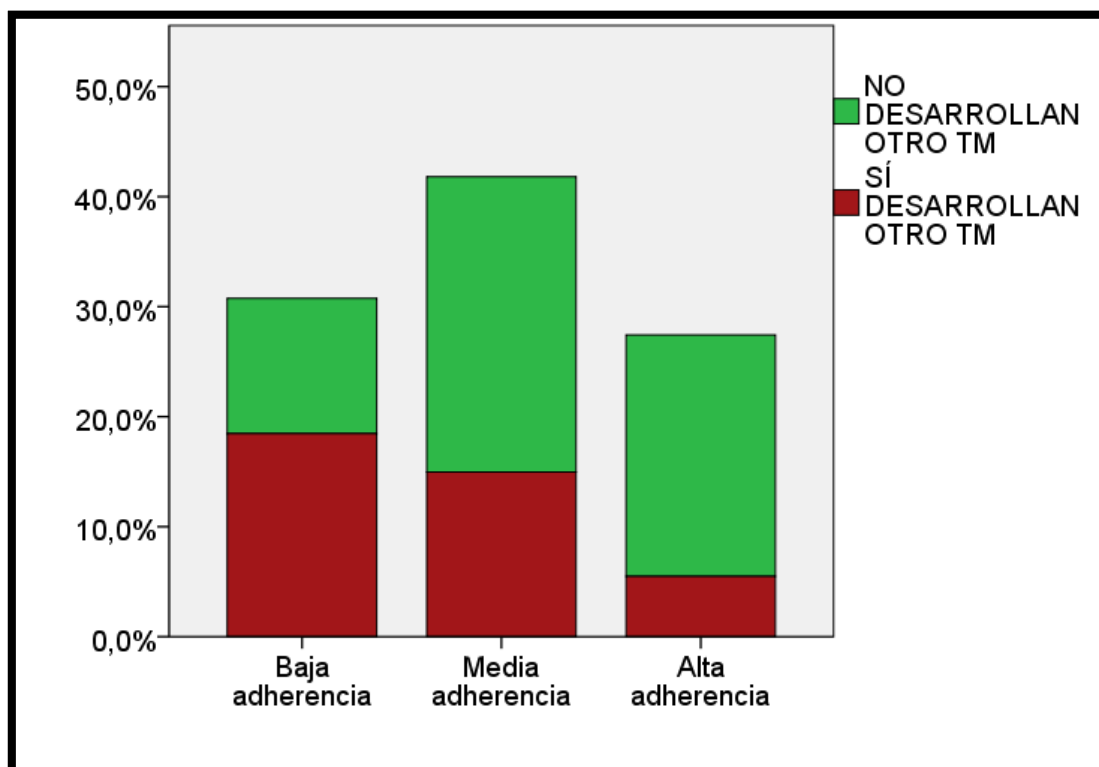


Gráfico 67. Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En lo que se refiere a los años que tardaron los pacientes en desarrollar otro trastorno mental, en función de la adherencia al tratamiento, podemos consultar el Gráfico 68. Como se observa, los pacientes con baja adherencia al tratamiento desarrollaron con más frecuencia el trastorno entre 1 y 7 años después de haber estado en tratamiento TUS, al contrario de lo que ocurre con los pacientes con alta adherencia, quienes lo suelen desarrollar más tarde (entre los 7 y los 10 años).

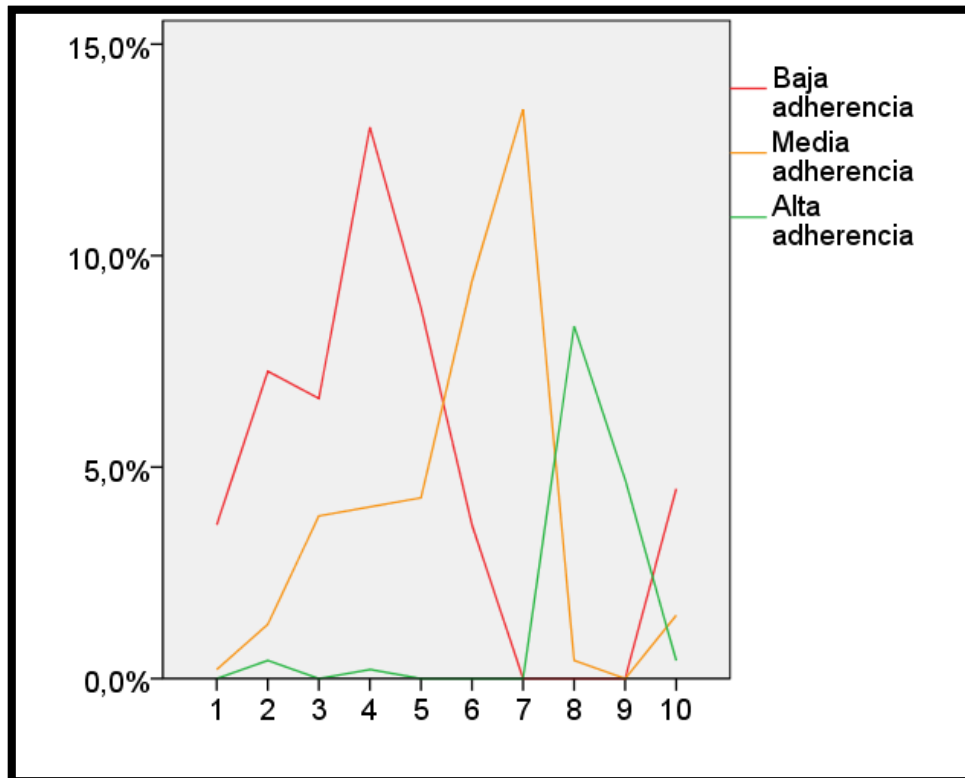


Gráfico 68. Años que tardaron los pacientes con TUS en desarrollar otro trastorno mental en función de la adherencia al tratamiento (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.2.2 Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

		Abandonan antes de 7m	Abandonan entre 7 y 12m	Abandonan entre 13 y 17m	Alta, cumplen 18m	Total
No desarrollan otro TM	n	186	208	190	151	735
	%	44,4	62,1	74,5	77,8	61,1
Sí desarrollan otro TM	n	233	127	65	43	468
	%	55,6	37,9	25,5	22,2	38,9
Total	N	419	335	255	194	1203
	%	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	91,503	3	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,418	,040	-10,001	,000

Tabla 63. Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS con el desarrollo posterior de otro trastorno mental (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 63 se muestra que la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS se relaciona con el desarrollo de comorbilidad mental, durante los 10 primeros años después de haber estado en tratamiento TUS, de forma negativa. A mayor tasa de éxito terapéutico, menor es el porcentaje de casos que desarrolla otro trastorno mental. En contraste, a menor tasa de éxito terapéutico, mayor es este porcentaje.

Mientras que cerca del 78% de los sujetos que han recibido el alta terapéutica no ha desarrollado otro trastorno mental, cerca del 91% de los pacientes que han desarrollado otro trastorno mental había abandonado el tratamiento TUS. Hemos recogido los datos en el Gráfico 69.

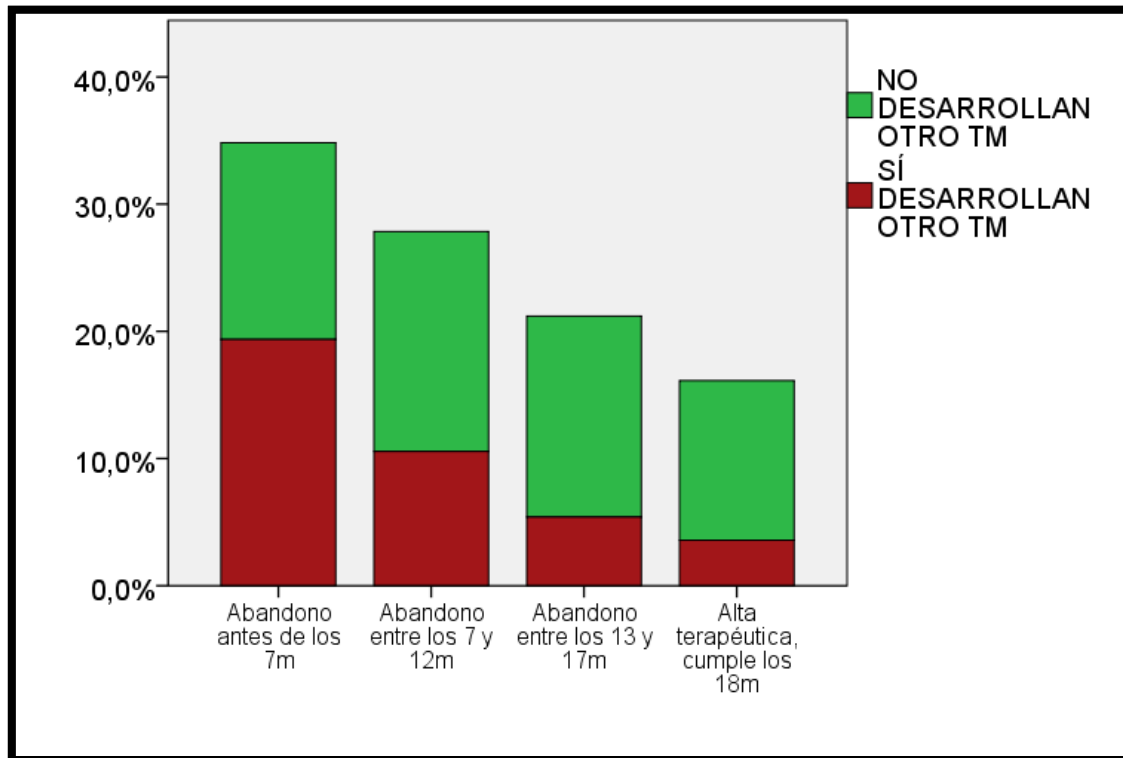


Gráfico 69. Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Como vemos en el Gráfico 70, los pacientes que abandonan el tratamiento TUS antes de los 12 meses tienden a desarrollar comorbilidad mental más pronto que los que abandonan el tratamiento más tarde o consiguen el alta terapéutica.

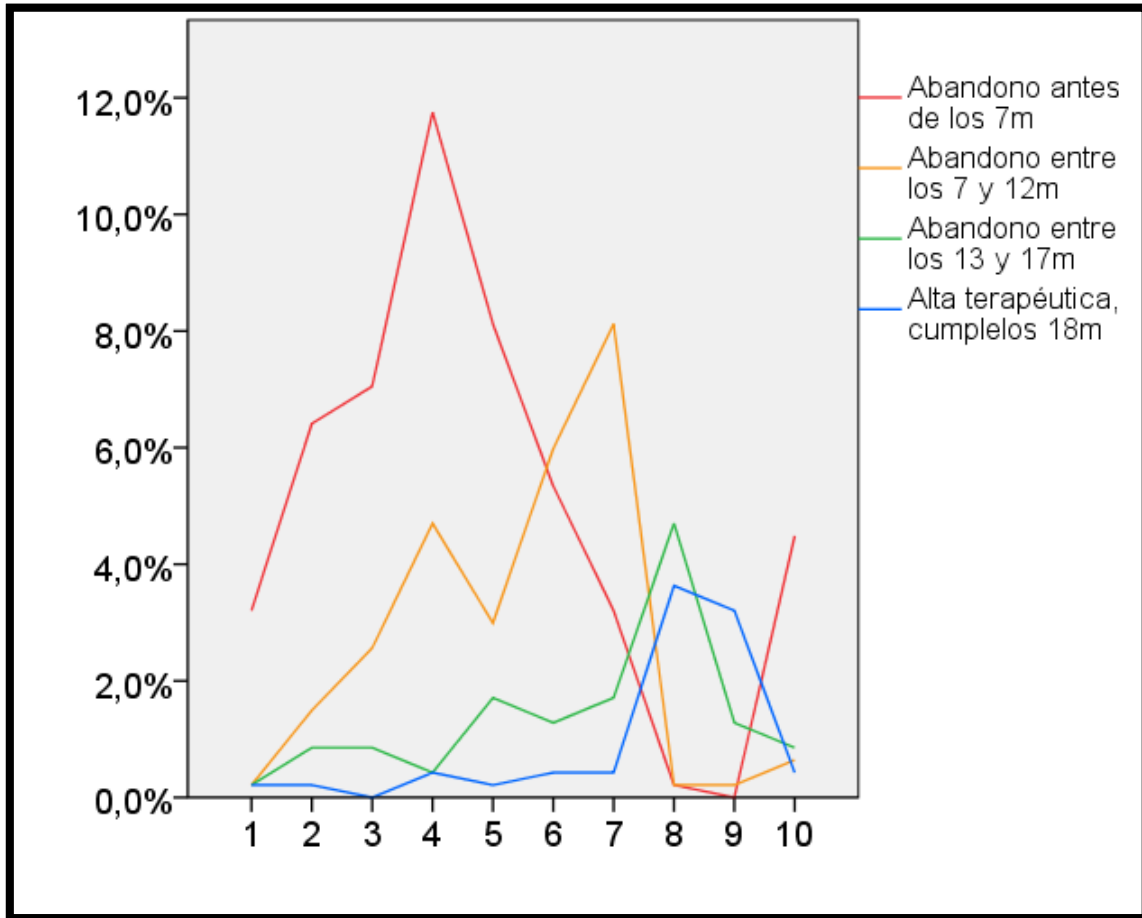


Gráfico 70. Años que tardaron los pacientes con TUS en desarrollar otro trastorno mental en función de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.2.3 Relación del tipo de diagnóstico TUS y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

		F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	Total
No	n	225	155	65	12	204	56	18	735
desarrollan TM	%	59,8	62,2	54,6	70,6	59,6	71,8	81,8	61,1
Sí	n	151	94	54	5	138	22	4	468
Desarrollan TM	%	40,2	37,8	45,4	29,4	40,4	28,2	18,2	38,9
Total	N	376	249	119	17	342	78	22	1203
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	11,164	6	,083

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,096	,225

Tabla 64. Relación del diagnóstico TUS y el desarrollo posterior de otro trastorno mental (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 64 y en el Gráfico 71 podemos observar que no existe una relación significativa entre el tipo de diagnóstico TUS y el desarrollo posterior de otro trastorno mental, ya que todas las sustancias suponen un riesgo muy similar para que se desarrolle comorbilidad mental en los primeros 10 años después de haber estado en tratamiento TUS.

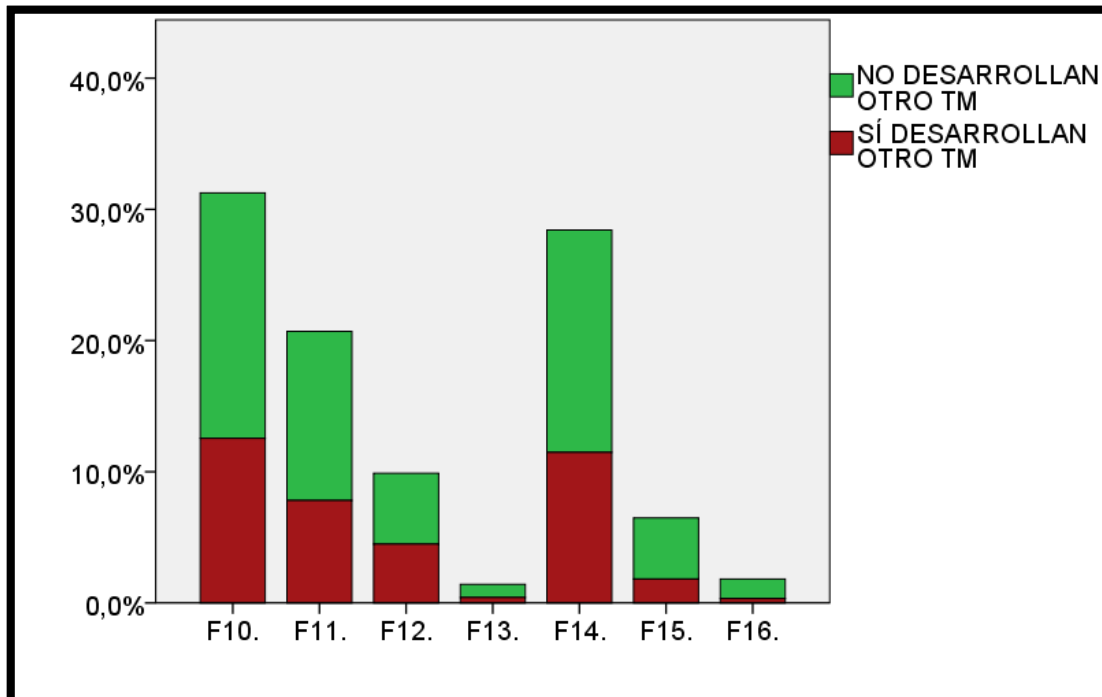


Gráfico 71. Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según el tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En cuanto a los años que se tarda en desarrollar el trastorno mental, en función del tipo de sustancia consumida, podemos ver el Gráfico 72. Mientras que en los sedantes y el cannabis se observa un patrón bastante estable a lo largo de los 10 años, en la cocaína y el alcohol se suele desarrollar comorbilidad mental con más frecuencia entre 1 y 7 años y en los opioides destaca un pico entre los 6 y 8 años.

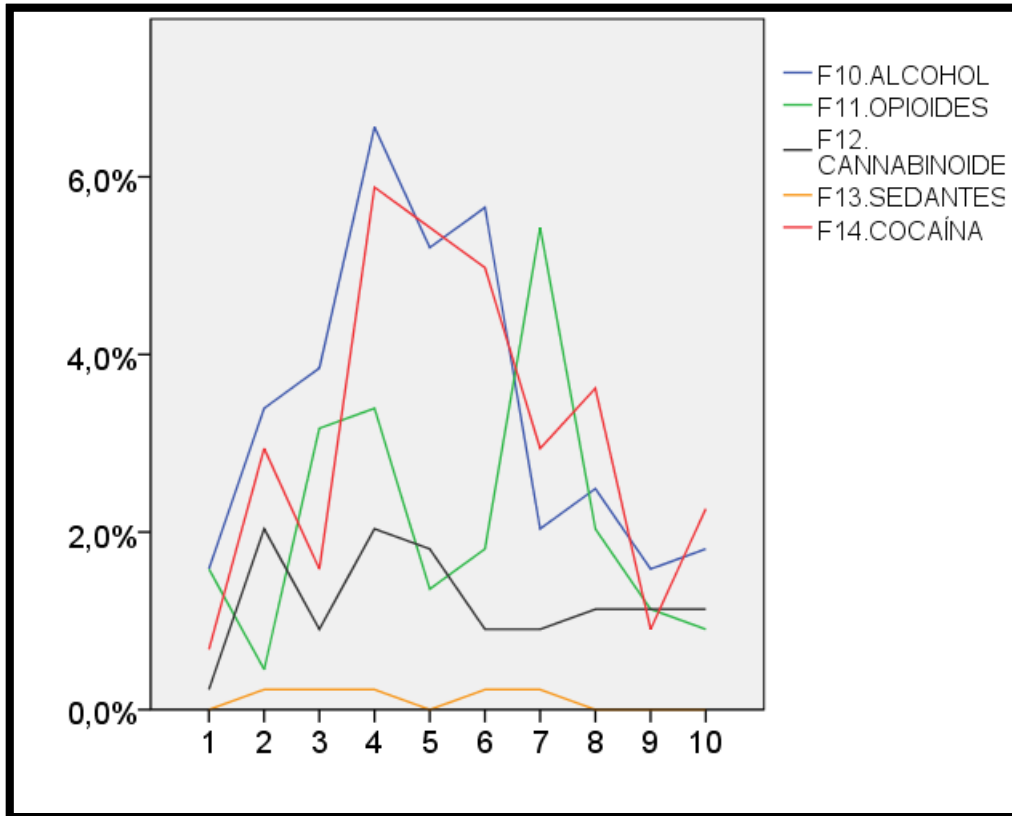


Gráfico 72. Años que tardaron los paciente con TUS en desarrollar otro trastorno mental en función del tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.2.4 Relación del número de sustancias consumidas y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

		1	2	3 o más	Total
		sustancia	sustancias	sustancias	
No desarrollan	n	430	264	41	735
otro TM	%	68,1	54,8	45,6	61,1
Sí desarrollan	n	201	218	49	468
otro TM	%	31,9	45,2	54,4	38,9
Total	N	631	482	90	1203
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	30,449	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	,290	,050	5,527	,000

Tabla 65. Relación del número de sustancias consumidas y el desarrollo posterior de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 65 podemos ver que existe una relación significativa y positiva entre las variables número de sustancias consumidas y desarrollo de otro trastorno mental. A medida que aumenta el número de sustancias diferentes consumidas, mayor es el porcentaje de sujetos que desarrolla, en los primeros 10 años después de haber estado en tratamiento TUS, comorbilidad mental. En cambio, a medida que aumenta el número de sustancias consumidas, menor es el porcentaje de casos que no lo desarrolla.

El porcentaje de sujetos que no desarrolla otro trastorno mental disminuye de forma drástica a medida que aumenta el número de sustancias consumidas, pasando de 58,5% (grupo que consume una sustancia), al 36% (grupo de dos

sustancias) y al 5,6% (grupo de tres o más sustancias). Podemos ver los datos en el Gráfico 73.

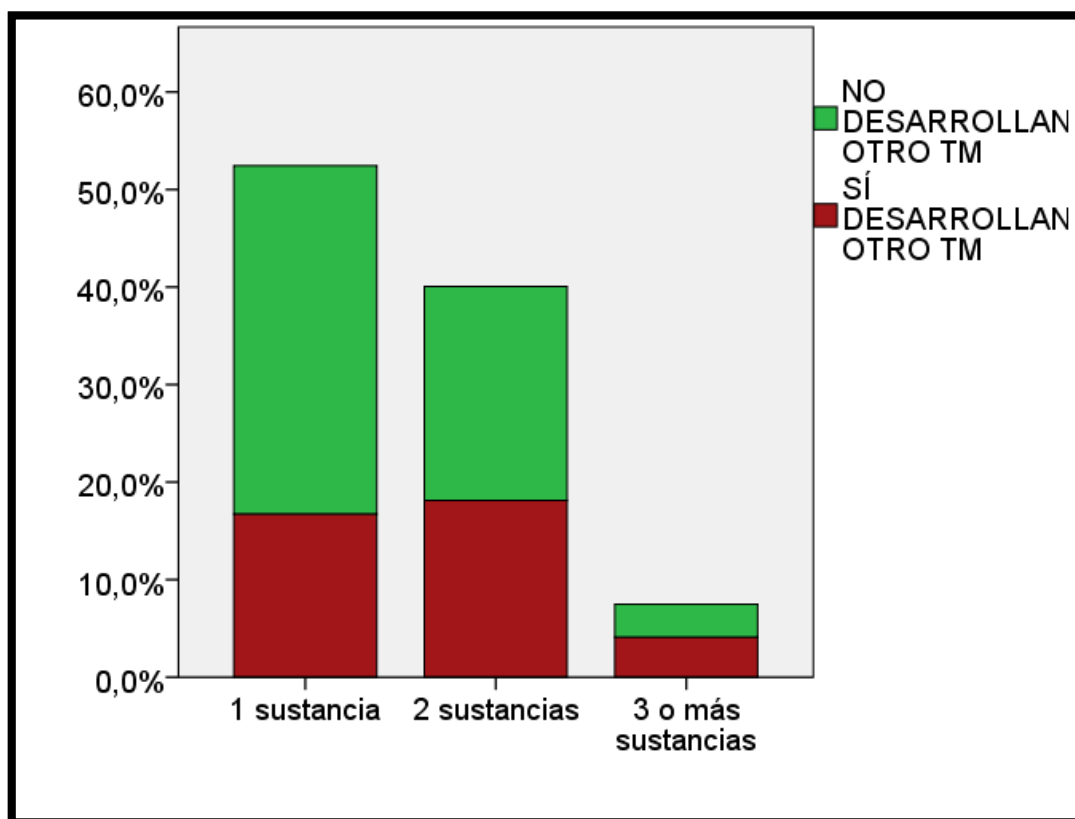


Gráfico 73. Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En el Gráfico 74, hemos recogido los años que tardaron los sujetos en desarrollar otro trastorno mental, diferente al que presentaban durante su periodo de tratamiento en la UCA, en función del número de sustancias que consumían. En los tres grupos se observa un patrón similar, donde es más frecuente que se desarrolle un trastorno mental entre 1 y 8 años después de haber estado en tratamiento TUS.

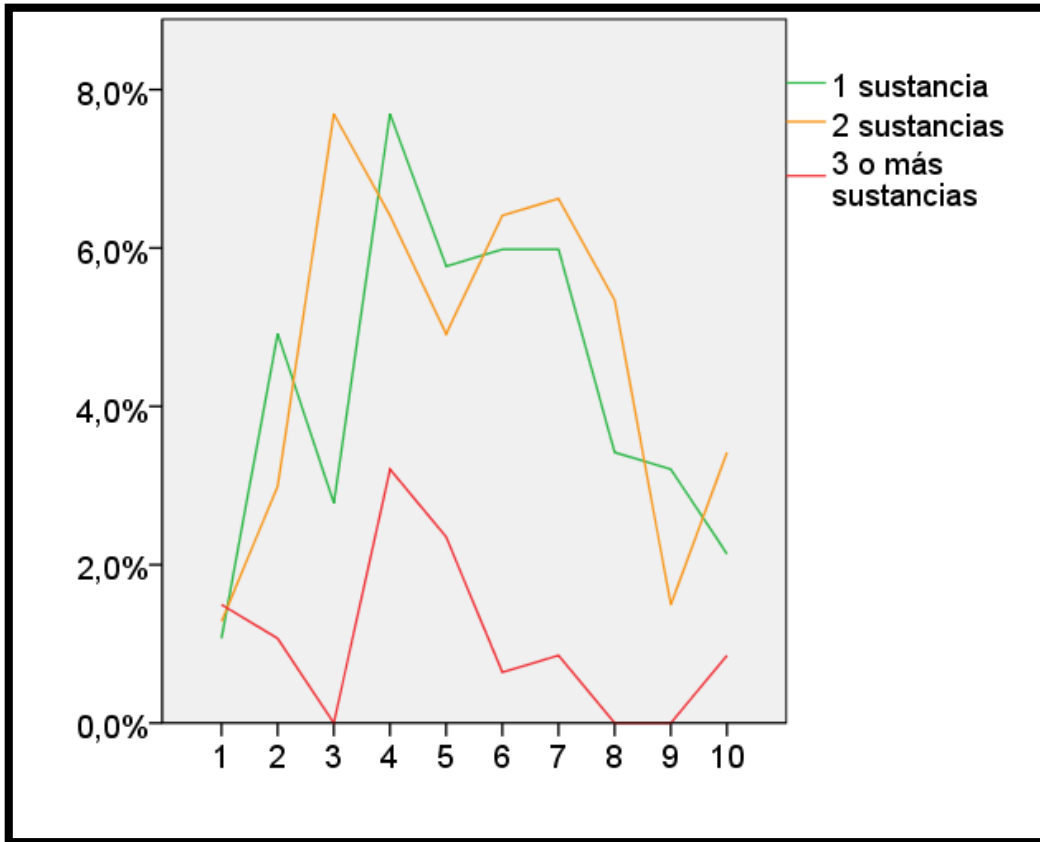


Gráfico 74. Años que tardaron los pacientes con TUS en desarrollar otro trastorno mental según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.2.5 Relación de la patología dual y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

		Sin patología dual	Con patología dual	Total
No desarrollan otro TM	n	488	247	735
	%	67,4	51,6	61,1
Sí desarrollan otro TM	n	236	232	468
	%	32,6	48,4	38,9
Total	N	724	479	1203
	%	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	30,422	1	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,159	,000

Tabla 66. Relación de la patología dual y el desarrollo de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 66 y en el Gráfico 75 podemos observar que, de nuevo, las variables patología dual y desarrollo de otro trastorno mental mantienen una relación significativa. El 67,4% de los pacientes que no poseían patología dual durante el periodo de tratamiento TUS no ha desarrollado otro trastorno mental posteriormente. Sin embargo, encontramos que, en el grupo de pacientes que sí poseían patología dual, prácticamente la mitad lo ha desarrollado.

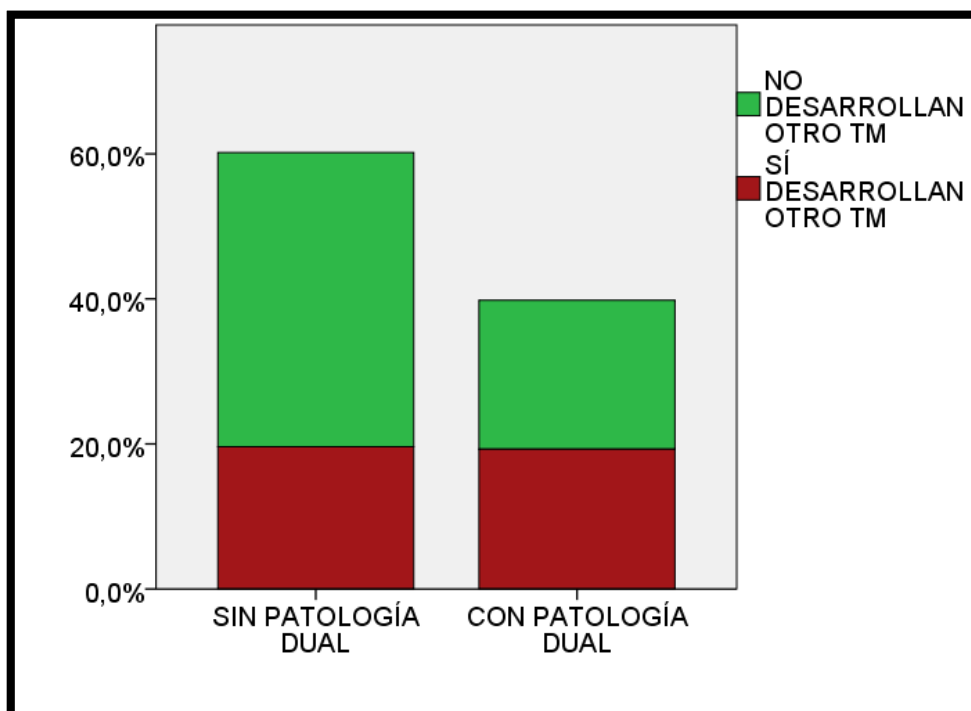


Gráfico 75. Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según si presentan patología dual durante el periodo de tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Con respecto a las categorías diagnósticas que con más frecuencia se asocian al desarrollo de comorbilidad mental, hemos creado la Tabla 67.

Categorías diagnósticas	Desarrollan otro trastorno mental
F20-29	56,2 %
F30-39	57,3%
F40-49	43,8%
F50-59	42,7%
F60-69	54,5%
F70-79	42,3%
F90-99	33,3%

Tabla 67. Porcentaje de casos de cada categoría diagnóstica que desarrolla otro trastorno mental con posterioridad al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).

Como podemos observar, las categorías F30-39, F20-29 y F60-69 destacan sobre las demás en cuanto al porcentaje de casos que desarrolla otro trastorno mental durante los 10 años posteriores al tratamiento TUS.

Hemos recogido en el Gráfico 76 los años que tardaron los sujetos en desarrollar otro trastorno mental, en función de si presentaban o no, en aquella época, patología dual. En este caso, se observa que los sujetos con patología dual desarrollaron otro trastorno mental con más frecuencia entre 1 y 7 años después de haber sido tratados por TUS. En cambio, en los sujetos sin patología dual, se observa una tendencia creciente a desarrollar el trastorno con más intensidad a partir de los 3 años.

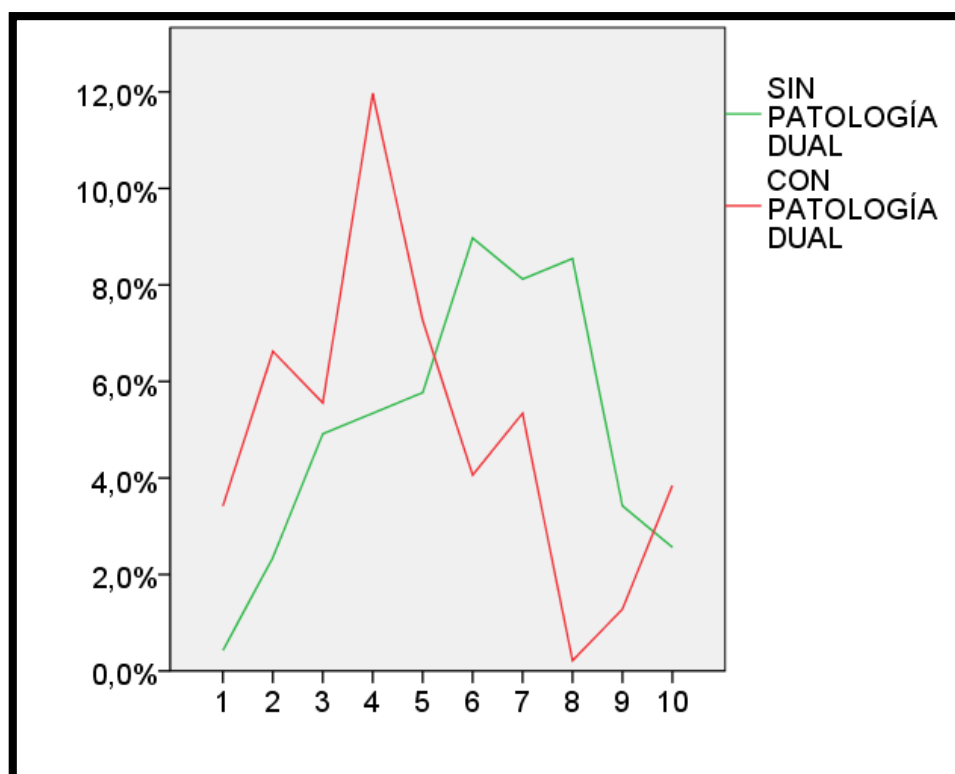


Gráfico 76. Años que tardaron los pacientes en desarrollar otro trastorno mental en función de si presentaban o no patología dual durante el periodo de tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Por último, hemos recogido en las Tablas 68 y 69 los tipos de diagnósticos que desarrollaron los pacientes durante el periodo de tiempo estudiado. Como podemos observar, la categoría diagnóstica F40-49 es la que cuenta con más casos, con cerca de la mitad de la totalidad, seguida por la F30-39. Después de estas dos categorías siguen, con muchos menos casos, las categorías F60-69, F20-29, F50-59, F90-99 y F70-79.

Categoría diagnóstica	N	%
F20-29. Trastornos psicóticos	27	5,77
F30-39. Trastornos del humor	151	32,27
F40-49. Trastornos neuróticos	209	44,65
F50-59. Trastornos de la alimentación	14	3,00
F60-69. Trastornos de la personalidad	53	11,32
F70-79. Retraso mental	5	1,07
F90-99. Trastornos de comienzo en infancia-adolescencia	9	1,92
Total	468	100

Tabla 68. Número y porcentaje de casos para cada categoría diagnóstica desarrollada por los sujetos durante los 10 años posteriores a haber recibido tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).

Categoría diagnóstica F20-29	N	%
F20. Esquizofrenia	14	51,85
F21. T. Esquizotípico	1	3,70
F22. T. Ideas delirantes	9	33,33
F25. T. Esquizoafectivo	3	11,12
Total	27	100

Categoría diagnóstica F30-39	N	%
F30. Episodio Maníaco	17	11,25
F31. T. Bipolar	22	14,57
F32. Episodio depresivo	25	16,55
F33. T. depresivo recurr.	46	30,47
F34.0. Ciclotimia	2	1,33
F34.1. Distimia	25	16,56
F38. Otros T. humor (afectivos)	10	6,62
F39. T. humor afectivo sin espec.	4	2,65
Total	151	100

Categoría diagnóstica F40-49	N	%
F40. T. ansiedad fóbica	5	2,40
F41.0. T. Pánico	28	13,40
F41.1. T. Ansiedad generalizada	36	17,23
F41.2. T. Mixto ans. y dep.	20	9,57
F41.3. Otros T. mixtos de ansiedad	8	3,83
F41.8. Otros T. ansiedad específicos	11	5,27
F41.9. T. de ansiedad sin espec.	12	5,75
F42. T. Obsesivo-compulsivo	3	1,43
F43.0. Reacción estrés agudo	12	5,74
F43.1. T. estrés-postraumático	26	12,44
F43.2. T. adaptación.	28	13,39
F43.8. Otras reacciones a estrés graves	3	1,43
F43.9. Reacciones a estrés graves sin espec.	14	6,69
F.44. T. disociativos	3	1,43
Total	209	100

Tabla 69. Número y porcentaje de casos para cada diagnóstico mental desarrollado por los sujetos durante los 10 años posteriores a haber recibido tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).

Categoría diagnóstica F50-59	N	%
F50.0. Anorexia Nerviosa	3	21,42
F50.2. Bulimia Nerviosa	11	78,58
Total	14	100

Categoría diagnóstica F60-69	N	%
F60.0. T. Paranoide personalidad	3	5,66
F60.1 T. Esquizoide Personalidad	1	1,89
F60.2 T. Disocial Personalidad	2	3,78
F60.3. T. Límite Personalidad	14	26,41
F60.4. T. Histriónico Personalidad	4	7,54
F60.7. T. Dependiente personalidad	3	5,66
F60.8. Otros T. específicos	2	3,78
F61. T. Mixtos personalidad	3	5,67
F63. T. Hábitos y control impulsos	17	32,07
F69. T. Personalidad sin espec.	4	7,54
Total	53	100

Categoría diagnóstica F70-79	N	%
F70. Retraso mental leve	4	80,00
F79. Retraso mental sin espec.	1	20,00
Total	5	100

Categoría diagnóstica F90-99	N	%
F90.0. T. Hiperkinéticos	9	100
Total	9	100

Tabla 69. Número y porcentaje de casos para cada diagnóstico mental desarrollado por los sujetos durante los 10 años posteriores a haber recibido tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).

5.6.3 Contacto con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental

En la Tabla 70 y el Gráfico 77 podemos ver el número y porcentaje de casos de pacientes con TUS que, en los primeros 10 años después de haber estado en tratamiento TUS, contactaron con los Servicios de Neurología y, además, desarrollaron comorbilidad mental.

Como vemos, mientras que casi el 91% de los pacientes no desarrolla ambas afecciones de forma conjunta, cerca del 9% sí lo hace.

Contacto con Neurología y desarrollo de otro TM	N	Porcentaje
No contactan ni desarrollan	1093	90,9
Sí contactan y desarrollan	110	9,1
TOTAL	1203	100

Tabla 70. Número y porcentaje de casos con TUS que contacta con los Servicios de Neurología y desarrolla otro trastorno mental después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

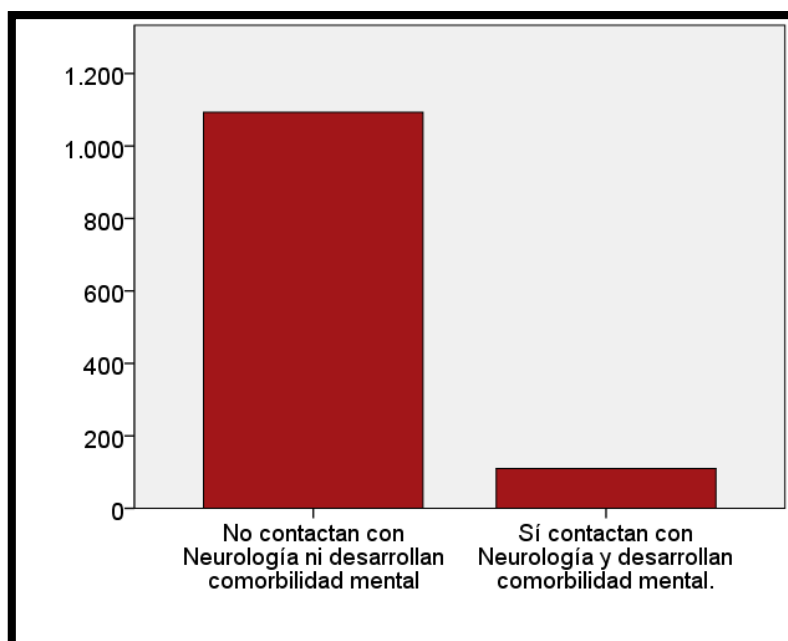


Gráfico 77. Porcentaje de casos con TUS que contacta con los Servicios de Neurología y desarrolla otro trastorno mental después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.3.1 Relación de la adherencia al tratamiento y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

		Adherencia Baja	Adherencia Media	Adherencia Alta	Total
No contactan con Neurología ni desarrollan TM	n	306	463	324	1093
	%	82,7	92,0	98,2	90,9
Sí contactan con Neurología y desarrollan TM	n	64	40	6	110
	%	17,3	8,0	1,8	9,1
Total	N	370	503	330	1203
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	51,784	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,580	,060	-7,194	,000

Tabla 71. Relación de la adherencia al tratamiento TUS y el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Como podemos observar en la Tabla 71, existe una relación estadísticamente significativa entre la variable adherencia al tratamiento y la variable contacto con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental. Además, podemos decir que la relación entre estas dos variables es negativa, esto es, a mayor nivel de adherencia al tratamiento, existe un menor porcentaje de casos que contacta con los Servicios de Neurología y desarrolla un trastorno mental de manera conjunta.

Mientras que en el grupo de alta adherencia encontramos que sólo el 1,8% desarrolla estas dolencias, en los grupos de media y baja adherencia encontramos que cerca del 8% y del 17% las desarrolla, respectivamente. En el Gráfico 78 se presentan los datos.

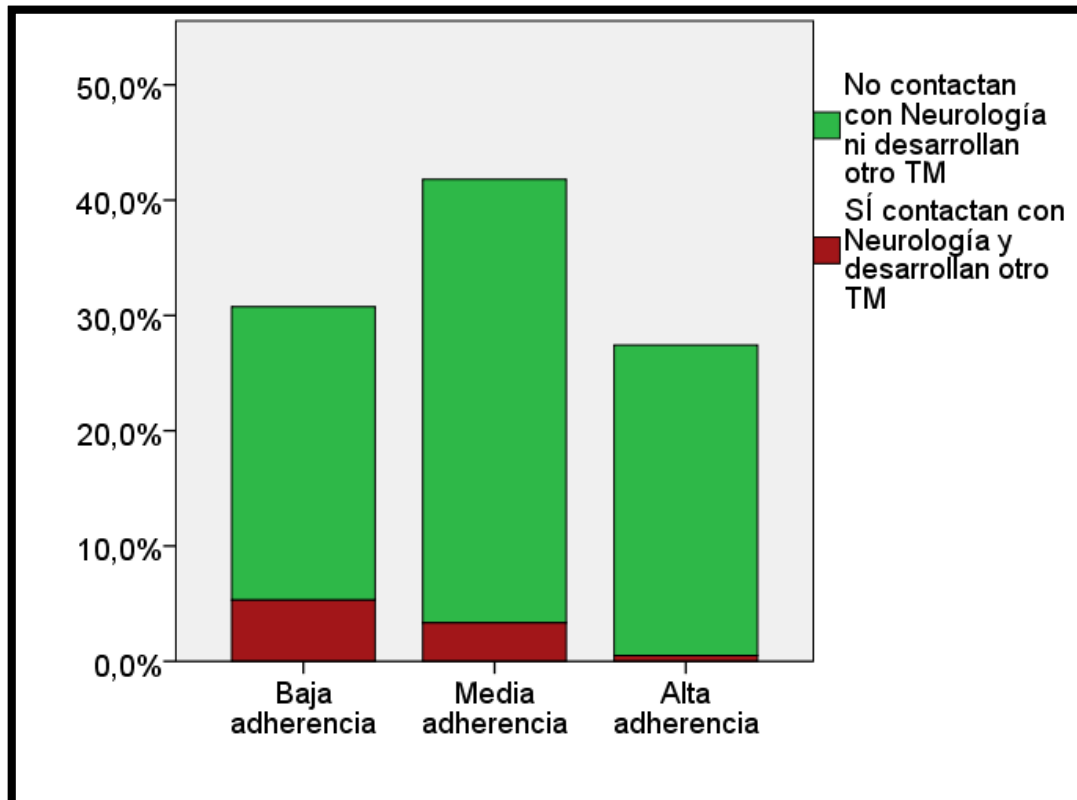


Gráfico 78. Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.3.2 Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

		Abandonan antes de 7m	Abandonan entre 7 y 12m	Abandonan entre 13 y 17m	Alta, cumplen 18m	Total
No contactan con Neurología ni desarrollan TM	n	355	306	242	190	1093
	%	84,7	91,3	94,9	97,9	90,9
Sí contactan con Neurología y desarrollan TM	n	64	29	13	4	110
	%	15,3	8,7	5,1	2,1	9,1
Total	N	419	335	255	194	1203
	%	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	35,788	3	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	-,469	,067	-6,174	,000

Tabla 72. Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 72 observamos que la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS se relaciona con el posterior contacto con los Servicios de Neurología y con el desarrollo de otro trastorno mental. Además, esta relación es negativa, por lo que, a mayor tasa de éxito, menor es el porcentaje de pacientes con TUS que, simultáneamente, contacta con los Servicios de Neurología y desarrolla otro trastorno mental.

Mientras que en el grupo que abandona el tratamiento TUS antes de los 7 meses y en el que lo hace antes de los 12 se observa que un 15,3% y un 8,7%, respectivamente, desarrolla estas afecciones, en el grupo que abandona el tratamiento después de los 12 meses y en el que recibe el alta terapéutica los porcentajes disminuyen al 5,1% y al 2,1%, respectivamente. Podemos ver los datos en el Gráfico 79.

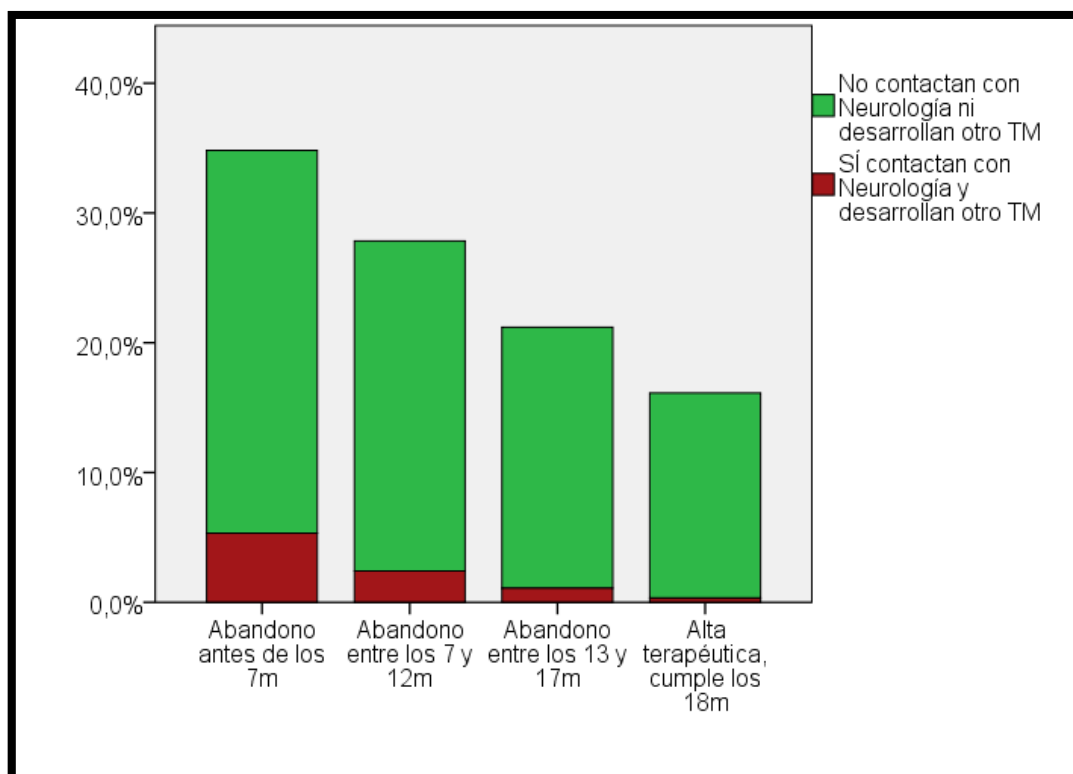


Gráfico 79. Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.3.3 Relación del tipo de diagnóstico TUS y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

		F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	Total
No contactan con Neurología ni desarrollan TM	n	348	229	100	16	305	75	20	1093
	%	92,6	92,0	84,0	94,1	89,2	96,2	90,0	90,9
Sí contactan con neurología y desarrollan TM	n	28	20	19	1	37	3	2	110
	%	7,4	8,0	16,0	5,9	10,8	3,8	9,1	9,1
Total	N	376	249	119	17	342	78	22	1203
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	12,349	6	,055

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,101	,055

Tabla 73. Relación del tipo de diagnóstico TUS con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 73 y el Gráfico 80 podemos ver que no hay una relación significativa entre el tipo de sustancia consumida y la variable de contacto posterior con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental. En todos los diagnósticos TUS se tiene un riesgo similar de contactar con los Servicios de Neurología y de desarrollar otro trastorno mental en el futuro, encontrándose todos los diagnósticos TUS entre el 4 y el 16% de casos que desarrollan ambas afecciones de manera conjunta.

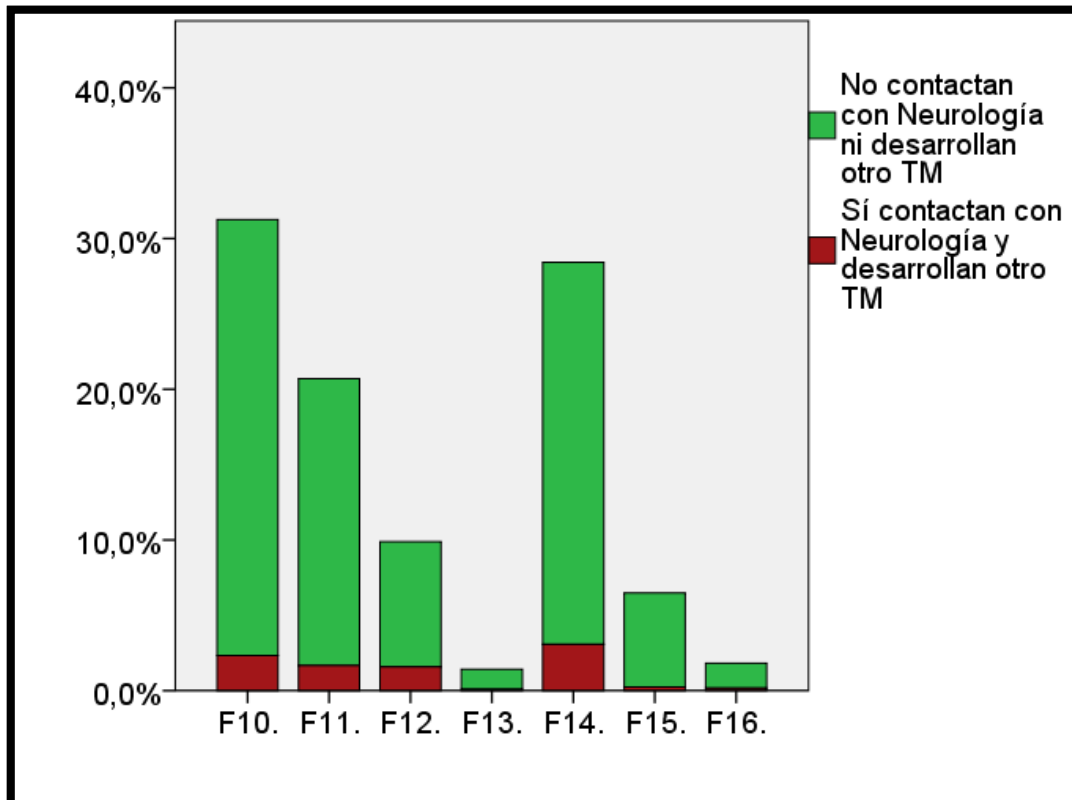


Gráfico 80. Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según el tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.3.4 Relación del número de sustancias consumidas y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

		1 sustancia	2 sustancias	3 o más sustancias	Total
No contactan con Neurología ni desarrollan un TM	n	589	432	72	1093
	%	93,3	89,6	80,0	90,9
Sí contactan con Neurología y desarrollan un TM	n	42	50	18	110
	%	6,7	10,4	20,0	9,1
Total	N	631	482	90	1203
	%	100	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	18,346	2	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Std. error</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
<i>Gamma Γ</i>	,318	,082	3,453	,001

Tabla 74. Relación del número de sustancias consumidas con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En la Tabla 74 vemos que entre la variable número de sustancias consumidas y la variable contacto con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental existe una asociación significativa positiva. A medida que aumenta el número de sustancias consumidas, el porcentaje de pacientes que contacta con los Servicios de Neurología y que, además, desarrolla otro trastorno mental, aumenta también. En contraste, a medida que aumenta el número de sustancias consumidas, disminuye el porcentaje de pacientes que no contacta con Neurología ni desarrolla otro trastorno mental.

Mientras que cerca del 38% de los pacientes que han desarrollado ambas dolencias consumía una única sustancia, cerca del 62% consumía más de una (policonsumo). Hemos recogido estos datos en el Gráfico 81.

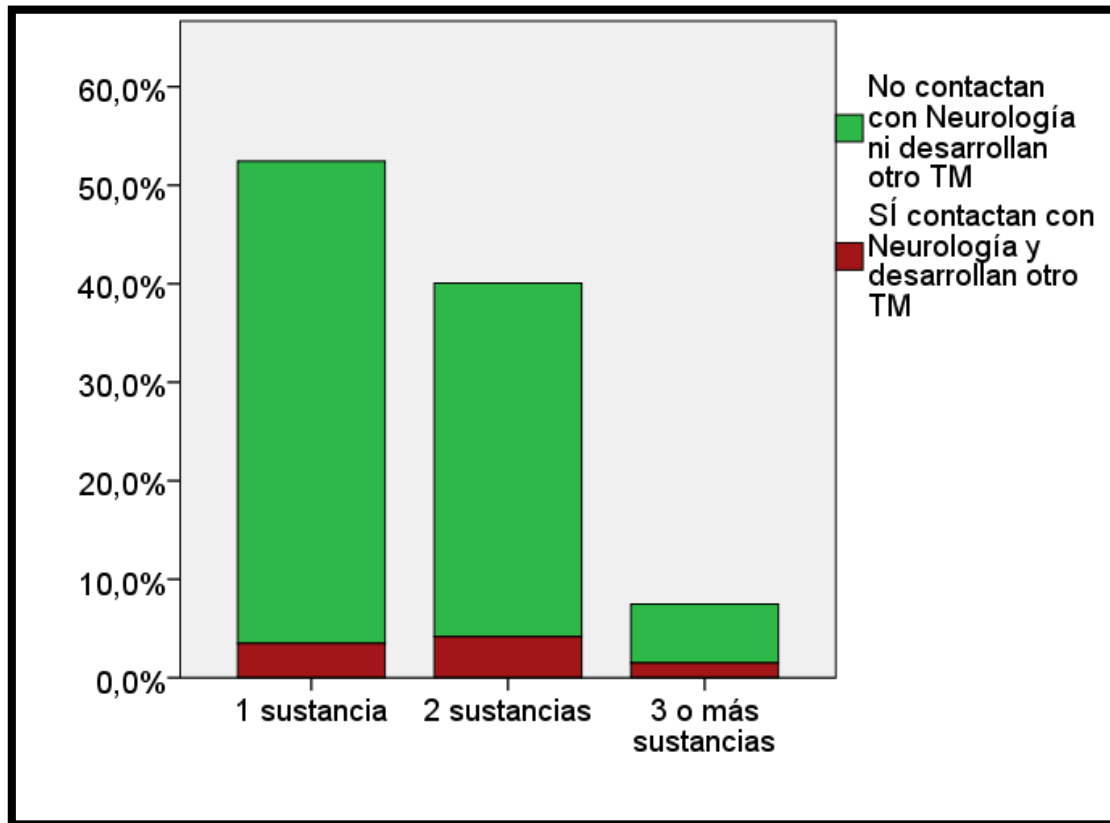


Gráfico 81. Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

5.6.3.5 Relación de la patología dual y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

		Sin patología dual	Con patología dual	Total
No contactan con Neurología ni desarrollan un TM	n	677	416	1093
	%	93,5	86,8	90,9
Contactan con Neurología y desarrollan un TM	n	47	63	110
	%	6,5	13,2	9,1
Total	N	724	479	1203
	%	100	100	100

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>gl.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Chi-cuadrado de Pearson χ^2</i>	15,394	1	,000

<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Sig.</i>
<i>Phi ϕ</i>	,113	,000

Tabla 75. Relación de la patología dual con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

En este caso también existe una relación significativa entre la variable patología dual y la variable contacto posterior con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental. Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas (Tabla 75) y, mientras que sólo el 6,5% de los sujetos sin patología dual contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental, el 13,2% de los pacientes con patología dual lo hace.

Cerca del 57% de los pacientes que han desarrollado ambas dolencias pertenecen al grupo con patología dual y cerca del 43% al grupo sin patología dual, mientras que los porcentajes se invierten para los pacientes que no desarrollan estas dolencias. Hemos recogido los datos en el Gráfico 82.

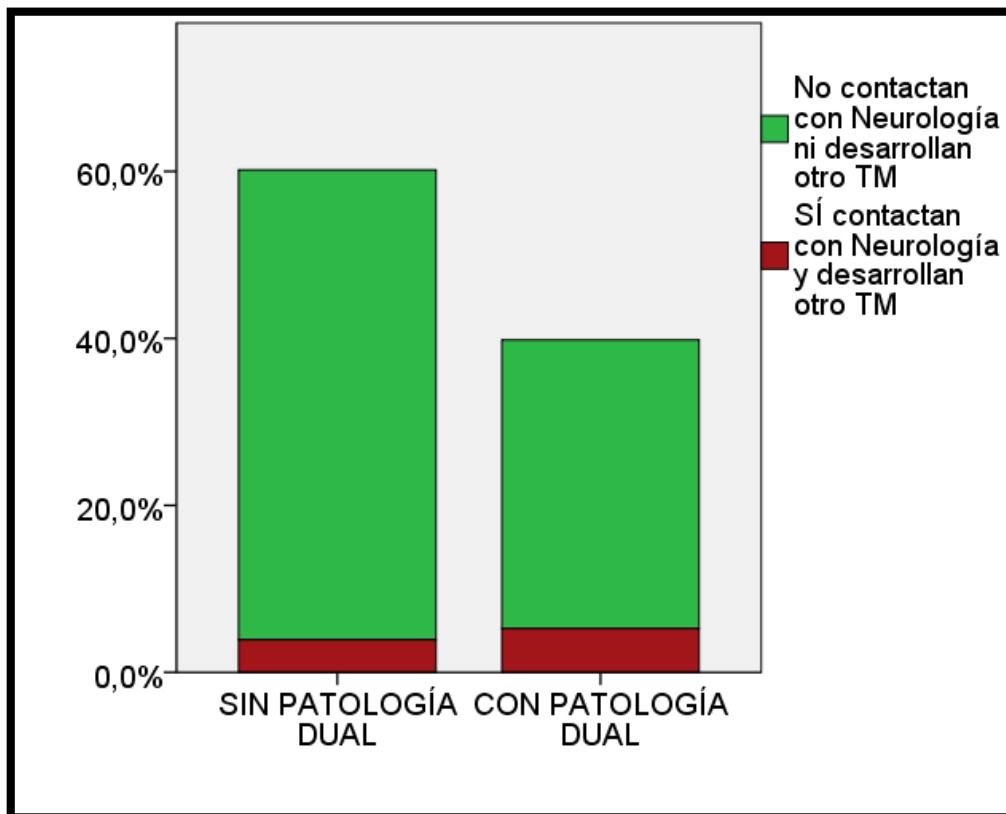


Gráfico 82. Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según si presentaban o no patología dual (pacientes tratados entre los años 2000-2005).

Con respecto a las categorías diagnósticas que con más frecuencia se asocian al desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales, hemos creado la Tabla 76.

Categorías diagnósticas	Contactan con Neurología y desarrollan otro TM
F20-29	8,6 %
F30-39	13,6%
F40-49	10,6%
F50-59	10,1%
F60-69	17,2%
F70-79	15,5%
F90-99	3,5%

Tabla 76. Porcentaje de casos de cada categoría diagnóstica que desarrolla, conjuntamente, afecciones neurológicas y mentales (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).

Como podemos observar, la categoría F60-69 destaca sobre las demás en cuanto al porcentaje de casos que desarrolla ambas afecciones durante los 10 años posteriores al tratamiento TUS, mientras que la categoría F90-99 es, con diferencia, la que menor porcentaje de casos tiene.

5.7 ANÁLISIS DE REGRESIÓN

En la Tabla 77 se muestran los análisis de regresión para predecir el contacto con los Servicios de Neurología y/o el desarrollo de comorbilidad mental, así como las tasas de éxito terapéutico del tratamiento TUS.

Predictores	Criterio	R ²	Beta	t	F
Adherencia	Tasa de éxito	,619	,815	60,733**	1431,202
Dx. TUS	terapéutico en		-,012	-1,142	
Nº sustancias	tratamiento TUS		-,008	-,680	
Patología dual			-,060	-4,695**	
Adherencia	Tasa de éxito	,112	,010	,266	54,783
Tasa de éxito en TTO	terapéutico a		,317	9,334**	
Dx. TUS	largo plazo		-,005	-,261	
Nº sustancias			-,023	-1,041	
Patología dual			-,035	-1,391	
Adherencia	Contacto	,064	-,144	-3,636**	29,583
Tasa de éxito en TTO	posterior con		-,080	-2,284*	
Dx. TUS	Servicios de		,060	2,870*	
Nº sustancias	Neurología		,028	1,219	
Patología dual			,025	0,972	
Adherencia	Desarrollo	,112	-,245	-6,342**	54,936
Tasa de éxito en TTO	posterior de otro		-,039	-1,150	
Dx. TUS	trastorno mental		,049	2,384*	
Nº sustancias			,057	2,561*	
Patología dual			,049	1,916	
Adherencia	Contacto	,052	-,171	-4,298**	23,920
Tasa de éxito en TTO	posterior con		-,020	-,575	
Dx. TUS	Servicios de		,016	,751	
Nº sustancias	Neurología y		,039	1,687	
Patología dual	desarrollo de un		,032	1.214	

TM

**p<.001; *p<.05

Tabla 77. Predicción de las tasas de éxito terapéutico y del contacto posterior con los Servicios de Neurología y/o el desarrollo de comorbilidad mental según la adherencia al tratamiento, el tipo de diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual.

En las Tablas 78 y 79 hemos incluido los resultados del diagnóstico de colinealidad, donde podemos observar que no hubo multicolinealidad entre las distintas variables explicativas.

	Proporción de varianza					
	Índice de condición	Constante	Nº sust.	Dx. TUS	P.Dual	Adh.
1	1,000	,00	,01	,00	01	,01
2	2,237	,00	,00	,00	,32	,10
3	4,470	,00	,26	,00	,56	,33
4	8,040	,06	,71	,11	,11	,53
5	19,052	,94	,03	,89	,00	,03

Tabla 78. Diagnóstico de multicolinealidad entre las variables explicativas para la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS.

	Proporción de varianza						
	Índice de condición	Constante	Nº sust.	Dx. TUS	P.Dual	Adh.	Éxito en TTO
1	1,000	,00	,01	,00	01	,00	,01
2	2,070	,00	,01	,00	,20	,02	,03
3	4,257	,00	,14	,00	,62	,01	,13
4	7,231	,02	,46	,03	,01	,21	,54
5	8,898	,03	,37	,07	,17	,74	,29
6	20,203	,94	,02	,89	,01	,01	,00

Tabla 79. Diagnóstico de multicolinealidad entre las variables explicativas para la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, el contacto posterior con neurología y/o desarrollo de comorbilidad mental.

En lo referente a la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, la adherencia mostró una capacidad predictiva positiva, mientras que la patología dual mostró una capacidad predictiva negativa. El número de sustancias consumidas y el tipo de diagnóstico TUS no mostraron una capacidad predictiva significativa (Gráfico 83).

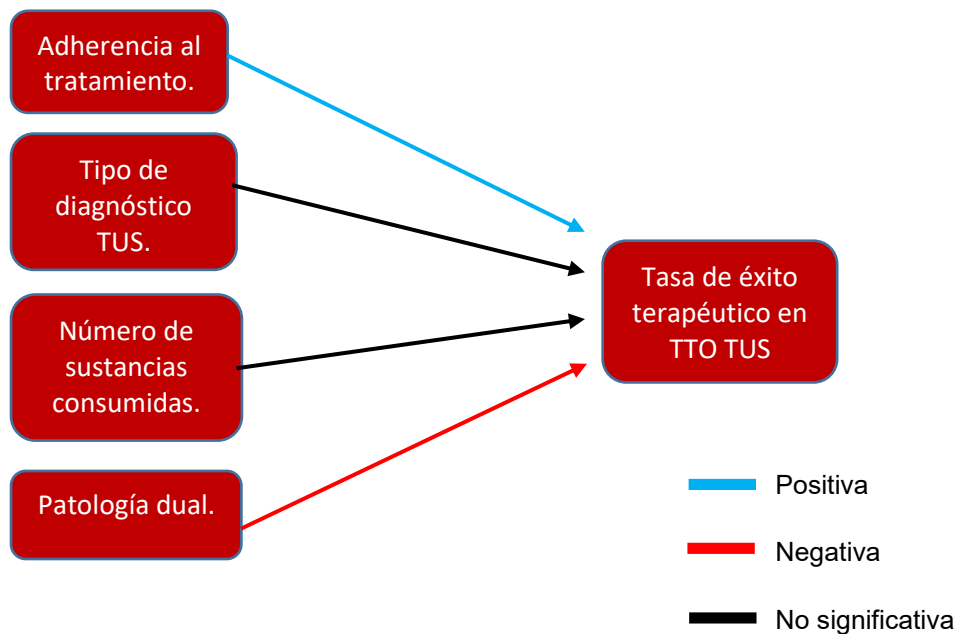


Gráfico 83: Predicciones para la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS.

Para predecir la tasa de éxito terapéutico a largo plazo observamos que la tasa de éxito en el tratamiento TUS es la única variable explicativa que muestra una capacidad predictiva, siendo esta de tipo positivo, mientras que el resto de variables no resultaron ser significativas a la hora de predecir esta variable (Gráfico 84).

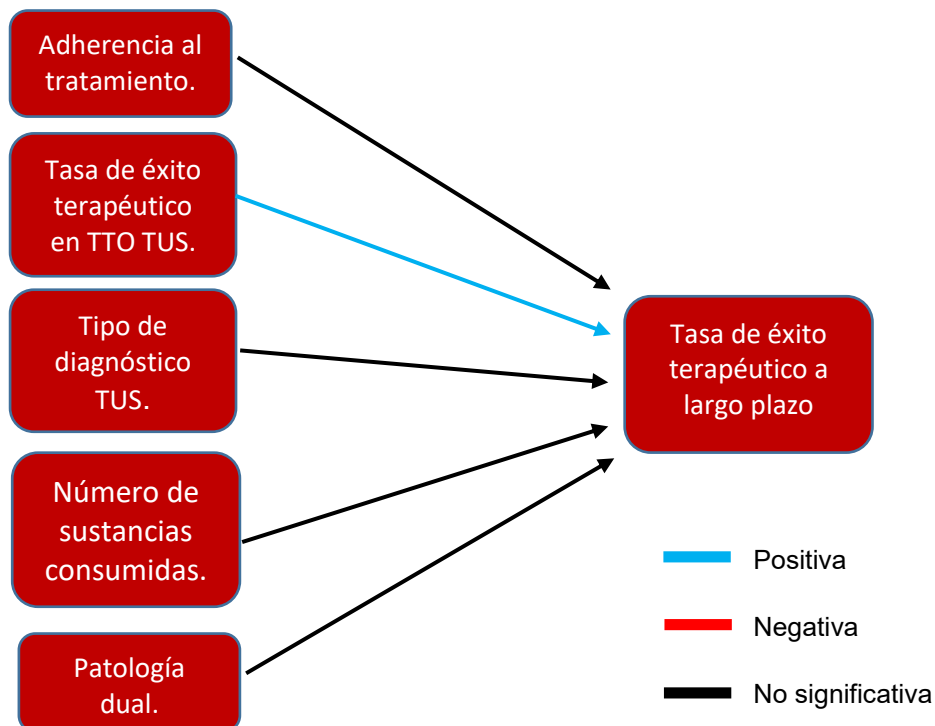


Gráfico 84: Predicciones para la tasa de éxito terapéutico a largo plazo.

En cuanto al contacto posterior con los Servicios de Neurología, la adherencia al tratamiento y la tasa de éxito en el tratamiento mostraron una capacidad predictiva negativa a la hora de predecir este criterio, mientras que el tipo de diagnóstico TUS mostró una capacidad predictiva positiva y las demás variables no aparecieron como predictores significativos (Gráfico 85).

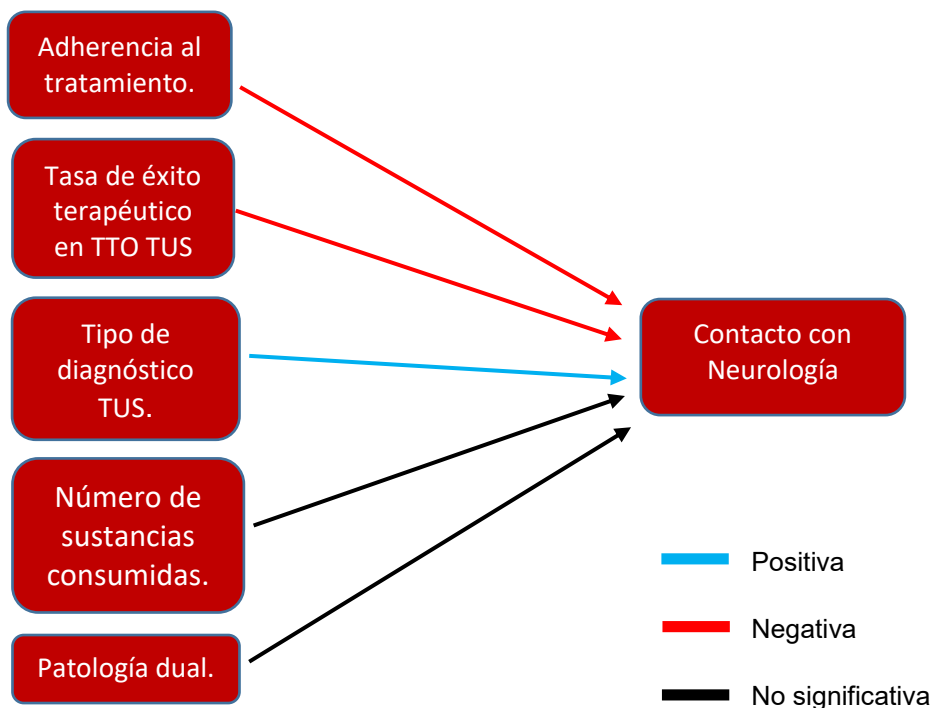


Gráfico 85: Predicciones para el contacto con los Servicios de Neurología.

Con respecto al desarrollo posterior de otro trastorno mental diferente al que se presentaba, el peso de la adherencia al tratamiento TUS fue negativo, al contrario de lo que ocurrió con el número de sustancias consumidas y con el tipo de diagnóstico TUS, cuyas predicciones con este criterio fueron positivas. La patología dual y la tasa de éxito no resultaron ser predictores para esta variable (Gráfico 86).

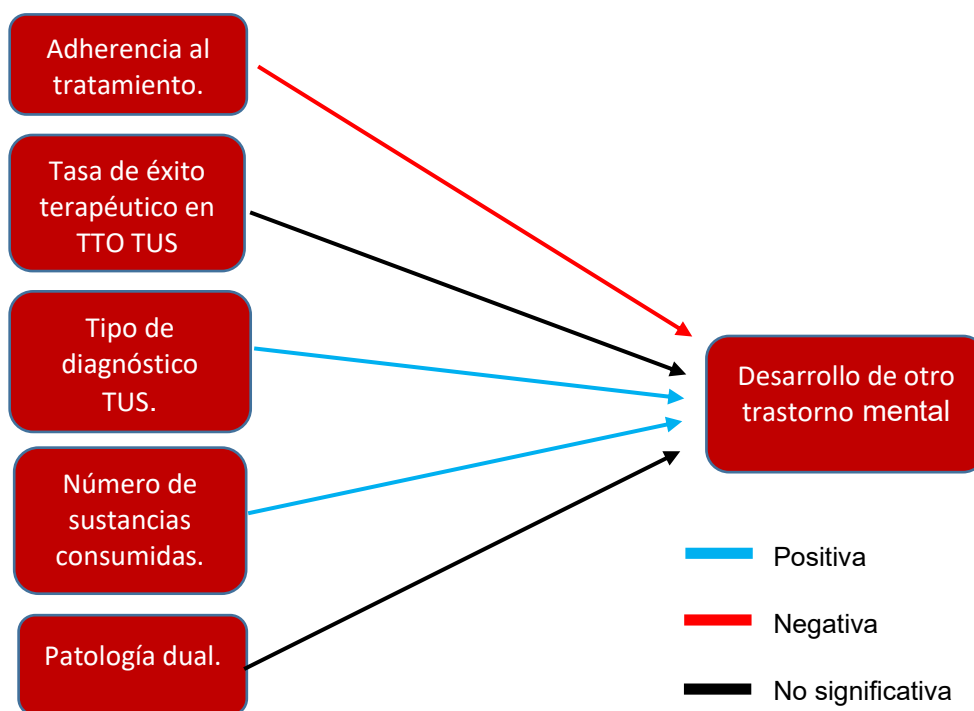


Gráfico 86: Predicciones para el desarrollo de otro trastorno mental.

Por último, para el contacto posterior con Servicios de Neurología y el desarrollo de otro trastorno mental, la adherencia mostró una capacidad predictiva significativa de tipo negativo, mientras que el resto de variables no resultaron ser predictoras para esta variable (Gráfico 87).

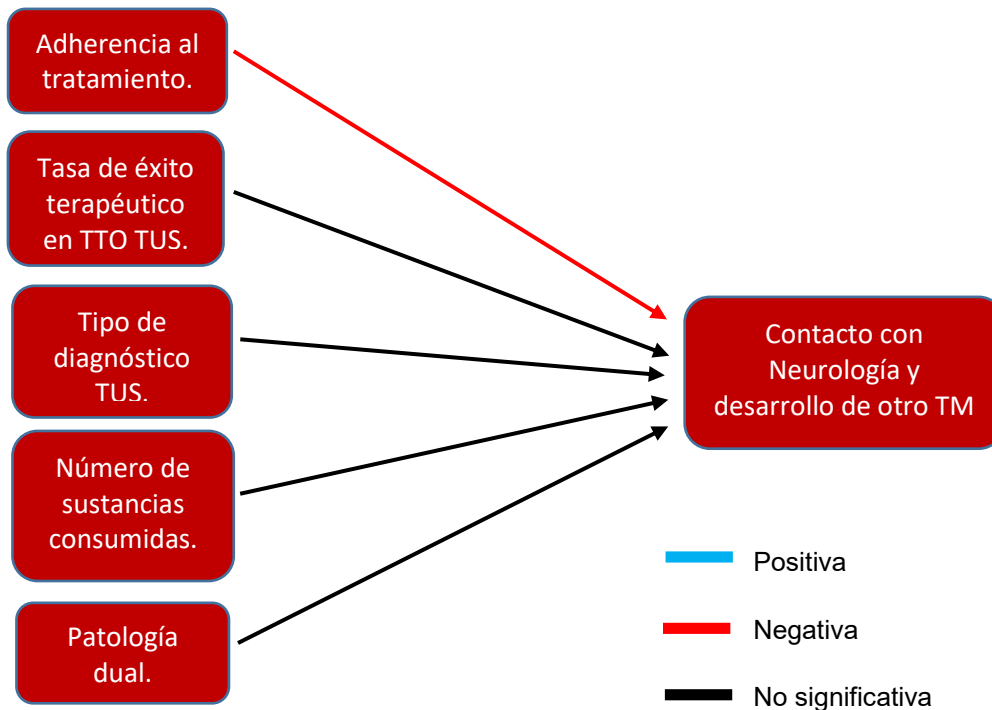


Gráfico 87: Predicciones para el contacto con los Servicios de Neurología y el desarrollo de otro trastorno mental.

6. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

6.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

6.1.1 Variables sociodemográficas

En cuanto al género y la edad en los sujetos TUS, encontramos que la muestra total está compuesta en su mayoría (81,8%) por hombres, representando las mujeres una minoría con respecto a los hombres en este tipo de trastornos. Además, la mayoría de los casos con TUS (70,7%) se encuentran en el rango de edad que va desde los 15 a los 40 años y las diferencias de género, en cuanto al TUS, no son tan acusadas para este rango de edad como para el resto. Esto podría ser debido a que es a esa edad inicial cuando mayor es el deseo de búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias y cuando los jóvenes, tanto mujeres, como hombres, suelen salir con más frecuencia los fines de semana. En cambio, para el rango de edad que va desde los 41 a los 60 años las diferencias de género son más acusadas, tal vez porque, según las costumbres predominantes de la época a la que concierne nuestro estudio, a esas edades las mujeres se hacen más sedentarias, ocupándose más del cuidado de la casa y de los hijos, y el hombre mantiene los hábitos de salida adquiridos en edades más tempranas. En general, la distribución de hombres y mujeres entre los diferentes años del periodo en estudio oscila entre el 12% y el 27% para las mujeres y el 73% y el 87% para los hombres. Como podemos ver, existe una discreta tendencia al aumento para las mujeres y, conforme pasan los años, el número de mujeres que busca tratamiento TUS crece, por tanto, las diferencias entre hombres y mujeres se van acortando lentamente.

También hemos observado que, mientras el consumo en los jóvenes está más focalizado los fines de semana, el consumo en los adultos de entre 41 y 60 años de edad se suele producir, con más frecuencia, de forma diaria.

Estos datos coinciden con lo expuesto en otros estudios, donde se concluye que las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años de edad y donde se confirma, en general, un mayor consumo entre los hombres para todos los rangos de edad, aunque las diferencias disminuyan entre los jóvenes (Plan Nacional Sobre Drogas, 2017a).

En cuanto a las diferencias de género, en lo referente al tipo de sustancias consumidas, hemos encontrado que el porcentaje de hombres es mucho mayor que el de mujeres para todas las sustancias y también en todos los rangos de edad. Además, en ambos sexos la sustancia por la que más se busca tratamiento TUS es el alcohol, seguido por la cocaína, los opioides y los cannabinoides. Esto contrasta con lo expuesto en los estudios epidemiológicos donde se concluye que los hombres tienen un mayor consumo en todas las sustancias a excepción de los sedantes, donde el porcentaje de mujeres superaría al de hombres, y que las sustancias más consumidas, obviando el tabaco, son el alcohol, los sedantes, el cannabis y la cocaína (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a).

En cuanto a la distribución de las distintas sustancias según sexo, podemos decir que, aunque los hombres tienen un mayor consumo que las mujeres para todas las sustancias, las diferentes sustancias se distribuyen de forma similar en ambos sexos y, mientras que el alcohol, los sedantes y los cannabinoides están algo más extendidos entre las mujeres, el consumo del resto de sustancias está más extendido entre los hombres. Esto, a excepción del cannabis, va en la línea de lo expuesto por el Plan Nacional sobre Drogas (2017a), donde se registra que las drogas legales se extienden más entre las mujeres y las ilegales entre los hombres.

En cuanto a las diferencias de edad en el tipo de sustancias consumidas, los resultados van también en la línea de lo encontrado por el Plan Nacional sobre Drogas (2017a). En general, la edad media de inicio en el consumo de

sustancias de la muestra total se sitúa en los 21 años y la edad media de inicio del tratamiento TUS en los 34 años. En cuanto a la edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, el más precoz es para las bebidas alcohólicas (15 años), seguido del cannabis (17 años), la cocaína y los alucinógenos (19 años) y los opioides y otros estimulantes (20 años), y el más tardío es para los sedantes (34 años). En nuestro estudio también encontramos que los cannabinoides son la sustancia más consumida por los jóvenes de entre los 12 y los 27 años (edad media de consumo 24 años), la cocaína la más consumida por las personas de entre 13 y 44 años (edad media de consumo 29 años), los opioides entre las de 17 y 44 años (edad media de consumo 32 años). Por el contrario, el alcohol aparece a lo largo de la mayor parte del ciclo vital, entre los 14 y los 66 años (edad media de consumo 42 años), y el resto de sustancias (otros estimulantes, sedantes y alucinógenos) aparecen con una cuantía mucho menor a lo largo del ciclo vital y, además, el consumo es bastante homogéneo para las todas las edades, centrándose algo más entre los 20 y los 50 años de edad (edad media de consumo entre 37 y 41 años para estas sustancias).

En la Tabla 80 hemos recogido las principales diferencias entre los resultados de los estudios epidemiológicos publicados por el Plan Nacional sobre Drogas (2017a) y nuestro estudio. Es importante tomar con cautela estas diferencias, puesto que nuestro trabajo se centra en estudiar a los sujetos de la población del Departamento de Salud de Orihuela que buscan tratamiento TUS y los estudios epidemiológicos se centran en estudiar el consumo de sustancias en los sujetos de la población general y no sólo en aquellos que buscan tratamiento TUS. Pese a estas diferencias, en cuanto a la población en la que se centran ambos estudios, vemos que, en general, los resultados son bastante similares.

Plan Nacional sobre Drogas (2017a)	Nuestro estudio (2018)
<p>Diferencias según género:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor consumo entre los hombres para todos los rangos de edad, con menos diferencia entre los jóvenes de 15 – 34 años. - Mayor consumo entre los hombres para todas las sustancias, a excepción de los sedantes donde el consumo es mayor en las mujeres. - Distribución muy similar en ambos sexos, pero entre las mujeres está más extendido el consumo de alcohol y sedantes y entre los hombres de cannabinoides, opioides, cocaína, otros estimulantes y alucinógenos. - Las diferencias de género se van acortando lentamente con el paso de los años. 	<p>Diferencias según género:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor consumo entre los hombres para todos los rangos de edad, con menos diferencia entre los jóvenes de 15 – 40 años. - Mayor consumo entre los hombres para la totalidad de las sustancias. - Distribución muy similar en ambos sexos, pero entre las mujeres está más extendido el consumo de alcohol, sedantes y cannabinoides y entre los hombres de opioides, cocaína, otros estimulantes y alucinógenos. - Las diferencias de género se van acortando lentamente con el paso de los años.
<p>Diferencias de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad media de inicio del consumo de sustancias en la población general 22 años. - Diferencias de edad en el tipo de sustancias consumidas: <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol, edad media de inicio 17 años. • Cannabis, edad media de inicio 18 años. • Cocaína, edad media de inicio 21 años. • Alucinógenos, edad media de inicio 20 años. • Opioides, edad media de inicio 22 años. • Otros estimulantes, edad media de inicio 20 años. • Sedantes, edad media de inicio 35 años. 	<p>Diferencias de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad media de inicio del consumo de sustancias en la muestra total 21 años. - Edad media de inicio del tratamiento en la muestra total 34 años. - Diferencias en el tipo de sustancias consumidas: <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol, edad media inicio consumo 15 años, edad media inicio tratamiento 42 años. • Cannabinoides, edad media inicio consumo 17 años, edad media inicio tratamiento 24 años. • Cocaína, edad media inicio consumo 19 años, edad media inicio tratamiento 29 años. • Alucinógenos, edad media inicio consumo 19 años, edad media inicio tratamiento 37 años. • Opioides, edad media inicio consumo 20 años, edad media inicio tratamiento 32 años. • Otros estimulantes, edad media inicio consumo 20 años, edad media inicio tratamiento 39 años. • Sedantes, edad media de inicio consumo 34 años, edad media inicio tratamiento 41 años.
<p>Principales sustancias consumidas en la población general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol (78%) - Sedantes (12%) - Cannabis (9%) - Cocaína (2%) 	<p>Principales sustancias consumidas en la población que busca tratamiento TUS (muestra total):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol (33%) - Cocaína (24%) - Opioides (21%) - Cannabinoides (13%)

Tabla 80. Principales diferencias entre los estudios epidemiológicos (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a) y nuestro estudio (2018).

En cuanto a la situación laboral, el 51,1% de los pacientes tenían trabajo, ya fuese fijo o provisional, y otro 31,5% estaba en paro. Esto podría deberse a la edad, es en la edad laboral (que corresponde a los 16-65 años) en la que se suele dar con más frecuencia el TUS, tanto en hombres como en mujeres. Como hemos podido observar, el porcentaje de casos con TUS jubilados es una minoría, y esto coincide con que a partir de los 60 años el porcentaje de TUS disminuye drásticamente. Por tanto, las diferencias en cuanto a la situación laboral podrían ser debidas, más bien, a la edad de los pacientes y no a su situación laboral.

En lo referente al nivel educativo, encontramos que el 52,6% de los pacientes únicamente contaban con lo que hoy en día equivale a la Educación Primaria, otro 19,9% con lo que corresponde a la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y otro 19,9% no tenían estudios. Esto va en la línea de lo expuesto en otros estudios, donde el TUS se relaciona con fracaso escolar, absentismo escolar y la baja satisfacción escolar (Barca y cols., 2011; Córdoba y cols., 2012; Khubchandani y Price, 2018). Queda por resolver si es el TUS el que favorece el fracaso escolar o si, por el contrario, es el fracaso escolar el que precipita el TUS.

En cuanto al estado civil, el 59% de los pacientes con TUS se encontraba sin pareja estable (solteros, separados o divorciados) y el 39,7% con pareja o casados. Esto va en la línea de otros estudios en los que se ha relacionado el TUS con dinámicas familiares desadaptativas, ruptura, agresión y problemas familiares (Bonay y cols., 2018; García y cols., 1986; González, 1988; Lee y cols., 2018; Pérez, 1992; Vega, 1994). Del mismo modo, queda por resolver si es el TUS el que favorece estas dinámicas desadaptativas o si, por el contrario, son este tipo de problemas los que precipitan el TUS.

Según los resultados obtenidos, el prototipo de paciente TUS sería un varón, de entre 20 y 40 años, contratado en trabajo provisional, soltero y con estudios que corresponden a la Educación Primaria (sin graduado escolar) que consume alcohol o cocaína.

6.1.2 Mortandad experimental

Al enfrentarnos ante un proyecto de investigación que se extiende hasta los 20 años de seguimiento de los mismos sujetos, consideramos, desde el inicio, que la mortandad experimental podría ser una de las limitaciones importantes del estudio. Sin embargo, nuestros hallazgos han sido, verdaderamente, alentadores porque hemos perdido sólo 244 sujetos de los 3.775 de la muestra inicial, esto es, el 6,46% (95 del grupo de baja adherencia, 83 del grupo de media adherencia y 66 del grupo de alta adherencia). De esta manera, los 3.531 sujetos en seguimiento (cerca del 94% de la muestra inicial) suponen un número lo suficientemente amplio para representar a la población objeto de estudio.

Para determinar los casos de mortandad experimental comprobamos la trayectoria de los 3.775 sujetos iniciales por la sanidad pública a fecha de inicios del 2018. Hemos constatado que han usado los servicios de salud, bien por las diferentes especialidades médicas, como por los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Los sujetos “perdidos” son aquellos que no han tenido uso alguno de estos servicios de salud pública desde el 2003 hasta el 2017.

Los posibles motivos por los que algunos pacientes no se han hallado a lo largo del tiempo serían, entre otros, que hayan accedido a la red sanitaria de ámbito privado, éxitus o traslado de domicilio a otra Comunidad Autónoma. Del mismo modo, también sería posible que algunos hayan decidido no asistir al médico, dado que este tipo de pacientes tienden al abandono de sí mismos.

6.2 TASA DE ADMISIONES A TRATAMIENTO EN LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ORIHUELA

En lo que respecta a la tasa de admisiones a tratamiento/100.000 habitantes, en general existe una tasa estable en cuanto al número de admisiones a tratamiento en la UCA de Orihuela cada año del periodo de tiempo entre 1998 y 2014.

Se observa una tendencia creciente hasta el año 2003 y una discreta tendencia decreciente hasta el año 2011 que vuelve a ascender hasta el 2013 y se estabiliza en el 2014. La tasa de admisiones a tratamiento/100.000 habitantes de la población de este Departamento de Salud en el periodo de tiempo estudiado oscila entre 98,42 y 341,48 casos/100.000 habitantes (entre 198 y 454 sujetos al año). No obstante, es importante señalar el año 1999, donde se observa el doble de casos de pacientes con TUS que buscan tratamiento con respecto al resto de los años, debido a que la UCA de Orihuela tuvo que absorber a los pacientes del CAD de Almoradí. Si tenemos en cuenta este dato, la tasa de admisiones a tratamiento/100.000 habitantes en la UCA de Orihuela durante el periodo de tiempo estudiado oscilaría entre 98,42 y 181,42 casos/100.000 habitantes (entre 198 y 279 casos al año), con una diferencia total de 81 pacientes entre el año en el cual se dieron menos admisiones a tratamiento y el año en que más se dieron. Esto coincide con lo expuesto en los principales estudios sobre el Índice de Admisiones a Tratamiento (IAT) del TUS, tanto a nivel nacional (Plan Nacional sobre Drogas, 2016), como a nivel de la Comunidad Valenciana (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018), donde se ha visto una tendencia similar a la descrita en nuestro estudio y que la tasa de admisiones a lo largo de los años se mantiene estable.

En comparación con los resultados obtenidos a nivel de la Comunidad Valenciana, en general, la tasa de admisiones a tratamiento/100.000 habitantes de la población del Departamento de Salud de Orihuela es bastante inferior y se acerca más a la tasa obtenida a nivel nacional. Con estos datos, podemos decir que la tasa de admisiones a tratamiento en la población del Departamento de

Salud de Orihuela es más baja que la de la Comunidad Valenciana en general, pero más alta que la obtenida a nivel nacional.

Si la tasa de admisiones a tratamiento en la parte sur de la Comunidad Valenciana es inferior a la obtenida en general, podemos pensar que tal vez la prevalencia de consumo de sustancias para esta zona sea también más baja que para el resto de la Comunidad Valenciana. Serían necesarios más estudios sobre prevalencia para corroborar esta afirmación.

En la Tabla 81 hemos recogido la comparación de los principales estudios sobre la tasa de admisiones a tratamiento entre los años 1998 y 2014.

Año	Tasa de admisiones a tratamiento en España (Plan Nacional sobre Drogas, 2016)	Tasa de admisiones a tratamiento en la Comunidad Valenciana (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018)	Tasa de admisiones a tratamiento en el Departamento de Salud de Orihuela (Nuestro estudio, 2018)
1998	136,35	-	181,42
1999	-	-	341,48
2000	-	-	153,39
2001	-	245,30	158,64
2002	111,72	246,34	147,81
2003	120,66	272,93	178,12
2004	114,78	281,45	159,47
2005	110,22	271,04	150,99
2006	119,79	259,20	146,79
2007	115,15	257,74	128,41
2008	112,40	271,92	120,30
2009	113,64	265,79	119,43
2010	106,55	274,28	105,47
2011	105,09	258,45	98,42
2012	110,21	234,62	113,79
2013	104,94	241,13	125,87
2014	111,72	248,98	109,92

Tabla 81. Tasa de admisiones a tratamiento TUS/100.000 habitantes entre los años 1998-2014 según los principales estudios revisados.

Con respecto al tipo de sustancia por la cual se busca tratamiento TUS, existe una tendencia a la disminución para los Opioides (F11) y los alucinógenos (F16) y una tendencia al aumento para el cannabis (F12), la cocaína (F14) y el alcohol (F10), aunque estas últimas tienden a estabilizarse en los últimos años.

La mayoría de pacientes con TUS que buscan tratamiento por consumo de opioides se observa entre los años 1998 y 2000, encontrándose en el año 1999 el pico máximo y coincidiendo éste con el año en que la UCA de Orihuela absorbe a los pacientes del CAD de Almoradí. A partir del 2000 se observa una tendencia progresiva a la disminución de esta sustancia. En cuanto al alcohol, se observa un aumento progresivo de casos con TUS que buscan tratamiento por el consumo de esta sustancia desde el año 1998 hasta el año 2009, año a partir del cual se observa una tendencia a la estabilización. En lo que se refiere a los cannabinoides, encontramos una tendencia progresiva al aumento del número de casos con TUS que buscan tratamiento con el máximo pico de casos en el año 2013 y una estabilización en el 2014. En cuanto a la cocaína, al igual que ocurre con el alcohol, se observa una tendencia al aumento entre los años 2002 y 2009 que tiende a estabilizarse a partir de este año. Este patrón de consumo máximo en el alcohol y en la cocaína entre los años 2002 y 2009 podría quedar, en parte, explicado por coincidir con años de bonanza económica, en los cuales resultaría más fácil el adquirir dichas sustancias. En los alucinógenos, desde el año 1999, se observa una tendencia descendente de casos con TUS que buscan tratamiento, y desde el año 2004 se observa una estabilización que, al igual que ocurre con los sedantes y otros estimulantes, se mantiene en porcentajes muy bajos de pacientes que buscan tratamiento TUS para este tipo de sustancias en los últimos años.

Estos resultados coinciden con lo expuesto en los estudios sobre epidemiología del consumo de drogas que ha venido realizando el Plan Nacional sobre Drogas desde el año 1995 hasta el año 2015, donde se observa una tendencia al aumento en las sustancias de alcohol, cannabis y cocaína, y una tendencia a la disminución de las sustancias de sedantes, alucinógenos, heroína y metanfetamina (otros estimulantes).

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en los estudios sobre el Índice de Admisiones a Tratamiento (IAT), encontramos datos muy similares en cuanto al tipo principal de sustancia por la que se busca tratamiento TUS (Tabla 82).

España (Plan Nacional sobre Drogas, 2016)	Comunidad Valenciana (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018)	Departamento de Salud de Orihuela Nuestro estudio (2018)
- Alcohol (36,13%)	- Alcohol (33,19%)	- Alcohol (33,45%)
- Cocaína (23,32%)	- Cocaína (22,35%)	- Cocaína (24,07%)
- Cannabis (21,51%)	- Cannabis (15,56%)	- Opioides (20,70%)
- Opioides (15,76%)	- Opioides (10,41%)	- Cannabis (12,89%)
- Otros estim. (1,93%)	- Sedantes (0,92%)	- Otros estim. (4,11%)
- Sedantes (1,67%)	- Otros estim. (0,49%)	- Sedantes (2,52%)
- Otras (0,53%)	- Otras (0,25%)	- Alucinógenos (2,31%)
- Alucinógenos (0,12%)		

Tabla 82. Tipo principal de sustancia por la que se busca tratamiento TUS según los principales estudios revisados.

6.3 TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS

6.3.1 Diagnósticos TUS

En cuanto a los diferentes tipos de diagnóstico TUS, existe un mayor porcentaje de pacientes con TUS debido al consumo de alcohol (F10), cocaína (F14) y opioides (F11) que a otro tipo de sustancias. Como ya hemos expuesto anteriormente, las drogas de consumo principal de los sujetos que buscaron tratamiento TUS entre los años 1998 y 2014, tanto para hombres como para mujeres, fueron, en orden, el alcohol, la cocaína, los opioides, los cannabinoides, otros estimulantes, los sedantes y los alucinógenos. Estos resultados van en la línea de los principales estudios revisados (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018; Plan Nacional sobre Drogas, 2016).

El hecho de que no se haya encontrado ningún caso de adicción a disolventes volátiles (F18) podría ser debido a que este tipo de sustancia no suele ser nunca la principal, sino que, de aparecer, lo suele hacer, más bien, como sustancia secundaria de consumo. En nuestro estudio no hemos encontrado ningún caso de adicción a disolventes volátiles como sustancia principal, pero sí que se han recogido tres casos como sustancia secundaria. También es posible que no se hayan encontrado apenas casos por la zona geográfica, la mayor parte de bibliografía publicada sobre este tipo de drogas encuentra altas prevalencias en países sudamericanos (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Hay poca bibliografía publicada que se centre en España, pero el consumo de esta sustancia se ha visto que es muy reducido y se da de forma esporádica (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a).

6.3.2 Diagnóstico de policonsumo

En cuanto al número de sustancias consumidas, existe un porcentaje moderado de pacientes con TUS que consume más de una.

De la muestra total de pacientes encontramos que el 42% consumía más de una sustancia tóxica al inicio del tratamiento TUS, de éstos el 80% consumía dos y el 20% tres o más. Estos resultados se asemejan a los encontrados en otros estudios, los cuales hemos recogido en la Tabla 83. La alta diferencia que

se observa con respecto al resultado obtenido en el estudio de Martin y cols. (1993), podría ser debida a que en su estudio se utilizó una muestra de pacientes en tratamiento hospitalario donde, como hemos visto, las tasas de policonsumo son bastante más elevadas que en muestras de pacientes en tratamiento ambulatorio o de la población general (De Andrés-Muñoz, 2017; Ordóñez-Manchero, 2017; Timko y cols., 2017).

Estudio	% policonsumo
Martin y cols. (1993)	96%
Riquelme y cols. (2012)	42%
EDADES (2015)	41%
De Andrés-Muñoz (2017)	59%
Ordóñez-Manchero (2017)	46%
Timko y cols. (2017)	51%
Nuestro estudio (2018)	42%

Tabla 83. Porcentaje de policonsumo en los principales estudios revisados.

6.3.3 Patología Dual

En cuanto a la presencia de patología dual en los pacientes con TUS, encontramos que existe un porcentaje moderado que presenta patología dual, sobre todo con diagnósticos F60-69 (trastornos de personalidad), F40-49 (trastornos de ansiedad) y F30-39 (trastornos afectivos).

De forma específica, hemos encontrado que el 38% de la muestra total de pacientes con TUS presentaba patología dual. De los pacientes con patología dual el 33% presentaba un F60-69 (trastornos de personalidad), el 22% un F40-49 (trastorno de ansiedad), el 15% un F30-39 (trastorno afectivo), el 14% un F20-29 (trastorno psicótico), el 7% un F50-59 (trastornos de la alimentación), el 5% un F70-79 (retraso mental) y el 4% un F90-99 (trastornos de inicio en la infancia o en la adolescencia). No se ha encontrado ningún caso con diagnóstico F80-89 (trastorno del desarrollo psicológico) comórbido al TUS, el hecho de que no se

haya encontrado podría ser debido a que este tipo de diagnósticos suele estar muy infradiagnosticado y, de hacerse estos diagnósticos, se suelen realizar a edades muy tempranas y desde los centros escolares o desde la red sanitaria de ámbito privado (Palomero, 2005), siendo pacientes que, dada su patología base, están muy controlados, tanto desde el medio familiar, como del institucional.

Estos resultados van en la línea de lo expuesto en otros estudios sobre patología dual. En la Tabla 84 hemos recogido una comparativa sobre el porcentaje de la población TUS con patología dual, según los principales estudios revisados. La alta diferencia encontrada con respecto al estudio realizado por Ordóñez-Manchero (2017) podría explicarse debido a que, en este estudio, parte de la muestra de pacientes estuvo en régimen de tratamiento hospitalario, donde las tasas de prevalencia de patología dual son también más elevadas que en otros tipos de población (Goeb y cols., 2000; Pereiro, 2010; Roncero y cols., 2013b; Xie y cols., 2005).

Estudio	% casos TUS con patología dual
ECA (Reiger y cols., 1990)	53%
NCSR (Kessler y Merikangas, 2004)	15%
Gual (2007)	34%
Szerman y cols. (2011)	34%
De Andrés-Muñoz (2017)	57%
Ordóñez-Manchero (2017)	74%
Nuestro estudio (2018)	38%

Tabla 84. Porcentaje de patología dual entre los pacientes con TUS según los principales estudios revisados.

En la Tabla 85 hemos recogido los porcentajes de las categorías diagnósticas que se asocian con más frecuencia al TUS según los principales estudios revisados.

Categorías diagnósticas	NCSR (Kessler y Merikangas, 2004)	NESARC (Huang y cols., 2006)	Gual (2007)	Szerman y cols. (2011)	De Andrés-Muñoz (2017)	Ordóñez-Mancheno (2017)	Nuestro estudio (2018)
F20-29	11%	-	3%	10%	9%	21,1%	14%
F30-39	22%	20%	21,6%	49%	21%	51,9%	15%
F40-49	21%	18%	11,7%	-	-	56,4%	22%
F50-59	-	-	-	-	-	-	7%
F60-69	30%	48%	-	34%	15%	37,6%	33%
F70-79	-	-	-	-	-	-	5%
F80-89	-	-	-	-	-	-	0%
F90-99	-	-	-	-	7%	-	4%

Tabla 85. Porcentaje de categorías diagnósticas más frecuentemente asociadas al TUS según los principales estudios revisados.

En cuanto al tipo específico de diagnóstico mental asociado al TUS, encontramos que nuestros resultados son similares a los obtenidos en otros trabajos donde se ha tratado de valorar la patología dual según el tipo específico de diagnóstico asociado al TUS.

De forma específica los principales resultados en nuestro estudio han sido los siguientes:

En la categoría F20-29, la esquizofrenia es la protagonista con un 83% de los casos.

En la categoría F30-39, el trastorno depresivo recurrente cuenta con 33% de los casos, el episodio depresivo con un 21% y el trastorno bipolar con un 15%.

En la categoría F40-49, el trastorno de ansiedad fóbica cuenta con un 17%, el trastorno mixto de ansiedad y depresión con un 16%, el trastorno de adaptación con un 15% y el trastorno de pánico y de ansiedad generalizada con un 14% del total de los casos diagnosticados en esa categoría.

En la categoría F50-59, la bulimia nerviosa cuenta con un 57% de los casos y la anorexia nerviosa con un 43%.

En la categoría F60-69, destaca el trastorno de hábitos y control de los impulsos con un 40% del total de los casos, el trastorno límite de personalidad con un 21% y el trastorno disocial con un 15%.

En la categoría F70-79, el retraso mental leve cuenta con el 87% del total de casos.

Y en la categoría F90-99, los trastornos hipercinéticos ocupan el 100%.

En la Tabla 86 hemos recogido los principales estudios revisados.

Trastornos	Estudios
Trastorno de pánico TEPT TAG Fobia social	- Arias y cols., 2013 - Cruz y cols., 2017 - Fatséas y cols., 2010 - Fernández-Marcote y cols., 2011 - Torrens y cols., 2015
Depresión	- Burjalieva, 2016 - Gao y cols., 2018 - Torrens y cols., 2015
Trastorno bipolar	- Arias y cols., 2013 - Arias y cols., 2014, 2017 - Torrens y cols., 2015
Esquizofrenia	- Arias y cols., 2015 - Bernabarre, 2014 - Gurriarán y cols., 2018 - Torrens y cols., 2015 - Vallersnes y cols., 2016 - Verdoux y cols., 1996
TDAH	- Gratch, 2009 - Ohlmeier y cols., 2009 - Ros y cols., 2004 - Ros, 2014 - Torrens y cols., 2015 - Wilens, 2014
Trastornos de la personalidad límite y antisocial	- Arias y cols., 2013 - Ferre y cols., 2011 - Langas y cols., 2012 - Torrens y cols., 2015
Bulimia nerviosa y Anorexia nerviosa	- Torrens y cols., 2015

Tabla 86. Principales estudios revisados sobre diagnósticos específicos asociados al TUS.

6.3.4 Coincidencia de los diagnósticos TUS con otras categorías diagnósticas comórbidas.

En general, los sedantes son las sustancias que se asocian con mayor frecuencia a la presencia de patología dual (con el 93% de los casos F13 que presentan patología dual), seguidos por otros estimulantes (86%) y los alucinógenos (79%). El resto de sustancias (alcohol, opioides, cannabinoides y cocaína) se asocian con menor frecuencia, y de manera similar, a la presencia de patología dual (entre el 29 y el 36%).

El alcohol se asocia con mayor frecuencia a los diagnósticos F30-39 (43%), F40-49 (37%) y F60-69 (32%).

Los opioides se relacionan más con las categorías F60-69 (22%) y F50-59 (19%).

Los cannabinoides se asocian más con las categorías F90-98 (14%), F20-29 y F30-39 (13%).

En cuanto a los sedantes, observamos que se asocian más con la categoría F40-49 (12%).

La cocaína se asocia más con las categorías F60-69 (27%) y F40-49 (24%).

Otros estimulantes se asocian más a las categorías F90-98 (28%) y F50-59 (25%).

Finalmente, los alucinógenos se asocian más a las categorías F50-59 (15%) y F70-79 (13%).

Viendo estas asociaciones podemos intuir que, el hecho de que los sedantes, otros estimulantes y alucinógenos se asocien con mayor frecuencia a la patología dual, podría ser debido a que los pacientes con TUS con adicción a los sedantes estén utilizando estas sustancias a la hora de paliar síntomas de ansiedad, los pacientes con TUS con adicción a otros estimulantes estén utilizando estas sustancias como forma de automedicación (Casas, Pérez de los Cobos, Salazar y Tejero, 1992), ante la hiperactividad y para disminuir la

sensación de hambre, y los pacientes con TUS con adicción a los alucinógenos estén utilizando estas sustancias para disminuir, también, la sensación de hambre o distraerse. Sería necesaria la realización de nuevos estudios que pudiesen dilucidar mejor las posibles relaciones que se han encontrado entre estas tres sustancias y la patología dual. No obstante, existe bibliografía al respecto de estas asociaciones entre la adicción a los sedantes y los trastornos de ansiedad (Herrera, Gara, de la Rosa y Hernández, 2011), la adicción a los estimulantes y los trastornos de la conducta alimentaria (Torrens y cols., 2015), la adicción a los estimulantes y el TDAH (Gratch, 2009; Ros, Valoria y Nieto, 2004; Ros, 2014) y la adicción a los alucinógenos y los trastornos de la conducta alimentaria (Vaz, Peñas y Guisado, 2013).

6.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO

En cuanto a la variable de adherencia al tratamiento, existe un porcentaje elevado de pacientes con niveles de adherencia al tratamiento baja o media.

Según los resultados, sólo cerca del 35% de los pacientes con TUS, atendidos durante el periodo de tiempo estudiado, mantuvo el nivel de adherencia alta y cerca del 65% mantuvo unos niveles de adherencia media y baja. Estos resultados van en la línea del estudio realizado por Roncero y cols. (2013b), donde se observó que sólo el 32% de los pacientes con TUS atendidos mostraron un nivel de adherencia al tratamiento alta y que el otro 68% no mantuvo un nivel adecuado, siendo incumplidores parciales o totales. En contraste, nuestros resultados se alejan bastante de los encontrados por De Andrés-Muñoz (2017), donde los porcentajes encontrados se invierten y se observa un nivel de adherencia alta en el 64% de los pacientes y un nivel de adherencia medio o bajo para el 36%. Estas diferencias pueden ser debidas a que el estudio de De Andrés-Muñoz se realizó, únicamente, con aquellos pacientes que finalizaron el tratamiento de deshabituación, descartando a aquellos que decidieron abandonar el mismo en las primeras fases.

En la Tabla 87 hemos recogido una comparativa entre los principales estudios revisados.

	Adherencia al tratamiento		Éxito terapéutico durante tratamiento TUS	
	Adherencia alta	Adherencia media y baja	Alta terapéutica	Abandono tratamiento
Sánchez-Hervás y cols. (2010)	-	-	49%	51%
Roncero y cols. (2013b)	32%	68%	-	-
De Andrés-Muñoz (2017)	64%	36%	70%	17%
Nuestro estudio (2018)	35%	65%	18%	82%

Tabla 87. Principales estudios revisados sobre adherencia al tratamiento y la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento TUS.

Nuestro estudio viene a apoyar la idea de que, en general, los pacientes con TUS mantienen una adherencia baja o media al tratamiento que dificulta el tratamiento del TUS y provoca, según lo expuesto en otros estudios, la recaída en el consumo de las sustancias, el abandono del tratamiento y la reagudización de los síntomas psicopatológicos (Roncero y cols. 2013b).

En lo que se refiere a la variable tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento, observamos que existe un porcentaje elevado de pacientes que abandona el tratamiento TUS de forma prematura antes de recibir el alta terapéutica.

De los 3531 pacientes que estuvieron en tratamiento TUS en la UCA de Orihuela, desde el año 1998 hasta el año 2014, sólo el 18% recibió el alta terapéutica y el 82% restante abandonó el tratamiento antes de recibir el alta. Un 28% abandonó el tratamiento antes de cumplir los 7 meses, otro 28% lo hizo entre los 7 y los 12 meses y el 26% restante lo abandonó entre los 13 y los 17 meses.

Nuestros resultados van en la línea de lo encontrado ya en otras investigaciones: en los pacientes con TUS son más frecuentes los abandonos del tratamiento que el número de altas por remisión (Sánchez-Hervás y cols., 2010; Valero y cols., 2013) y, de nuevo, en contra de lo encontrado en el estudio de De Andrés-Muñoz (2017), donde se vuelven a invertir los porcentajes y se encuentra que un 70% de los pacientes reciben el alta terapéutica y sólo un 17% abandonan el tratamiento de forma prematura.

Teniendo en cuenta los datos, podemos pensar que el tiempo necesario para realizar un tratamiento eficaz es muy largo y que alcanzar el alta terapéutica requiere un esfuerzo y empeño que no todos están dispuestos a realizar. Esto provocaría que las tasas de abandono sean superiores a las de alta terapéutica, lo que puede estar haciendo que muchos pacientes, que podrían beneficiarse más que otros del tratamiento TUS, estén recibiendo un nivel mínimo e ineficaz de asistencia especializada, dado que la saturación de los servicios, debida a la

alta demanda en cuanto a primeras citas, provoca un aumento considerable del tiempo que pasa entre las citas de seguimiento.

En cuanto a la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, en general, aproximadamente el 50% de los pacientes con TUS vuelve a contactar por consumo de sustancias durante los 5 años posteriores al tratamiento.

Concretamente, en nuestro estudio, el 49% de los pacientes ha vuelto a contactar por consumo de sustancias durante los 5 años posteriores al tratamiento TUS. Estos resultados van en la línea de otros trabajos, donde se han estudiado las tasas de recaída en el consumo de sustancias, que indican que las recaídas se dan entre el 40% y el 70% de los casos con TUS tratados (Grau-López y cols., 2012; McLellan y cols., 2000; Sánchez-Hervás y cols., 2010; Swett y Noones, 1989).

En la Tabla 88 hemos recogido las tasas de recaída en algunas enfermedades crónicas según los resultados de los principales estudios revisados sobre enfermedad crónica (Grau-López y cols., 2012; McLellan y cols., 2000; NIDA, 2014; Sánchez de Cos y cols., 2015).

Enfermedad crónica	% de recaída
Diabetes Tipo I	30 a 50%
Hipertensión	50 a 70%
Asma	50 a 70%
Cáncer	30 a 80%
TUS	40 a 70%

Tabla 88. Porcentaje de recaída en las diferentes enfermedades crónicas.

Como podemos observar, las tasas de recaída para los pacientes con TUS son similares a las tasas de recaída de los pacientes con otras enfermedades crónicas bien conocidas, como la diabetes, la hipertensión, el cáncer y el asma, que también tienen componentes, tanto fisiológicos, como de

comportamiento. El tratamiento de las enfermedades crónicas implica cambiar conductas que están profundamente arraigadas y la recaída no significa que el tratamiento haya fracasado. Por tanto, para una persona que se recupera de la adicción recaer en el consumo de drogas tampoco implicaría un fracaso del tratamiento, sino más bien indicaría que tiene que retomar o ajustar, no sólo el tratamiento, sino también su estilo de vida.

En cuanto a las relaciones entre estas variables, la baja adherencia al tratamiento se asocia con una menor tasa de éxito durante el tratamiento TUS (abandono del tratamiento) y con una menor tasa de éxito a largo plazo (recaída en el consumo de sustancias durante los 5 años posteriores al tratamiento TUS).

En lo referente a la adherencia, observamos que el nivel de alta adherencia es el que más se relaciona con el alta terapéutica, con un 44,2% de pacientes que reciben el alta y con casi el 98% que permanecen en tratamiento durante más de 12 meses. En los otros dos niveles de adherencia encontramos porcentajes mucho menores de pacientes que permanecen en tratamiento más de 12 meses: 21,5% (adherencia media) y 5,3% (adherencia baja). Con estos resultados podemos decir que mantener un nivel de adherencia alta durante el tratamiento TUS es un factor importante si pretendemos mejorar las tasas de éxito del mismo.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio señalan que el nivel de adherencia alta también es el que más se asocia con mejores tasas de éxito terapéutico a largo plazo. El 70% de los pacientes con adherencia alta no vuelve a contactar por consumo de sustancias durante 5 años después de haber estado en tratamiento. Este nivel de adherencia es el único que consigue reducir las tasas de contacto por consumo por debajo del 50%. Si comparamos el TUS con otra enfermedad crónica, por ejemplo, el cáncer, encontramos que, tanto los porcentajes de recaída, como el tiempo necesario para considerar su remisión, coinciden en gran medida. Por tanto, con estos datos podemos decir que el tiempo necesario para considerar que el TUS ha remitido de forma total y sostenida es de 5 años sin que se haya dado una recaída en el consumo de

sustancias y que, para ello, mantener una adherencia alta durante el tratamiento TUS sería lo más óptimo.

En cuanto a la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento TUS, hemos encontrado que los grupos que permanecen más de 12 meses en tratamiento y que reciben el alta terapéutica son los que se asocian a mayores tasas de éxito a largo plazo y lo únicos en los que la tasa de consumo por consumo de sustancias se reduce por debajo del 50%. Estos datos indican que el permanecer como mínimo 12 meses en tratamiento TUS es una condición importante a la hora de disminuir el riesgo de recaída en el consumo de sustancias y lograr la remisión total y sostenida del TUS, siendo lo óptimo el recibir el alta terapéutica.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio van en la línea de lo encontrado en otros estudios, donde se observa que la baja adherencia al tratamiento se relaciona con menores tasas de éxito durante el tratamiento TUS (López-Goñi y cols., 2011; Zamora, 2014) y que también lo hace directamente con la evolución postratamiento (Dilla y cols., 2009; Guardia y cols., 2000).

Considerado que el alta terapéutica se consigue en el 70% de los pacientes que mantienen alta adherencia al tratamiento y que el éxito terapéutico a largo plazo se logra en el 82,9% de los pacientes que reciben el alta terapéutica y en el 57,6% de los pacientes que se mantienen en tratamiento durante por lo menos 12 meses, podemos decir que el concepto de adherencia al tratamiento en el TUS tiene que ver con que se mantenga la abstinencia a las sustancias durante el tratamiento, sin que se produzcan caídas en el consumo, y que el concepto de éxito terapéutico se refiere a permanecer en el tratamiento TUS, sin producirse abandonos del mismo (recaídas), y a mantener los resultados del tratamiento durante los cinco años posteriores. El nivel óptimo de adherencia al tratamiento, que se relaciona con mayor éxito terapéutico, es, por tanto, la adherencia alta. Y, para considerar que existe una alta adherencia al tratamiento, el paciente debe obtener un mínimo del 70% del total de las muestras de orina limpias y/o de los test de aliento y cumplir la toma de la medicación, como mínimo, también en un 70%. Del mismo modo, para considerar que el

tratamiento TUS ha tenido éxito, el paciente debe permanecer en él, como mínimo, 12 meses sin presentar recaídas o abandonos y, además, estos resultados deben mantenerse durante los cinco años siguientes.

Las tasas de éxito terapéutico de los pacientes con TUS son elevadas cuando éstos cumplen el tratamiento y, por tanto, las dificultades encontradas en el tratamiento del TUS están en los niveles de adherencia al tratamiento mantenidos por los pacientes y no tanto en las tasas de éxito que se logran con el mismo.

Sería interesante la realización de otras investigaciones en las que se valorase qué otros componentes pueden estar relacionados, y de qué forma, tanto con la adherencia al tratamiento, como con las tasas de éxito terapéutico. Algunos de estos factores podrían ser el régimen de tratamiento (hospitalario/ambulatorio), el apoyo social percibido, la decisión de acudir a tratamiento (propia/ajena), el grado de cumplimiento del tratamiento psicológico, el grado de funcionalidad recuperado por los pacientes, si se consigue la reinserción social, etc.

Las relaciones encontradas entre la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico se podrían interpretar de la siguiente manera:

La baja adherencia al tratamiento interfiere a la hora de alcanzar el éxito terapéutico durante el tratamiento TUS, aumentando los abandonos del mismo, y a largo plazo, favoreciendo la recaída en el consumo de sustancias. La adherencia al tratamiento influiría de forma indirecta sobre la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, a través de la tasa de éxito durante el tratamiento TUS, pero también lo haría de forma directa.

En el Gráfico 88 podemos observar nuestra propuesta en cuanto a la relación entre estas variables.

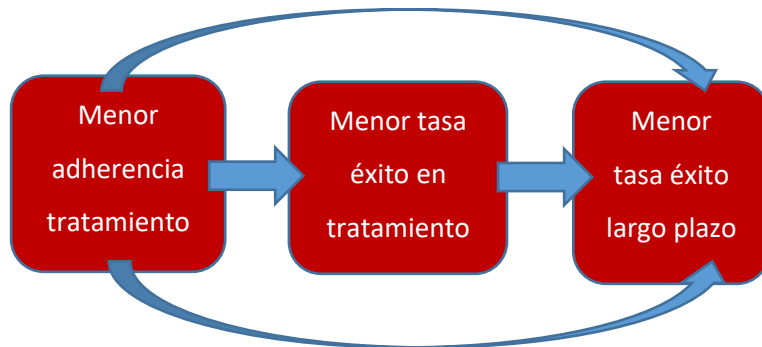


Gráfico 88: Propuesta de relación entre la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.

Conocer de qué manera influye la adherencia al tratamiento en las tasas de éxito terapéutico, y de qué factores puede depender esta relación, nos permitiría diseñar programas terapéuticos dirigidos a mejorar los niveles de adherencia al tratamiento y, por tanto, lograr una mayor eficacia de los tratamientos TUS, disminuyendo el porcentaje de abandono y el número de recaídas, tanto en el consumo de la sustancia, como en la instauración de la propia enfermedad del TUS.

6.5 RELACIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LAS TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO

6.5.1 Tipologías diagnósticas TUS y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.

En cuanto a los tipos de diagnóstico TUS y su relación con la adherencia al tratamiento, encontramos que el tipo de diagnóstico TUS sí se relaciona con la adherencia al tratamiento, por tanto, según el tipo de sustancia consumida, existen diferencias en cuanto al nivel de adherencia. No obstante, la relación encontrada ha sido muy baja.

La sustancia que más se ha asociado con niveles de adherencia media y baja han sido los sedantes con sólo un 20,2% de pacientes adictos a estas sustancias con alta adherencia. Por el contrario, las sustancias que más se han asociado a la alta adherencia han sido los cannabinoides. El resto de sustancias se han asociado de manera muy similar a los diferentes niveles de adherencia.

Los resultados obtenidos siguen la línea de estudios anteriores en los que existen discrepancias a la hora de establecer si la sustancia principal de consumo influye en la adherencia al tratamiento (De Andrés-Muñoz, 2017; López-Goñi y cols, 2011; Valero y cols., 2013; Zamora, 2014). Aunque en nuestro estudio sí que se han encontrado diferencias entre algunos de los diagnósticos TUS con la adherencia al tratamiento, éstas son muy discretas.

Según nuestros resultados, el tipo de diagnóstico TUS se relaciona también con la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento o, lo que es lo mismo, con el abandono del tratamiento. Al igual que ocurría para la adherencia al tratamiento, según el tipo de diagnóstico TUS que presente el paciente existirá mayor o menor probabilidad de abandonar el tratamiento TUS, aunque las diferencias encontradas son muy pequeñas.

En este caso las sustancias que más se han asociado al abandono del tratamiento han sido también los sedantes y las que más se han asociado con el alta terapéutica los cannabinoides.

Aunque en nuestro estudio sí que se ha encontrado una leve relación entre el diagnóstico TUS y la tasa de éxito terapéutico, los resultados obtenidos también siguen la línea de estudios anteriores en los que existen discrepancias a la hora de establecer si la sustancia principal de consumo influye en la tasa de éxito terapéutico o el abandono del tratamiento (De Andrés-Muñoz, 2017; López-Goñi y cols, 2011).

Debido a que las relaciones del tipo de diagnóstico TUS con la adherencia al tratamiento y la tasa de éxito durante el tratamiento ha sido mínima y que, además, el porcentaje de pacientes con diagnóstico de TUS por sedantes corresponde, únicamente, al 2,5% del total de la muestra, nos parece precipitado asumir la relación existente entre dichas variables. Por ello, consideramos que sería necesario el desarrollo de nuevos trabajos que trataran de esclarecer la posible relación entre ellas.

En cuanto a la relación del tipo de diagnóstico TUS con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, hemos encontrado que no existe una relación entre las variables. Por tanto, los diferentes tipos de diagnóstico TUS tienen la misma probabilidad, cercana al 50%, de volver a contactar por consumo de sustancias en los cinco años siguientes al tratamiento.

No hemos encontrado otros estudios que se centren en estudiar las probabilidades de recaída en el consumo de sustancias según el tipo principal de sustancia consumida durante el tratamiento. Pensamos que sería útil que se realizaran otras investigaciones en esta línea para contar con mayor apoyo empírico a nuestra hipótesis.

En lo referente al tipo de diagnóstico TUS y su relación con el número de sustancias consumidas, encontramos que ambas variables están relacionadas.

Según nuestros resultados, las drogas que más se asocian con el consumo de tres o más sustancias son los cannabinoides, la cocaína y el alcohol, mientras que las que más se asocian con el consumo de una única sustancia son los sedantes, el alcohol y los alucinógenos.

Estos resultados van en la línea de los resultados expuestos por el Plan Nacional sobre Drogas (2017a), donde se concluye que el alcohol, la cocaína y los cannabinoides son las sustancias que con mayor frecuencia se combinan y que en la población monoconsumidora (consumo de una única sustancia) se registran prevalencias de consumo de drogas ilegales más bajas, siendo el alcohol la sustancia más extendida, seguida del tabaco y de los hipnosedantes (el 4,7% de aquellos que consumieron una única sustancia tomó sedantes, mientras que en nuestro estudio lo hizo el 3,4%). Nuestros resultados también concuerdan con otros estudios donde se ha visto que el alcohol, la cocaína y los cannabinoides son las sustancias que con más frecuencia se asocian al policonsumo (Blanco-Álvarez y cols., 2015; Murillo, 2013).

6.5.2 Relación del policonsumo con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.

En cuanto al policonsumo de sustancias, encontramos que se asocia con tasas bajas de adherencia al tratamiento y con menores tasas de éxito del mismo.

Hemos encontrado que consumir una única sustancia es la cantidad que más se asocia con el nivel de alta adherencia. El 50% de los pacientes que consumen una sustancia mantiene una alta adherencia al tratamiento. En cambio el consumo de tres o más sustancias es la cantidad que más se asocia a la baja adherencia (con un 75% de sujetos en este nivel). Con estos resultados podemos decir que, a la hora de mejorar los niveles de adherencia al tratamiento, es importante reducir el número de sustancias que consumen los pacientes, siendo lo idóneo consumir solamente una.

En nuestro estudio también hemos encontrado que el consumo de una única sustancia es la cantidad que más se asocia con mejores tasas de éxito durante el tratamiento TUS. Los pacientes que consumen una única sustancia tienen más probabilidad de permanecer en el tratamiento más de 12 meses y conseguir el alta terapéutica. Si lo que se pretende es mejorar las tasas de éxito durante el tratamiento TUS, es importante tener en cuenta esta asociación.

Por último, el consumo de una única sustancia también es la cantidad que más se asocia al éxito terapéutico a largo plazo, siendo la única cantidad que consigue reducir las tasas de consumo por debajo del 50% durante los 5 años siguientes al tratamiento. Para mejorar las tasas de éxito terapéutico a largo plazo, también será importante reducir el número de sustancias consumidas por los pacientes con TUS durante el tratamiento.

Los resultados obtenidos van en la línea de lo encontrado en otros estudios, donde se observa que el consumo de más de una sustancia se asocia a la baja adherencia al tratamiento (Ahmadi y cols., 2009; Albiach y cols., 1998; Bilici y cols., 2014; De Andrés-Muñoz, 2017; Domínguez-Martín y cols., 2008; Roncero y cols., 2012; Silva y cols., 2004; Wang y cols., 2017), a más gravedad del TUS, al abandono del tratamiento y a un peor pronóstico con frecuentes recaídas en el consumo (Albiach y cols., 1998; Domínguez-Martín y cols., 2008; Marín-Madrigal y cols., 2018; Roncero y cols., 2012; Silva y cols., 2004; Wang y cols., 2017).

Es todavía necesaria la realización de nuevos estudios que traten de conocer mejor las relaciones que puede haber entre las tasas de éxito terapéutico y el número de sustancias consumidas, de manera que se pudiesen idear intervenciones con la finalidad de aumentar estas tasas y poder optimizar, por tanto, los tratamientos TUS. Teniendo esto en cuenta, sería interesante también la realización de otros estudios que tratasen de valorar las características de los sujetos que tienen tendencia al policonsumo, con la finalidad de intentar promover la conciencia del problema y elaborar intervenciones que puedan ajustarse mejor a este tipo de pacientes con TUS.

6.5.3 Patología dual y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.

6.5.3.1 Patología dual en general

En cuanto a la relación de la patología dual con la adherencia al tratamiento, las tasas de éxito terapéutico y el policonsumo encontramos que los pacientes con patología dual presentan una menor adherencia al tratamiento,

una menor tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, y a largo plazo, y consumen un mayor número de sustancias.

Concretamente, observamos que:

Mientras el grupo de alta adherencia está conformado en su 88% por pacientes sin patología dual, el grupo de baja adherencia está constituido en su 83% por pacientes duales.

Mientras que los grupos que permanecen en tratamiento durante más de 12 meses y reciben el alta terapéutica están conformados en su 79% y 86%, respectivamente, por pacientes sin patología dual, los grupos que abandonan el tratamiento antes de los 7 y 12 meses contienen un 67% y 40% de pacientes duales, respectivamente.

Mientras que el 60% de los pacientes sin patología dual no vuelve a contactar por consumo de sustancias durante los 5 años posteriores al tratamiento TUS, el 56% de los pacientes duales sí lo hace.

Mientras que el 66,5% de los pacientes sin patología dual consumen una única sustancia, el 56% de los pacientes duales son policonsumidores.

Nuestros resultados van en la línea de otros estudios donde se ha relacionado la presencia de patología dual con la baja adherencia al tratamiento (De Andrés-Muñoz, 2017; Fernández Montalvo y cols. 2004; López-Goñi y cols. 2011; Pantalón y cols., 2014; Roncero y cols., 2013b), con las bajas tasas de éxito terapéutico durante el tratamiento o las altas tasas de abandono del mismo (Bilici y cols., 2014; Brown, 2005; De Andrés-Muñoz, 2017; Marín-Madrigal y cols., 2018; Pantalón y cols., 2014; Roncero y cols. 2013b; Samet y cols., 2013; Sánchez-Hervás y cols., 2010; Wang y cols., 2017) y con el policonsumo de sustancias (Albiach y cols. 1998; Domínguez-Martín y cols. 2008; Roncero y cols. 2012; Silva y cols. 2004).

Que estas variables están relacionadas queda bastante claro en lo aportado por los diferentes estudios realizados al respecto. No obstante, hay pocas investigaciones que traten de valorar de qué manera estas variables se

asocian. Estos datos podrían ser muy valiosos a la hora de diseñar los diferentes tratamientos TUS ya que, conociendo cómo afecta la patología dual a la adherencia al tratamiento y a las tasas de éxito terapéutico, se podría tratar de disminuir su efecto, mediante el tratamiento directo de la patología dual, o mediante la creación de nuevos tratamientos que se ajustasen mejor a las peculiaridades de estos pacientes.

Las relaciones encontradas entre estas variables se podrían interpretar de la siguiente manera, teniendo en cuenta, y cumplimentando, la propuesta que aportamos anteriormente (página 264): el tipo de diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual son variables que se relacionan entre ellas y que podrían dificultar la adherencia al tratamiento y, a través de ésta, interferir también a la hora de alcanzar el éxito terapéutico durante el tratamiento TUS, aumentando los abandonos del mismo, y a largo plazo, favoreciendo la recaída en el consumo de sustancias. La adherencia al tratamiento influiría de forma indirecta sobre la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, a través de la tasa de éxito durante el tratamiento TUS, pero también lo haría de forma directa. Hemos recogido el modelo en el Gráfico 89.

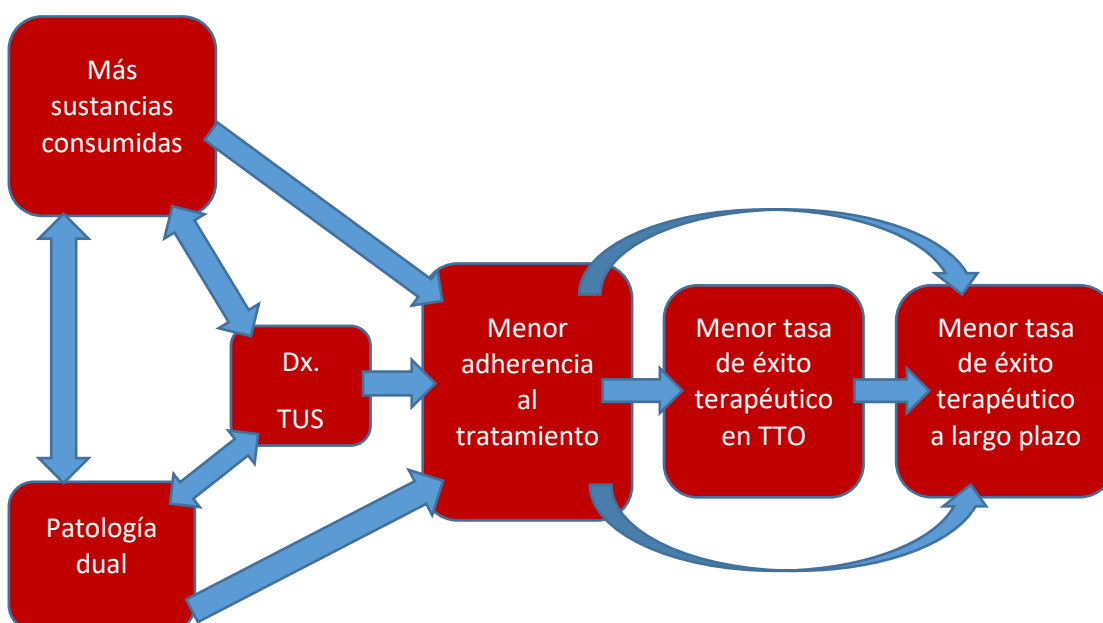


Gráfico 89: Propuesta de modelo de relación entre la patología dual, el número de sustancias consumidas, el tipo de diagnóstico TUS, la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.

Como se ha visto en numerosos estudios sobre aprendizaje y conductas adictivas, el consumo de la sustancia hace que se active el circuito neuronal de la recompensa de forma, anormalmente, intensa, induciendo así el aprendizaje de conductas de consumo y reforzando los estímulos que desencadenan dicho consumo (Hyman, Malenka y Nestler, 2006; Tiffany, 2000). Teniendo en cuenta estos estudios podríamos pensar que el policonsumo podría dificultar la adherencia al tratamiento más que el consumo de una única sustancia ya que el policonsumo podría asociarse, a través del condicionamiento clásico (CC) u operante (CO), a muchos más estímulos y situaciones diferentes relacionadas con el sujeto y, por tanto, la posibilidad de consumo se podría ver aumentada al ser mayor la cantidad de sustancias que se han asociado, al mismo tiempo, a un mayor número de estímulos y de situaciones diferentes. No obstante, debemos resaltar que serían necesarias más investigaciones que trataran de dilucidar mejor las relaciones entre estas variables para poder confirmar estas hipótesis.

6.5.3.2 Categorías diagnósticas comórbidas al TUS

En lo referente a las diferentes categorías diagnósticas asociadas al TUS y la adherencia al tratamiento TUS, hemos encontrado que existe una relación entre ambas variables y que las categorías que más se relacionan con la baja adherencia son la F60-69 y la F20-29.

Concretamente, en la categoría F60-69 hemos encontrado que el 84% de los pacientes con estos diagnósticos presentaba una baja adherencia al tratamiento y en la categoría F20-29 lo hacía el 73%.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos decir que el nivel de adherencia al tratamiento TUS en los pacientes con patología dual depende, en cierta medida, del tipo de diagnóstico que se asocia al TUS.

En cuanto a la relación con la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento, encontramos que las categorías diagnósticas asociadas al TUS sí se relacionan con la tasa de éxito terapéutico y que la categoría que más se relaciona con bajas tasas de éxito terapéutico es la F60-69.

Concretamente, hemos hallado que sólo el 2% de los pacientes diagnosticados de F60-69 reciben el alta terapéutica en el tratamiento TUS. En segundo lugar encontramos que sólo el 7% de los diagnosticados en las categorías F30-39 y F40-49 la reciben. La categoría F20-29 ocuparía el tercer lugar, con un 9% de pacientes que reciben el alta. En cuanto al resto de categorías encontramos unos porcentajes cercanos al 15%.

Al igual que ocurre con la adherencia al tratamiento, la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS depende, en cierta medida, de la categoría diagnóstica que se asocie al TUS. Aunque la categoría F20-29 no ha resultado ser la segunda categoría con más asociación con las bajas tasas de éxito terapéutico, sí que ocupa el segundo lugar en cuanto a abandono más precoz del tratamiento.

Por último, en lo referente a la relación entre las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, hemos hallado que sí existe una relación entre ambas variables, aunque las diferencias son mínimas.

En concreto, la categoría F60-69, con un 67% de casos que vuelven a contactar por consumo, es la que más se asocia con la recaída en el consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento y la categoría F70-79 es la que menos se asocia con la recaída. En el resto de categorías encontramos probabilidades muy similares cercanas al 50%.

Con estos resultados podemos decir que la probabilidad de recaída en el consumo de sustancias a largo plazo tiene que ver, en cierta medida, con el tipo de categoría diagnóstica que se asocie al TUS. No obstante, nos parece necesario resaltar que debemos tomar con cautela los resultados, debido al pequeño porcentaje de casos diagnosticados en la categoría F70-79. Por ello, creemos que sería conveniente la realización de otras investigaciones, donde se trate de valorar la relación de las diferentes categorías con la probabilidad de recaída a largo plazo, para poder confirmar esta hipótesis.

Respecto a todas estas relaciones comentadas, existen numerosos trabajos que estudian las categorías diagnósticas que con mayor frecuencia se asocian al TUS. No obstante, no existe apenas bibliografía que valore cómo estas categorías diagnósticas pueden influir en la adherencia al tratamiento TUS y en las tasas de éxito terapéutico, tanto en el tratamiento TUS, como a largo plazo. Nuestros resultados son congruentes con algunos de estos estudios, donde se concluye que los trastornos de personalidad son los que mayormente se relacionan con la baja adherencia al tratamiento TUS y con menores tasas de éxito terapéutico (Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2014; Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009). Sin embargo, todavía hacen falta más estudios que profundicen en el estudio de estas relaciones y que cuenten con una mayor muestra de pacientes diagnosticados en la categoría F70-79.

El hecho de conocer cuáles son las categorías diagnósticas que más se asocian con niveles bajos de adherencia al tratamiento TUS y con las bajas tasas de éxito terapéutico, tanto en el tratamiento TUS, como a largo plazo, nos permitiría diseñar intervenciones que tuviesen en cuenta las peculiaridades de estas categorías y que se pudiesen ajustar mejor a las necesidades de las mismas, con el objetivo último de mejorar los niveles de adherencia al tratamiento TUS y las tasas de éxito terapéutico.

En cuanto a la relación con el número de sustancias consumidas, encontramos que las categorías diagnósticas asociadas al TUS sí se relacionan con esta variable, siendo la categoría F60-69 la que más se asocia con el policonsumo.

Concretamente, el 67% de los pacientes de la categoría F60-69 es policonsumidor de sustancias. La siguiente categoría más asociada al policonsumo de sustancias es la F40-49, con un 60% de los casos. En cambio, las categorías diagnósticas que más se asocian al monoconsumo de sustancias son la F90-99 y la F70-79, con un 67% y 63% de los casos, respectivamente. La categoría F20-29 no se ha diferenciado del resto en cuanto al número de sustancias consumidas.

No hemos encontrado bibliografía que estudie la relación que puede haber entre las diferentes categorías diagnósticas asociadas al TUS y el número de sustancias consumidas, pero los resultados de nuestro trabajo indican que determinadas categorías diagnósticas se relacionan más que otras con el policonsumo. Tener este dato en cuenta es importante a la hora de diseñar los tratamientos TUS ya que, como hemos visto, el policonsumo se relaciona con la baja adherencia al tratamiento, con el abandono del mismo y con la recaída en el consumo de sustancias a largo plazo.

6.6 RELACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, LA TASA DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO Y LAS COMPLICACIONES DEL TUS CON EL DESARROLLO POSTERIOR DE OTRAS PATOLOGÍAS (NEUROLÓGICAS Y/O MENTALES)

6.6.1 Contacto posterior con los Servicios de Neurología

De los 1203 pacientes, del grupo de pacientes atendidos entre los años 2000 y 2005, nuestros resultados indican que cerca del 20% ha consultado durante los 10 años posteriores al tratamiento TUS con los Servicios de Neurología de la Comunidad Valenciana. Si comparamos estos resultados con los obtenidos en otros estudios realizados con población general, vemos que el porcentaje obtenido para los pacientes con TUS es más elevado que el obtenido para la población general. En la Tabla 89 hemos recogido la comparación entre los resultados obtenidos en el estudio realizado por la OMS (2007) en población general y nuestro estudio realizado en población TUS.

OMS (2007) Población general.	Nuestro estudio (2018) Población TUS.
12%	20%

Tabla 89. Comparativa del porcentaje de sujetos que desarrolla un trastorno neurológico en población general y en población TUS.

Con estos datos podemos decir que los pacientes con TUS tienen un 8% más de riesgo para desarrollar un trastorno neurológico que la población general.

6.6.1.1 Relación de la adherencia al tratamiento y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

En lo referente a la adherencia al tratamiento y el contacto posterior con los Servicios de Neurología, encontramos que ambas variables están relacionadas y que existe un mayor contacto de estos servicios para los sujetos con baja adherencia al tratamiento TUS.

Según los resultados, a mayor adherencia al tratamiento menor es el porcentaje de sujetos que contacta con este tipo de servicios. En concreto, mientras que el 31% de pacientes con baja adherencia contacta con estos servicios, el 19% y el 8% de los grupos con adherencia media y alta lo hacen, respectivamente.

En cuanto al tiempo que tardaron los pacientes con TUS en consultar con este tipo de servicios, hemos encontrado que, en general, los pacientes con baja adherencia contactan antes con estos servicios que el resto de pacientes. De forma específica, mientras que los pacientes con baja adherencia contactan con más frecuencia entre 1 y 6 años, después de haber estado en tratamiento TUS, los otros dos grupos son más homogéneos durante el periodo de 10 años. Estos datos indican que la adherencia al tratamiento también es importante en cuanto al tiempo que tardan en desarrollarse estas afecciones, la baja adherencia se relaciona con el desarrollo de afecciones neurológicas y, además, cuanto más baja es esta adherencia más pronto se manifiestan este tipo de problemas.

Los datos son especialmente relevantes, sobre todo porque no hemos encontrado otros trabajos que traten de estudiar la relación entre estas dos variables. Aunque sí existen numerosas investigaciones que relacionan el TUS con el desarrollo de trastornos y afecciones neurológicas, no existen trabajos que estudien la relación que puede haber entre la adherencia al tratamiento del TUS y este tipo de trastornos. Tener en cuenta estos datos es interesante a la hora de diseñar los tratamientos TUS, ya que fomentar la adherencia de los pacientes al tratamiento TUS podría ayudar, además de a aumentar las tasas de éxito terapéutico, a disminuir el porcentaje de pacientes con TUS que experimentará dolencias neurológicas en el futuro o, por lo menos, retrasar la aparición de éstas. No obstante, todavía son necesarios más estudios que traten de estudiar esta relación.

6.6.1.2 Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

En cuanto a la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y el contacto posterior con los Servicios de Neurología, encontramos que estas variables se relacionan y que hay mayor contacto con estos servicios para los pacientes que presentan bajas tasas de éxito (que abandonan el tratamiento antes de los 12 meses).

En concreto, mientras que el 30% y el 20% de los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los 7 meses y antes de los 12 meses, respectivamente, contacta con Neurología, el 11% y el 9% de los grupos que lo abandonan después del año y que reciben el alta terapéutica, respectivamente, lo hace. La diferencia se muestra, sobre todo, a partir de los 12 meses de tratamiento, parece que el permanecer un año completo en tratamiento TUS es un factor importante que ayuda a que no se desarrollen este tipo de problemas en el futuro. Por debajo de este tiempo el riesgo se acrecienta de forma considerable (20% para el grupo que abandona el tratamiento entre los 7 y 12 meses, y 30% para el que lo hace antes de los 7).

En lo que se refiere al tiempo que tardan los pacientes en contactar con estos servicios según la tasa de éxito en el tratamiento TUS, hemos encontrado que los pacientes que abandonan el tratamiento TUS antes de los 12 meses suelen contactar con estos servicios más pronto que los demás grupos. Con estos datos podemos decir que la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento también es un factor importante en cuanto al tiempo en que se tarda en desarrollar afecciones neurológicas.

Al igual que ocurre con la adherencia al tratamiento, no hemos encontrado otros trabajos que traten de estudiar las posibles relaciones existentes entre la tasa de éxito en el tratamiento TUS y el contacto con los Servicios de Neurología después de haber recibido el tratamiento TUS. Nuestros datos indican que, a la hora de disminuir el porcentaje de pacientes que contacta con los Servicios de Neurología, si se recibe el alta se obtienen mejores resultados. No obstante,

importa más el permanecer un año completo en tratamiento TUS que el hecho de haber recibido el alta terapéutica.

El objetivo de aumentar las tasas de éxito en los tratamientos TUS es importante si nos planteamos reducir el porcentaje de pacientes que contacta con los Servicios de Neurología. Por tanto, a la hora de diseñar futuros tratamientos, será necesario hacerlo de forma que se intente disminuir el riesgo de abandono del tratamiento, fomentando así la adherencia al mismo.

6.6.1.3 Relación del tipo de diagnóstico TUS y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

En cuanto al tipo de diagnóstico TUS y el contacto posterior con los Servicios de Neurología, observamos que no existe relación entre dichas variables.

Nuestros resultados van en la línea de los hallazgos encontrados en otros estudios. Aunque no hemos encontrado bibliografía que trate de comparar de forma general a las diferentes sustancias con respecto al contacto posterior con los Servicios de Neurología, sí existen muchos estudios que relacionan de forma específica a cada una de las sustancias con diferentes afecciones neurológicas. Todas las sustancias, por tanto, se han relacionado con el desarrollo de diferentes trastornos y afecciones neurológicas. En la Tabla 90 hemos recogido los diferentes estudios revisados.

Con estos datos podemos decir que todas las sustancias suponen un riesgo similar para el desarrollo de trastornos y afecciones neurológicas durante los 10 años posteriores a haber estado en tratamiento TUS.

En cuanto al tiempo que tardan los pacientes en contactar según la sustancia principal de consumo, observamos que para todas las sustancias se produce un elevado contacto con los Servicios de Neurología a lo largo de todos los años que comprende el periodo de tiempo estudiado. El tipo de sustancia principal de consumo no tiene que ver, así pues, con el tiempo en que tardan en manifestarse dichas afecciones neurológicas.

Sustancia	Estudios
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - Antón-Jiménez y cols., 2017 - Charnes, 1993 - Correa-Muñoz y cols., 2013 - Coullaut-Valera y cols., 2011 - Ioime y cols., 2018 - Medrano y cols., 1992 - Pelletier y cols., 2018 - Topiwala y cols., 2017 - Walker y cols., 1993 - Xue y cols., 2017
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Campbell y cols., 1971 - Carey y cols., 2015 - Cohen y cols., 2018 - Correa-Muñoz y cols., 2013 - Coullaut-Valera y cols., 2011 - De Luca y cols., 2017 - Kolansky y cols., 1972 - Lundqvist, 1995 - Mandelbaum y cols., 2017 - Mathew y cols., 1992 - Morkrysz y cols., 2018 - Rigucci y cols., 2018 - Solowji, 1995, 1999 - Solowji y cols., 1997 - Tennant y cols., 1972 - Tunving y cols., 1986 - Tunving y cols., 1988 - Vérez-Cotelo, 2012 - Volkow y cols., 1991, 1996
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> - Abi-Saab y cols., 2005 - Asser y cols., 2015 - Cunha y cols., 2004 - Garavan y cols., 2008 - Goldstein y cols., 2004 - Jovanovski y cols., 2005 - Ka y cols., 2017 - Kübler y cols., 2005 - Méndez y cols., 2015 - Pace-Schott y cols., 2008 - Ruiz-Sánchez de León y cols., 2009 - Viola y cols., 2015 - Vonmoos y cols., 2014 - Woicik y cols., 2009
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> - Madden y cols., 1997 - Muñoz-García y cols., 2011 - Ornstein y cols., 2000 - Pau y cols., 2002 - Rojo-Mota y cols., 2013 - Verdejo y cols., 2005 - Zhu y cols., 2017

Tabla 90. Diferentes estudios revisados sobre la relación entre las diferentes sustancias y el desarrollo de afecciones neurológicas.

Sustancia	Estudios
Sedantes	- APA, 2000 - Billioti de Gage y cols. 2012 - Fond y cols., 2018 - Fortea-González y cols., 2017 - Granados y cols., 2011 - Huhtaniska y cols., 2017 - Lagnaoui y cols., 2002 - Paterniti y cols., 2002 - Vérez-Cotelo, 2012
Alucinógenos	- Carod-Artal, 2003 - López-Giménez y cols., 2018 - Méndez y cols., 2015 - White y cols., 2012

Tabla 90. Diferentes estudios revisados sobre la relación entre las diferentes sustancias y el desarrollo de afecciones neurológicas.

6.6.1.4 Relación del número de sustancias consumidas y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

En cuanto a la relación entre el número de sustancias consumidas y el contacto con los Servicios de Neurología, observamos que sí existe una relación entre las variables y que hay un mayor contacto con estos servicios para los pacientes que consumen mayor número de sustancias.

Según los datos de nuestro estudio, conforme aumenta el número de sustancias consumidas mayor es el porcentaje de pacientes que contacta con los Servicios de Neurología. Concretamente, mientras que cerca del 20% de los pacientes que consumían una o dos sustancias contactó, cerca del 38% de los pacientes que consumían tres o más lo hizo.

En cuanto al tiempo que tardan los pacientes en consultar con Neurología según el número de sustancias que consumieron, hemos encontrado que los tres grupos contactan de forma similar durante los 10 años de seguimiento. Con estos datos, podemos decir que el policonsumo es un factor que se relaciona con el desarrollo de afecciones neurológicas, pero que no influye en que éstas se desarrollen con anterioridad.

Estos resultados van en la línea de otros trabajos que han encontrado también que el policonsumo es una variable que se asocia con el desarrollo de desórdenes y afecciones neurológicas (Gallagher y cols., 2014; Sánchez-

Cardoso y cols., 2007; Téllez y Flores, 2013). Los resultados encontrados aportan luz a la necesidad de diseñar intervenciones, dentro del tratamiento TUS, que tengan como objetivo disminuir el número de sustancias consumidas, para reducir, así, el porcentaje de pacientes con TUS que desarrolla afecciones de este tipo en el futuro.

6.6.1.5 Relación de la patología dual y el contacto posterior con los Servicios de Neurología

En cuanto a la relación entre la patología dual y el contacto con Neurología, observamos que ambas variables están relacionadas y que el porcentaje de pacientes que contacta es mayor para el grupo con patología dual.

Concretamente, mientras que sólo el 15% del grupo sin patología dual contacta con los Servicios de Neurología, el 26% de los pacientes con patología dual lo hace, siendo la categoría F60-69, con un 34% de casos que contactan, la que más se asocia al desarrollo de este tipo de afecciones.

En cuanto al tiempo que tardan los pacientes en contactar con estos servicios, según si presentaban o no patología dual durante su tratamiento TUS, encontramos que los pacientes con patología dual contactan, en general, antes que los pacientes sin patología dual. Cuando hay patología dual el contacto con los Servicios de Neurología suele darse más entre 1 y 6 años después de haber estado en tratamiento TUS, mientras que, si no hay, se da con más frecuencia entre los 4 y los 9 años. Viendo estos datos, podemos decir que la patología dual, además de promover el futuro desarrollo de afecciones neurológicas, también tiene que ver con que éstas se presenten más temprano.

No existen trabajos, o por lo menos nosotros no los hemos encontrado, donde se valore la relación que hay entre la patología dual y el contacto con los Servicios de Neurología, ni donde se comparen los distintos diagnósticos con respecto al riesgo de desarrollar dichas afecciones. No obstante, sí existen trabajos donde se ha relacionado el consumo de las diferentes sustancias con el desarrollo posterior de afecciones neurológicas, como hemos citado con

anterioridad (página 279 y 280), y trabajos donde se han relacionado algunos trastornos mentales específicos con estas afecciones (Tabla 91). Nuestros resultados irían en la línea de estos trabajos, pero aportando, además, que la patología dual también se relaciona con el desarrollo posterior de afecciones neurológicas, y siendo la categoría F60-69 la que más se asocia con dichas afecciones, posiblemente porque también es la categoría que más se relaciona con el policonsumo de sustancias.

Estudios revisados
- Arnold y Trojanowski, 1996
- Erlenmeyer-Kimiling y cols., 2000
- Gálvez-Flórez y cols., 2009
- Harvey y Sharma, 2002
- Jimenez, Muela, García y Garrancho, 2004
- Kasai y cols., 2002
- Kinderman, Karimí, Symonds, Brown y Jeste, 1997
- Lemos, Paíno, Inda y Besteiro, 2004
- Levy y cols., 1996
- SANED, 2015
- Stone, Faraone y Tsuang, 2004
- Szerman y cols., 2015

Tabla 91. Principales estudios revisados sobre la relación entre los trastornos mentales y el desarrollo posterior de afecciones neurológicas.

Conocer que existe una relación entre la patología dual y el desarrollo de afecciones neurológicas, nos permite plantearnos la necesidad de diseñar intervenciones específicamente dirigidas a la patología dual, siendo patente la conveniencia de intervenir de forma simultánea en ambas patologías e intentar eliminar, cuanto antes, la comorbilidad mental con el objetivo último de disminuir el porcentaje de pacientes que contacta con los Servicios de Neurología.

Para finalizar, nos parece necesario señalar que, aunque desconocemos los motivos por los que estos sujetos recurrieron a los Servicios de Neurología, con tal panorama estadístico podemos asegurar que los sujetos con baja y media adherencia al tratamiento, con abandono del tratamiento TUS antes de cumplir el año y con patología dual hacen un mayor uso de estos servicios. Carecemos de contrastación con población general y con TUS no tratados.

6.6.2 Desarrollo posterior de comorbilidad mental

De los 1203 pacientes, atendidos entre los años 2000 y 2005, hemos encontrado que el 39% ha desarrollado otro trastorno mental durante los 10 años después de haber finalizado el tratamiento TUS y que el 61% no lo ha desarrollado.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos en otros estudios, realizados en población general en España, podemos ver que el porcentaje de pacientes con TUS que desarrolla otro trastorno mental es bastante más elevado que el porcentaje obtenido para la población general. En la Tabla 92 hemos recogido la comparativa entre los estudios.

Martínez y cols. (2006) Población general.	Nuestro estudio (2018) Población TUS.
19,5%	39%

Tabla 92. Comparativa del porcentaje de sujetos que desarrolla un trastorno mental en población general y en población TUS.

Parece que los pacientes con TUS tienen el doble (un 19,5% más) de probabilidad de desarrollar un trastorno mental que la población general.

Según nuestros resultados, mientras que cerca del 45% de los pacientes que han desarrollado otro trastorno ha sido un diagnóstico de la categoría F40-49 (trastornos neuróticos) y cerca del 32% lo ha hecho de la categoría F30-39 (trastornos del humor), los diagnósticos de las demás categorías se han desarrollado con menor frecuencia: Cerca del 11% han desarrollado diagnósticos de la categoría F60-69 (trastornos de la personalidad), cerca del 6% desarrolla un diagnóstico de la categoría F20-29 (trastornos psicóticos), el 3% lo hace de la categoría F50-59 (trastornos de la alimentación), cerca del 2% desarrolla trastornos de la categoría F90-99 (trastornos de comienzo en infancia-adolescencia) y cerca del 1% de la categoría F70-79 (retraso mental).

Concretamente, los diagnósticos que con mayor frecuencia se han dado han sido:

De la categoría F40-49, los diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada (17%), trastorno de pánico y trastorno de adaptación (13%) y trastorno de estrés postraumático (12%).

De la categoría F30-39 los diagnósticos de trastorno depresivo recurrente (30%), episodio depresivo y distimia (16%) y trastorno bipolar (15%).

De la categoría F60-69, el 32% desarrolló un trastorno de los hábitos y del control de los impulsos y el 26% un trastorno límite de la personalidad. El resto de trastornos de la personalidad aparecen con una menor frecuencia, en orden son: histriónico y trastornos de la personalidad sin especificar (8%), paranoide, dependiente y mixto (6%), disocial y otros trastornos específicos (4%) y esquizoide (2%).

De la categoría F20-29, el 52% de los sujetos desarrolló esquizofrenia y el 33% un trastorno de ideas delirantes.

De la categoría F50-59, casi el 79% desarrolló una bulimia nerviosa y el 21% una anorexia.

De la categoría F90-99, únicamente se dan los trastornos hiperkinéticos.

Y de la categoría F70-79, el 80% fue diagnosticado de retraso mental leve y el 20% de retraso mental sin especificar.

Estos datos sugieren que el TUS es un trastorno que predispone al desarrollo posterior de determinados trastornos mentales, como ya se ha visto en otros estudios (Andreason y cols., 1987; APA, 2000, 2014; Arias y cols., 2015; Camacho, 2005; Camí, 1988; Cano-Vindel y cols., 1994; Carvalho y cols., 2018; Casas y cols., 2002; Dupont y cols., 1991; Jeremías y cols., 2017; Larsen 2017; Núñez-Domínguez, 1997; Reddon y cols., 2017; Reiger y cols., 1990), y que son los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo los que con mayor frecuencia se dan.

6.6.2.1 Relación de la adherencia al tratamiento y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

La adherencia al tratamiento TUS se relaciona con el desarrollo posterior de un trastorno mental y existe un mayor desarrollo de estos trastornos para los sujetos con baja adherencia al tratamiento.

Así pues, mientras que sólo el 20% de los pacientes del grupo de alta adherencia desarrolla otro trastorno mental, cerca del 36% del grupo de adherencia media y el 60% del grupo de adherencia baja lo hace.

En cuanto al tiempo que tardan estos pacientes en desarrollar el trastorno mental, hemos hallado que los pacientes con baja adherencia al tratamiento tienden a desarrollar el trastorno mental más temprano que los pacientes con media y alta adherencia. Los pacientes con baja adherencia suelen desarrollar el trastorno con más frecuencia entre 1 y 7 años después de haber estado en tratamiento TUS, mientras que en el grupo con adherencia media lo hace entre los 5 y 8 años y el grupo de alta adherencia a partir de los 7. Estos datos sugieren que la alta adherencia al tratamiento TUS, además de ayudar a reducir el riesgo de aparición de otros trastornos mentales, también tiene que ver con que, si estos aparecen, lo hagan más tarde.

Aunque sí existen numerosas investigaciones que relacionan el TUS con el desarrollo de otros trastornos mentales, no existen trabajos que estudien la relación que puede haber entre la adherencia al tratamiento del TUS y el desarrollo posterior de este tipo de trastornos. Tener en cuenta estos datos es interesante a la hora de diseñar los tratamientos TUS ya que, fomentar la adherencia de los pacientes al tratamiento TUS, podría ayudar, además de a aumentar las tasas de éxito terapéutico, a disminuir el porcentaje de pacientes con TUS que desarrollará otro trastorno mental en el futuro o, por lo menos, retrasar la aparición de éste.

6.6.2.2 Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

La tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS se relaciona con el desarrollo de comorbilidad mental durante los 10 años después de haber estado en tratamiento TUS. El porcentaje de sujetos que desarrolla otro trastorno mental es mayor para los grupos con bajas tasas de éxito terapéutico.

Concretamente, hemos encontrado que el 91% de los pacientes que han desarrollado comorbilidad mental abandonó el tratamiento TUS. No obstante, es importante destacar que los resultados han sido muy similares para el grupo que abandona el tratamiento entre los 13 y los 17 meses y el que recibe el alta terapéutica (74,5 y 77,8% respectivamente). Estos resultados indican que, más que el hecho de recibir el alta terapéutica, es la permanencia, de como mínimo un año en tratamiento TUS, la que ayuda a que no se desarrolle otro trastorno mental.

En cuanto al tiempo que tardan estos pacientes en desarrollar el trastorno mental, hemos encontrado que los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los 12 meses tienden a desarrollar el trastorno mental más pronto que los pacientes que lo abandonan más tarde o los que reciben el alta terapéutica. La mayoría de los pacientes del grupo que abandona antes de los 7 meses desarrolla el trastorno entre 1 y 8 años después de haber abandonado el tratamiento TUS, mientras que los que lo dejan entre los 7 y los 12 meses lo hacen entre los 5 y 8 años. En cambio, en el grupo que abandona entre los 12 y los 17 meses y en el grupo que recibe el alta terapéutica, los resultados son más homogéneos y en ambos grupos se observa que el trastorno mental suele manifestarse con más frecuencia a partir de los 7 años. Estos resultados sugieren que la tasa de éxito terapéutico, además de prevenir la aparición de otro trastorno mental, también ayuda a que, si el trastorno aparece, lo haga más tarde. Del mismo modo, parece que es el hecho de permanecer un año completo en tratamiento TUS, más que el recibir el alta, lo que ayuda a postergar en el tiempo la aparición del trastorno mental.

Al igual que ocurre con la adherencia al tratamiento, no hemos encontrado otros trabajos que traten de estudiar las posibles relaciones existentes entre la tasa de éxito en el tratamiento TUS y el desarrollo de otro trastorno mental después de haber recibido el tratamiento. Nuestros datos indican que a la hora de disminuir el porcentaje de pacientes que desarrolla comorbilidad mental se obtienen mejores resultados si se llega a dar el alta terapéutica. No obstante, importaría más el permanecer un año completo en tratamiento TUS que el hecho de recibir el alta terapéutica.

El objetivo de aumentar las tasas de éxito en los tratamientos TUS también es importante si nos planteamos reducir el porcentaje de pacientes que desarrollará otro trastorno mental en el futuro. Por tanto, a la hora de diseñar las intervenciones para los TUS, será necesario hacerlo de forma que se intente disminuir el riesgo de abandono del tratamiento, fomentando la adherencia al mismo.

6.6.2.3 Relación del tipo de diagnóstico TUS y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

En cuanto a la relación entre el tipo de sustancia consumida y el desarrollo de comorbilidad mental, encontramos que el tipo de diagnóstico TUS no se relaciona con el desarrollo de otro trastorno mental durante los 10 primeros años después del tratamiento TUS. Así pues, todas las sustancias (alcohol, opioides, cannabinoídes, sedantes, cocaína, otros estimulantes y alucinógenos) suponen un riesgo similar para que se desarrolle un trastorno mental en el futuro.

Aunque no hemos encontrado otros trabajos que traten de comparar, de forma general, a las diferentes sustancias con respecto a la probabilidad de desarrollo futuro de comorbilidad mental, sí existen muchos estudios que relacionan, de forma específica, a cada una de las sustancias con este tipo de trastornos. Con lo cual, podemos decir que nuestros resultados apuntan hacia los hallazgos aportados por dichos trabajos. En la Tabla 93 hemos recogido los principales estudios revisados.

Sustancia	Estudios
Alcohol	- Camacho, 2005 - Carvalho y cols., 2018 - Casas y cols., 2002 - Cano-Vindel y cols., 1994 - Natera y cols., 2007 - Pedrelli y cols., 2016 - Pogue y cols., 2017
Cannabis	- Andreasson y cols., 1987 - Arias y cols., 2015 - Camí, 1988 - Fernández-Artamendi y cols., 2011 - Núñez-Domínguez, 1997 - RCPSYCH, 2018
Cocaína	- Arias y cols., 2012 - López y cols., 2007 - Roncero y cols., 2013a - Wunderli y cols., 2016
Opioides	- Darke y cols., 1992 - Hjorthøj y cols., 2018 - Olfson y cols., 2018 - Reiger y cols., 1990 - Saiz y cols., 1998
Otros estimulantes	- García-Pardo y cols., 2017 - Hjorthøj y cols., 2018 - Méndez y cols., 2015 - Vearrier y cols., 2012
Sedantes	- Dupont y cols., 1991 - Jeremías y cols., 2017
Alucinógenos	- APA, 2000, 2014 - Larsen, 2017

Tabla 93. Diferentes estudios revisados sobre la relación entre las diferentes sustancias y el desarrollo de trastornos mentales.

En cuanto al tiempo que se tarda en desarrollar otro trastorno mental según el tipo de sustancia consumida, los resultados son bastante homogéneos para todas las sustancias. En general, el patrón es bastante estable durante los 10 años que dura el seguimiento. Según los datos, podemos decir que el tipo de sustancia principal de consumo no se relaciona con la aparición de un trastorno mental en el futuro y, además, tampoco tiene que ver con el tiempo en que tardará éste en aparecer.

6.6.2.4 Relación del número de sustancias consumidas y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

Hemos encontrado que hay relación entre el número de sustancias consumidas y el desarrollo posterior de otro trastorno mental, además el porcentaje de sujetos que desarrolla otro trastorno mental es mayor para los sujetos que consumen más sustancias.

De manera específica, se observa que mientras el 32% de los pacientes que consumen una sustancia desarrolla comorbilidad mental, en el grupo que consume dos sustancias lo hace el 45% y en el grupo de tres o más el 54%. Por tanto, el porcentaje de sujetos que desarrolla comorbilidad mental aumenta a medida que aumenta el número de sustancias consumidas.

Estos resultados van en la línea de otros trabajos donde se ha encontrado también que el policonsumo es una variable que se asocia con el desarrollo de comorbilidad mental (Krausz y cols., 1998; Preston y cols., 2016; Téllez y Flores, 2013; Timko y cols., 2017).

En lo referente al tiempo que tardan estos sujetos en desarrollar el trastorno mental según el número de sustancias consumidas, encontramos que el porcentaje de sujetos que desarrolla otro trastorno mental es bastante homogéneo para todos los años e independientemente del grupo al que pertenezcan. Por tanto, los datos sugieren que el número de sustancias consumidas, aunque sí influye en que se manifieste o no un trastorno mental, no tiene que ver con que éste aparezca más tarde o más temprano.

Los resultados encontrados señalan, en general, la necesidad de diseñar intervenciones, dentro del tratamiento TUS, que tengan como objetivo disminuir el número de sustancias consumidas para reducir, así, el porcentaje de pacientes con TUS que desarrolla trastornos mentales asociados al TUS.

6.6.2.5 Relación de la patología dual y el desarrollo posterior de comorbilidad mental

En lo que se refiere a la relación entre la patología dual durante el tratamiento TUS y el desarrollo de otro trastorno mental durante los 10 años posteriores al tratamiento, podemos decir que la patología dual sí se relaciona con el desarrollo de otro trastorno mental y que el porcentaje de sujetos que lo desarrolla es mayor para el grupo de sujetos que presentaba patología dual durante el tratamiento, siendo las categorías F30-39, F20-29 y F60-69 las que cuentan con mayor porcentaje de casos que desarrollan otro trastorno mental.

Nuestros resultados van en la línea de los estudios revisados, aunque no hemos encontrado otros trabajos en los que se valore la relación entre patología dual y desarrollo posterior de otros trastornos mentales, sí existen trabajos donde se relaciona el consumo de las diferentes sustancias con el desarrollo de comorbilidad mental, como ya hemos citado anteriormente (Tabla 93), y trabajos donde se han relacionado algunos trastornos mentales específicos con el desarrollo de otros trastornos mentales (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007; Aragonès, Piñol y Labad, 2009; Echeburúa y Marañón, 2001).

En cuanto al tiempo que tardan los sujetos en desarrollar el trastorno mental, según si presentaban o no patología dual durante el tratamiento TUS, hemos encontrado que los sujetos con patología dual tienden a desarrollar el trastorno más temprano (entre 1 y 7 años después de haber estado en tratamiento TUS) que los sujetos sin patología dual (entre 3 y 9 años). Estos datos sugieren que la patología dual, además de ayudar a que aparezca otro trastorno mental asociado al TUS, también tiene que ver con que éste se manifieste antes.

En la Tabla 94 hemos recogido los principales trastornos mentales de cada categoría diagnóstica desarrollados por los sujetos con posterioridad al tratamiento.

Principales diagnósticos desarrollados	
Trastornos psicóticos	- Esquizofrenia - Trastorno de ideas delirantes
Trastornos del humor	- Trastorno depresivo recurrente - Distimia - Episodio depresivo - Trastorno bipolar
Trastornos neuróticos	- Trastorno de ansiedad generalizada - Trastorno de pánico - Trastorno de adaptación - Trastorno de estrés postraumático
Trastornos de la alimentación	- Bulimia nerviosa - Anorexia nerviosa
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	- Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos - Trastorno límite de la personalidad
Retraso mental	- Retraso mental leve
Trastornos del comienzo en la infancia-adolescencia	- Trastornos hiperkinéticos

Tabla 94. Principales diagnósticos desarrollados por los sujetos durante los 10 años siguientes al tratamiento TUS.

Tener en cuenta la relación que hay entre la patología dual y el desarrollo de otros trastornos mentales, nos permitiría diseñar intervenciones que estuviesen dirigidas de forma más específica a la patología dual, con la necesidad de intervenir simultáneamente en las dos patologías e intentar eliminar, cuanto antes, la influencia que tiene la patología dual, con el objetivo último de disminuir el porcentaje de pacientes que desarrollará, además, otro trastorno mental después de haber estado en tratamiento TUS.

Por último, y completando la propuesta anterior (página 270), exponemos nuestro modelo de relación entre las diferentes variables estudiadas en nuestro trabajo. Según este modelo, el tipo de diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual son variables que se relacionan entre ellas y que dificultan la adherencia al tratamiento y, a través de ésta, interfieren también a la hora de alcanzar el éxito terapéutico durante el tratamiento TUS, aumentando los abandonos del mismo, y a largo plazo, favoreciendo la recaída en el consumo de sustancias. Al mismo tiempo, la adherencia al tratamiento influye de forma indirecta sobre la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, a través de la tasa de

éxito durante el tratamiento TUS, pero también lo hace de forma directa. Por otra parte, la adherencia al tratamiento influye, tanto en la probabilidad de contacto con los Servicios de Neurología, como en el desarrollo de otros trastornos mentales, a través de la tasa de éxito terapéutico, pero también tiene una relación directa sobre estas dos variables. Hemos recogido este modelo en el Gráfico 90.

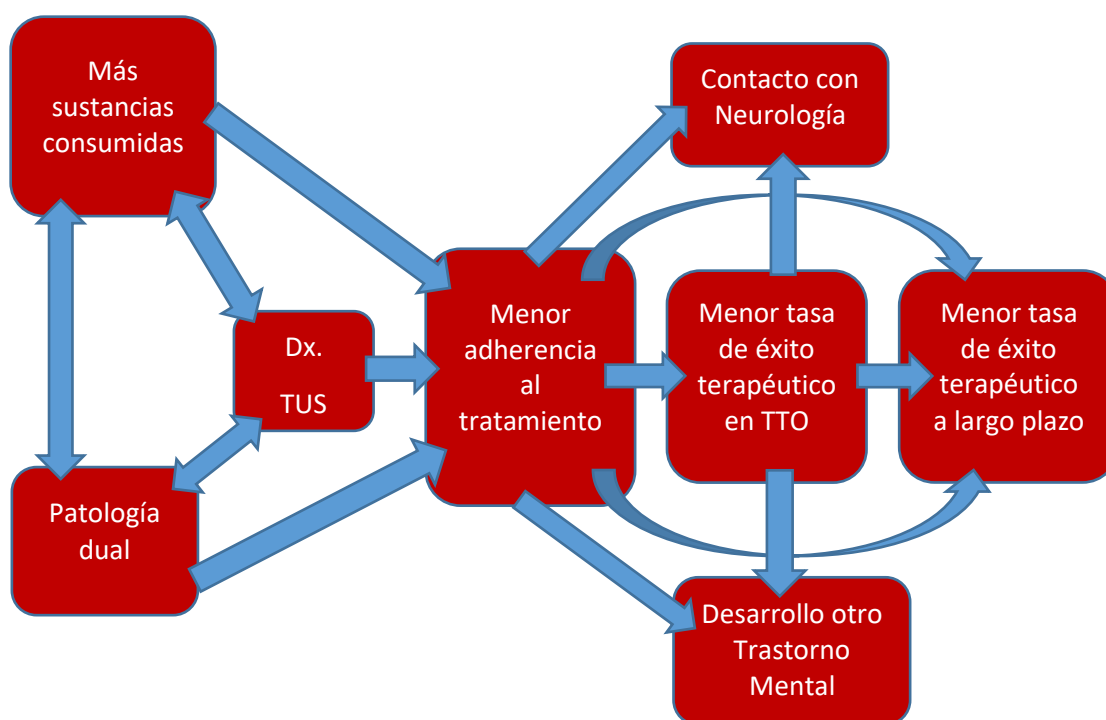


Gráfico 90: Propuesta de modelo de relación entre la patología dual, el número de sustancias consumidas, el tipo de diagnóstico TUS, la adherencia al tratamiento, las tasas de éxito terapéutico, el contacto con los Servicios de Neurología y el desarrollo de otro trastorno mental.

6.6.3 Contacto con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental.

Del total de pacientes atendidos entre los años 2000 y 2005 el 9,1% (110 sujetos) contactó con los Servicios de Neurología y además desarrolló un trastorno mental diferente al que presentaba durante el periodo de tratamiento TUS, mientras que el 90,9% (1093 sujetos) no lo hizo.

No hemos encontrado estudios que valoren en la población general española, ni en la de otros países, el porcentaje de sujetos que desarrolla simultáneamente afecciones neurológicas y trastornos mentales y no disponemos de grupo control para comparar los resultados.

6.6.3.1 Relación de la adherencia al tratamiento y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

En cuanto a la relación entre la adherencia al tratamiento y el contacto con Neurología más el desarrollo de otro trastorno mental, encontramos que la adherencia al tratamiento sí se relaciona con esta variable, además el porcentaje de sujetos que contacta con Neurología y desarrollan otro trastorno mental es mayor para el grupo con baja adherencia al tratamiento TUS.

Según los resultados, encontramos que a medida que aumenta el nivel de adherencia al tratamiento TUS, disminuye el porcentaje de pacientes que desarrolla este tipo de dolencias y aumenta el porcentaje de sujetos que no las desarrolla. En concreto, mientras que el 17% del grupo de baja adherencia desarrolla ambas afecciones, del grupo de media y alta adherencia sólo lo hace el 8% y el 2%, respectivamente. Estos datos sugieren que la baja adherencia al tratamiento, además de favorecer que se contacte con los servicios de Neurología, y que se desarrolle comorbilidad mental, también favorece que ambas afecciones se den de manera conjunta.

No existen otros trabajos donde se haya tratado de valorar la relación entre la adherencia al tratamiento y el desarrollo conjunto de ambos trastornos.

6.6.3.2 Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

En lo que se refiere a la relación entre la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS y el contacto con Neurología más el desarrollo de otro trastorno mental, encontramos que ambas variables están relacionadas y que el

porcentaje de sujetos que desarrolla ambas afecciones es mayor para los grupos con bajas tasas de éxito terapéutico.

Al igual que ocurre con la adherencia, a medida que aumenta la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, disminuye el porcentaje de sujetos que desarrolla, al mismo tiempo, estas afecciones y aumenta el porcentaje de los que no las desarrolla.

Tampoco existen trabajos que valoren la relación entre la tasa de éxito durante el tratamiento TUS y el desarrollo posterior de afecciones neurológicas y trastornos mentales.

6.6.3.3 Relación del tipo de diagnóstico TUS y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

En cuanto al tipo de diagnóstico TUS y el contacto con Neurología más el desarrollo de otro trastorno mental, encontramos que no existe relación entre ambas variables.

Según los datos, el porcentaje de sujetos que desarrolla ambas afecciones está entre el 4% y 16% para las diferentes sustancias. Estos resultados sugieren que todas las sustancias tienen un riesgo similar para que se desarrollen ambas dolencias (neurológica y mental) de forma conjunta.

En este caso, tampoco existen estudios donde se valore el porcentaje de casos que desarrollan ambos trastornos de forma conjunta según el tipo principal de diagnóstico TUS o de sustancia principal consumida.

6.6.3.4 Relación del número de sustancias consumidas y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

Las variables número de sustancias consumidas y contacto con Neurología más desarrollo de otro trastorno mental están relacionadas y son los sujetos que mayor número de sustancias consumen los que, en mayor porcentaje, desarrollan ambas dolencias.

Hemos encontrado que el porcentaje de sujetos que desarrolla ambas afecciones aumenta del mismo modo que aumenta el número de sustancias consumidas. Concretamente, mientras que en el grupo que consume una única sustancia sólo cerca del 7% desarrolla estas afecciones, en el grupo de dos sustancias lo hace el 10% y en el de tres o más el 20%. Con estos datos, podemos decir que el principal riesgo para desarrollar ambas afecciones lo constituye el consumo de tres o más sustancias.

No existen otros estudios donde se haya tratado de valorar la relación entre el número de sustancias consumidas y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y trastornos mentales.

6.6.3.5 Relación de la patología dual y el desarrollo conjunto de afecciones neurológicas y mentales

Con respecto a la relación entre la patología dual y el contacto con Neurología más el desarrollo de otro trastorno mental, también hemos encontrado que existe una relación entre las dos variables y que son los sujetos con patología dual quienes, en mayor porcentaje, desarrollan ambas afecciones.

Así pues, mientras que en el grupo sin patología dual sólo el 6% de los pacientes desarrolla estas afecciones, en el grupo con patología dual lo hace el doble de pacientes (13%), siendo la categoría F60-69 la que cuenta con mayor porcentaje de casos y la categoría F90-99 la que cuenta con menor porcentaje. Esto podría explicarse debido a que la categoría F60-69 también es la que con mayor frecuencia se asocia al policonsumo de sustancias, siendo la F90-99 la que lo hace con menor frecuencia.

No hemos encontrado otros trabajos donde se estudie la relación entre estas variables, pero nuestros resultados sugieren que la adherencia al tratamiento, la tasa de éxito terapéutico, el número de sustancias consumidas y la patología dual son variables que, además de favorecer el contacto con los Servicios de Neurología y el desarrollo de otro trastorno mental, también favorece que estas dolencias se den conjuntamente. En cambio, el tipo de

diagnóstico TUS no favorece el desarrollo de afecciones neurológicas, de otros trastornos mentales, ni del desarrollo conjunto de dolencias neurológicas y mentales, puesto que todas las sustancias suponen un riesgo muy similar para que éstas se den. La adherencia al tratamiento, la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, el número de sustancias consumidas y la patología dual serían también, por tanto, variables a tener en cuenta a la hora de diseñar los tratamientos TUS si queremos disminuir el porcentaje de sujetos que desarrollará, al mismo tiempo, afecciones neurológicas y trastornos mentales. No obstante, antes de tomar como acertada nuestra hipótesis sería necesario llevar a cabo otros estudios que pudiesen dar apoyo a estos resultados.

6.7 PREDICCIÓN DE VARIABLES

Finalmente, otro de los objetivos de nuestro estudio fue examinar la capacidad predictiva que tenían la adherencia al tratamiento, el diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual con respecto a las tasas de éxito terapéutico, y la adherencia al tratamiento TUS, la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, el tipo de diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual con respecto al contacto posterior con los Servicios de Neurología y/o el desarrollo de otro trastorno mental. En este sentido, observamos que los resultados dieron su apoyo a la hipótesis que habíamos establecido.

En cuanto a la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, encontramos que la adherencia al tratamiento mostró una capacidad predictiva positiva, mientras que la patología dual mostró una capacidad predictiva negativa, si bien el peso predictivo de esta última variable fue inferior al mostrado por la adherencia. En contraste, el número de sustancias y el diagnóstico TUS no resultaron ser significativas a la hora de predecir este criterio. Nuestros resultados van en la línea de otros estudios, donde se ha sugerido que la adherencia al tratamiento es el principal factor predictor del éxito terapéutico (Dilla y cols., 2009; Guardia y cols., 2000).

Estos resultados se podrían deber a que la adherencia al tratamiento pueda estar favoreciendo en la persona una mayor motivación a seguir el tratamiento y, por tanto, disminuir el riesgo de abandono. Parece que el hecho de mantener la abstinencia motive a la persona a seguir con el tratamiento más tiempo, una persona que cumple con la abstinencia puede estar más motivada a seguir el tratamiento como forma de no tirar por la borda el esfuerzo que ya ha realizado. Por otra parte, la patología dual podría estar dificultando la tasa de éxito terapéutico debido, en parte, a que el consumo de sustancias pueda funcionar, en determinados pacientes, como forma de automedicación (Casas y cols., 1992) que dificultaría el mantenimiento de la abstinencia y provocaría el abandono del tratamiento y la continua recaída en el consumo de sustancias.

Finalmente, el hecho de que el número de sustancias consumidas o el tipo de diagnóstico TUS no hayan resultado ser variables significativas a la hora de predecir el éxito terapéutico en el tratamiento, podría ser debido a que la tasa de éxito en el tratamiento TUS tenga más que ver con la motivación del paciente para mantener la abstinencia, de forma independiente en cuanto al tipo o número de sustancias a las que se sea adicto.

En cuanto a la predicción de la tasa de éxito terapéutico a largo plazo nuestros resultados sugieren que la tasa de éxito durante el tratamiento TUS es la única variable que muestra una capacidad predictiva.

Estos resultados podrían deberse a que el mantenimiento de los resultados del tratamiento a largo plazo tenga que ver con el haber sido capaz de permanecer en tratamiento TUS durante al menos 12 meses, independientemente de la capacidad de abstinencia que tenga el sujeto, de si presenta o no patología dual y del tipo y número de sustancias consumidas. Esto significaría, por tanto, que en general todos los pacientes pueden ser capaces de lograr el éxito terapéutico, si es que consiguen permanecer con buenos resultados en el tratamiento por lo menos 12 meses. El hecho de que la adherencia al tratamiento no haya resultado ser significativa a la hora de predecir esta variable puede ser debido a que, tal vez, la capacidad de mantener la abstinencia mejora en aquellos pacientes que consiguen mantenerse en el tratamiento TUS y esta capacidad se mantiene más allá del tratamiento TUS.

En cuanto al contacto con los Servicios de Neurología, como habíamos supuesto, el peso de la adherencia resultó ser significativo y negativo, siendo además el predictor con mayor peso a la hora de dar cuenta del contacto con los Servicios de Neurología. La tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, por su parte, resultó ser también significativa y negativa a la hora de predecir la variable. Por el contrario, el tipo de diagnóstico TUS resultó ser significativo y positivo y el número de sustancias y la patología dual no resultaron ser variables significativas a la hora de predecir esta variable.

Para el desarrollo de otro trastorno mental, la adherencia fue el predictor que mayor peso tuvo a la hora de predecir la variable y su predicción fue negativa. Por su parte, el número de sustancias consumidas y el tipo de diagnóstico TUS la predijeron de forma positiva y su asociación fue bastante menor que la de la adherencia. En cambio, ni la tasa de éxito terapéutico, ni la patología dual resultaron ser significativas a la hora de predecir el desarrollo de otro trastorno mental.

Finalmente, en lo que se refiere al contacto con Neurología más el desarrollo de otro trastorno mental, encontramos, al igual que esperábamos, que la adherencia al tratamiento es el predictor con mayor peso a la hora de predecir esta variable y que, además, su asociación es negativa. Por el contrario, las demás variables no resultaron ser significativas a la hora de predecir este criterio.

Teniendo en cuenta los resultados, se podría interpretar, de manera tentativa, el círculo negativo de la adherencia al tratamiento con el contacto con los Servicios de Neurología y/o el desarrollo de otro trastorno mental. Así, el hecho de presentar una baja adherencia al tratamiento puede implicar una menor motivación y/o voluntad para seguir abstinente después de haber estado en tratamiento TUS, lo cual aumentaría el tiempo en el que el paciente está consumiendo y, por tanto, el tiempo en que determinadas sustancias están afectando al organismo y al sistema nervioso, asociándose con un mayor contacto con los Servicios de Neurología. Del mismo modo, la baja adherencia al tratamiento, al aumentar los tiempos de consumo de la sustancia, puede agravar también la interferencia que el consumo de sustancias tiene en la vida de quien la consume, afectando así en mayor medida a las áreas familiar, laboral y social, y asociándose, del mismo modo, con la posibilidad de que aparezca otro trastorno mental.

Que la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento haya resultado ser significativa a la hora de predecir el contacto con Neurología, podría ser debido a que la permanencia en el tratamiento TUS mejore la capacidad de abstinencia a las sustancias que tiene el sujeto, el cual será capaz de mantenerse abstinente también una vez ha finalizado el tratamiento TUS, disminuyendo así la cantidad

de tiempo en que la sustancia está afectando al organismo y al sistema nervioso del paciente y, por consiguiente, la probabilidad de desarrollar afecciones neurológicas.

Que el número de sustancias consumidas haya resultado ser significativo a la hora de predecir el desarrollo de otro trastorno mental, podría tener que ver, por una parte, con la dificultad que tienen los pacientes policonsumidores para mantener la adherencia: la incapacidad de poder mantenerse abstinentes se podría relacionar con la sensación de fracaso o culpa, que a largo plazo, y agravado cada vez más por el consumo, podría asociarse con el desarrollo de un trastorno mental. Y por otra parte, puede tener que ver con que un mayor consumo de sustancias, al aumentar el tiempo en que el paciente está consumiendo, puede afectar también, en mayor medida, a los diferentes ámbitos de la vida de la persona. Es importante mencionar que todavía hará falta mayor investigación sobre estas variables para poder probar si estas interpretaciones se ajustan a la realidad.

Como posibles limitaciones de este estudio, habría que señalar que la muestra seleccionada fue de conveniencia, debido a la dificultad para acceder a este tipo de población, por lo que sería interesante realizar otros estudios con la idea de replicar nuestros resultados en muestras seleccionadas de forma aleatoria. De igual forma, habría sido interesante contar con un grupo control, ya sea con otro tipo de patologías diferentes al TUS, y estudiando los niveles de adherencia al tratamiento de esas otras patologías, como con pacientes con TUS que no haya estado en tratamiento, con los cuales poder comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio. No obstante, consideramos que hubiese sido poco factible establecer un grupo control con pacientes de otras enfermedades mentales diferentes al TUS, cuando debe haber patología dual, consumo de sustancias y diferentes diagnósticos TUS para estudiar las variables. En otras patologías no mentales tampoco hubiese sido factible porque se necesita que haya consumo de sustancias para valorar el número y tipo de sustancias consumidas y si se da patología dual. Del mismo modo, en otros grupos TUS que no hubiesen estado en tratamiento es difícil obtener muestras de orina y no

se puede estudiar la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito del mismo si nunca ha habido un tratamiento. Sí que hubiese resultado útil el contar con un grupo control de la población general sin TUS para poder comparar el porcentaje de sujetos que contacta con Neurología y/o desarrolla trastornos mentales, pero en ausencia de estos datos hemos decidido comparar nuestros resultados con los de otros estudios realizados en población general. Realmente, no es nada fácil obtener muestras tan grandes de sujetos para el grupo control y mucho menos poder realizar seguimientos tan largos con dichos sujetos.

Como futuras líneas de investigación, sería interesante seguir investigando en qué medida afectan la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito del mismo a la recaída en el consumo de sustancias realizando seguimientos que vayan más allá de los cinco años. Del mismo modo, sería muy interesante realizar investigaciones en las que se valoren, también, los diagnósticos neurológicos específicos que se desarrollan, con más frecuencia, según el tipo y número de sustancias consumidas, la adherencia al tratamiento, la patología dual y las tasas de éxito terapéutico obtenidas con el tratamiento TUS.

A pesar de las limitaciones, consideramos que hemos profundizado sobre el TUS, sobre la adherencia al tratamiento de estos pacientes, sobre las tasas de éxito del tratamiento y sobre la relación posterior del TUS con otras enfermedades mentales y afecciones neurológicas cuando ha existido un diagnóstico y un tratamiento.

Este estudio apoya la idea de que en la adherencia al tratamiento TUS influyen diferentes variables. Este aspecto hace necesario considerar el planteamiento de intervenciones específicas dirigidas a aumentar la adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta el tipo de diagnóstico TUS que presente el paciente, con el objetivo de disminuir el porcentaje de pacientes con patología dual y el número de sustancias consumidas y potenciar las tasas de éxito del tratamiento. En nuestro estudio se pone de manifiesto también que el incremento de la adherencia al tratamiento podría ayudar también a disminuir el porcentaje de pacientes que en el futuro recae en el consumo de sustancias, que desarrolla

afecciones neurológicas y/o que desarrolla un trastorno mental, todo lo cual, al mismo tiempo, podría relacionarse con una menor probabilidad de recurrencia del TUS y con una recuperación más favorable.

Con esta tesis queremos aportar una pequeña ayuda a los clínicos y dar unas señales de alerta ante la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico en los cuadros TUS, así como sus complicaciones clínicas cuando se asocian otros trastornos al TUS o existe policonsumo de sustancias. Hemos podido confirmar que la alta adherencia al tratamiento es muy beneficiosa, tanto en el momento en que se interviene, como en el pronóstico a largo plazo de estos pacientes. Describimos la realidad de nuestro entorno, donde no ha existido manipulación de variables. Hemos sido observadores del devenir de un complicado trastorno por el que el interés científico ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas.

7. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El nivel óptimo de adherencia al tratamiento del TUS se logra cuando el paciente cumple con la medicación y obtiene las muestras de orina y/o test de aliento limpios en un 70%, como mínimo.
2. Para considerar que el tratamiento del TUS ha tenido éxito el paciente debe permanecer en él, como mínimo, 12 meses sin presentar recaídas en el consumo y/o abandonos del tratamiento y, además, los resultados deben mantenerse durante los cinco años siguientes al tratamiento.
3. El alta terapéutica se logra en el 70% de los pacientes que mantienen un nivel óptimo de adherencia al tratamiento y, de éstos, el 82,9% no vuelve a contactar por consumo de sustancias durante los 5 años posteriores al tratamiento.
4. Existen diferentes variables que influyen de manera negativa en la adherencia al tratamiento de los pacientes con TUS, estas son: el tipo de sustancia consumida, el policonsumo y la patología dual. Estas variables también influyen negativamente en las tasas de éxito del tratamiento.
5. La adherencia al tratamiento y la patología dual son dos predictores fiables de la tasa de éxito en el tratamiento del TUS, prediciendo la adherencia la permanencia en el tratamiento y la patología dual el abandono del mismo.

6. La adherencia al tratamiento es un factor protector para el desarrollo de afecciones neurológicas y trastornos mentales, así como para el desarrollo conjunto de ambas afecciones.
7. El permanecer en tratamiento durante un mínimo de doce meses es un predictor fiable de que los resultados del tratamiento del TUS se mantengan a largo plazo y un factor protector para el desarrollo de afecciones neurológicas.
8. El policonsumo de sustancias es un factor de riesgo para el desarrollo de comorbilidad mental.
9. El tipo de sustancia consumida influye en el riesgo de desarrollo de afecciones neurológicas y trastornos mentales, siendo los sedantes y los cannabinoides las sustancias que más se relacionan con el desarrollo de afecciones neurológicas y los cannabinoides, la cocaína y el alcohol las que más lo hacen con el desarrollo de comorbilidad mental.

8. REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abi-Saab, D., Beauvais, J., Mehm, J., Brody, M., Gottschalk, C., y Kosten, TR. (2005). The effect of alcohol on the neuropsychological functioning of recently abstinent cocaine-dependent subjects. *The American Journal on Addictions*, 14(2), 166-78.
- Agudelo, D., Buéla-Casal, G., y Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Ahmadi, J., Kampman, K., Oslin, D., Pettinati, H., Dackis, C. H. y Sparkman, T. (2009). Predictors of treatment outcome in outpatient cocaine and alcohol dependence treatment. *American Journal of Addictions*, 18(1), 81-86.
- Albiach, C., Palau, C., Llinares, C., y Santos, P. (1998). Estudio sobre la adherencia al tratamiento en sujetos con adicción a diferentes sustancias que acuden a servicios ambulatorios. *En V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Chiclana de la Frontera, Cádiz.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-R (revisado 4ª ed.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5 (5ª ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Andreasson, S., Allebeck, P., Engström, A., y Rydberg, U. (1987). Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *The Lancet Psychiatry*, 330, 1483-6.
- Antón Jiménez, M. y González Guerrero, J.L. (2017). Disorders associated with mild cognitive impairment. Risk factors and predictors. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 52(1), 20-23.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10), 545-551.
- Arias, F. y Ramos, A. (2015). *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos*. Madrid: CEMA, S.L.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C.,... Babin, F. (2012). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 121-128.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C.,... Babin, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(1), 191-200.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B. y Basurte, I. (2014). Bipolar disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(2), 68-78.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B. y Basurte, I. (2015). Psicosis y drogas. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Revista de Patología Dual*, 2(1),1-7.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B. y Basurte, I. (2017). Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. *Adicciones*, 29(3), 186-194.

- Arnold, S. E., y Trojanowski, J. Q. (1996). Recent advances in defining the neuropathology of schizophrenia. *Acta of Neuropathology*, 92(3), 217-231.
- Asser, A. y Taba, P. (2015). Psychoestimulants and movement disorders. *Frontiers in Neurology*, 6, 1-13.
- Barca, A., Peralbo, M., Porto, A., Marcos, J. L., y Brenlla, J. C. (2011). Metas académicas del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato con alto y bajo rendimiento escolar. *Revista de Educación*, 354, 341-368.
- Barrio, G., De la Fuente, L., Royuela, L., Bravo, M.J., Regidor, E., y Rodríguez-Artalejo, F. (1999). Problemas respiratorios agudos y uso de cocaína o heroína por vía pulmonar. *Medicina Clínica*, 112(20), 775-7.
- Bernabarre, A. (2014). *Trastornos esquizoafectivos*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Bhagwagar, Z., Hinz, R., Taylor, M., Francy, S., Cowen, P. y Grasby, P. (2006). Increased 5-HT (2A) receptor binding in euthymic, medication-free patients recovered from depression: A positron emission study with [(11)C] MDL 100,907. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1580-7.
- Bilici, R., Yazici, E., Tufan, A.E., Mutlu, E., Izci, F. y Uğurlu, G.K. (2014). Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1599-604.
- Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Pèrés, K.,... Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *British Medical Journal*, 345, 1-12.
- Blanco Álvarez, T. y Jiménez-Morales, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída del consumo de drogas lícitas e ilícitas en dolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157.

- Bonay, E.E., Matusiewicz, A.K., Bohnert, A.S., Ilgen, M.A., Sanborn, M.L. y Chermack, S.T. (2018). Coping and violence perpetration in a residential substance use disorder treatment sample. *Journal of Addictive Diseases*, 1, 1-11.
- Bravo, M. J., Ortiz, A., Galván, J., Barrio, A., y de la Fuente, L. (1998). ¿Estamos estudiando adecuadamente las prácticas de inyección de drogas que implican riesgo de transmisión de enfermedades por vía parenteral? *Revista Española de Salud Pública*, 72, 289-301.
- Brown, E.S. (2005). Bipolar disorder and substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 415–425
- Burjalieva, A.D. (2016). Diagnostic indicators of comorbid alcohol and mood disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S.*, 11(2), 58-60.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 91-119.
- Camí, J. (1988). Farmacología de la cannabis. *Comunidad y Drogas*, 7, 31-60.
- Campbell, A. M., Evans, M., Thompson, J. L., y Williams, M. J. (1971). Cerebral atrophy in Young cannabis smokers. *The Lancet Psychiatry*, 2, 1219-1224.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González, H., y Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Carey, S.E., Nestor, L., Jones, J., Garavan, H. y hester, R. (2015). Impaired learning from errors in cannabis users: dorsal anterior cingulate cortex and hippocampus hypoactivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 175-182.
- Carod-Artal, F. J. (2003). Síndromes neurológicos asociados con el consumo de plantas y hongos con componente tóxico (II). Hongos y plantas alucinógenos, micotoxinas y hierbas medicinales. *Revista de Neurología*, 36(10), 951-960.
- Carroll, K. M. (1997). Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments; practical strategies. En: Simon-Onken. L., Blaine, J. D., eds. *Beyond the*

therapeutic Alliance: Keeping the drug-dependent individual in treatments.

Rockville: Department of Health and Human Services.

- Carvalho, A.F., Stubbs, B., Maes, M., Solmi, M., Vancampfort, D., Kurdyak, P.A.,...Koyanagi, A. (2018). Different patterns of alcohol consumption and the incidence and persistence of depressive and anxiety symptoms among older adults in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders, 19*, 238-651.
- Casas, M., Duro, P. y Guardia, J. (1993). El trastorno por dependencia de opiáceos. Conceptos básicos que deben ser manejados por el personal del Hospital General no especializado en drogodependencias. En J. Cadafalch y M. Casas (eds.), *El paciente heroinómano en el Hospital General*. Madrid: Citrán-Plan Nacional sobre Drogas-Generalitat de Catalunya.
- Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones, 14(1)*, 195-219.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En Casas, M. (coord.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2000). Barómetro marzo (Estudio nº 2.411). *Centro de Investigaciones Sociológicas*. Recuperado de <http://datos.cis.es/>
- Charnes, M. E. (1993). Brain lesions in alcoholics. *Alcohol Clinical and Experimental Research, 17*, 2-11.
- Cid-Monckton, P., y Pedrao, L. G. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latinoamericana Enfermagem, 19*, 738-745.
- Cohen, S. (1981). The intentional inhalation of volatile substances. *Advances in Substance Abuse, 2*, 123-143.

- Cohen, K. y Weinstein, A.M. (2018). Synthetic and non-synthetic cannabinoid drugs and their adverse effects-a review from public health prospective. *Frontiers in Public Health*, 6, 1-8.
- Córdoba, L. G., García, V., Luengo, L.M., Viziete, M., y Feu, S. (2012). Cómo influyen la trayectoria académica y los hábitos relacionados con el entorno escolar en el rendimiento académico en la asignatura de educación física. *RETOS. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 21, 9-13.
- Correa Muñoz, A.M. y Pérez Gómez, A. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *Liberabit. Revista de Psicología*, 19(2), 153-162.
- Coullaut Valera, R., Arbaiza Díaz del Río, I., Arrúe Ruiloba, R., Coullaut Valera, J. y Bajo Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 168-173.
- Cruz, E.L., Martins, P.D. y Diniz, P.R. (2017). Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. *Journal of Pediatrics*, 93(5), 442-451.
- Cunha, P. J., Nicastri, S., Gomes, L.P., Moino, R.M., y Peluso, M.A. (2004). Neuropsychological impairments in crack cocaine-dependent inpatients: preliminary findings. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 103-6.
- Daley, D. y Zuckoff, A. (2004). *Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Darke, S., Wodak, A., Hall, W., Heathern, N., y Ward, J. (1992). Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users. *British Journal of Addictions*, 87, 771-776.
- Dávila Martínez, V.P. (2011). *El éxito terapéutico: un análisis desde la perspectiva del cliente*. Tesis de grado no publicada, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.

- De Andrés-Muñoz, S. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas de Enfermería*, 20(2), 18-24.
- De la Fuente, L., y Barrio, G. (1996). Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacía un abordaje científico y priorizado. *Gaceta Sanitaria*, 10(57), 255-60.
- De Luca, M.A., Di Chiara, G., Cadoni, C., Lecca, D., Orsolini, L., Papanti, D.,...Schifano, F. (2017). Cannabis; epidemiological, neurobiological and psychopathological issues: an update. *CNS & Neurological Disorders-Drugs Targets*, 16(5), 598-609.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41, 342-8.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2018). Memoria anual 2014. Actividad de centros y servicios de prevención y atención a las drogodependencias. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública*. Recuperado de <http://www.san.gva.es/>
- Domínguez-Martín, A. L., Miranda-Estribí, M. D., Pedrero-Pérez, E. J., Pérez-López, M., y Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 112-120.
- Dumont, G.J., Sweep, F.C., van der Steen, R., Hermsen, R., Donders, A.R. y Touw, D. (2009). Increased oxytocin concentrations and prosocial feelings in humans after ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine) administration. *Society Neuroscience*, 4, 359-66.
- Dupont, R. L., y Saylor, K. E. (1991). Sedatives/hypnotics and benzodiazepines. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders*. Nueva York: Guildford Press.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S., Leyro, T., Powers, M. y Otto, M. (2008). A meta-Analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.

- Echeburúa, E. (1990). Terapia de conducta de la drogadicción. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Echeburúa, E., y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A World Health Organization, memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59, 225-242.
- EMCDDA (2015). *Perspectives on drugs. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. Lisboa: EMCDDA.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Rock, D., Roberts, S. A., Janal, M., Kestenbaum, C., Cornblatt, B.,... Gottesman, I. I. (2000). Attention, memory and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York high-risk project. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1416-22.
- Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E. y Auriacombe, M. (2010). Relationship between anxiety disorders and opiate dependence. A systematic review of the literatura. Implications for diagnosis and treatment. *Journal os Substance Abuse Treatment*, 38(3), 220-30.
- Fernández Artamendi, S., Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 180-190.
- Fernández Marcote, R. M., Henche, A. I. y González, R. (2011). Trastornos por estrés postraumático. En *Patología Dual. Manual de trastornos adictivos*. Madrid: Enfoque Editorial.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., 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.

- Ferre, M., Prat, M. y Andión, O. (2011). Trastorno límite de la personalidad. En *Patología Dual. Manual de trastornos adictivos*. Madrid. Enfoque Editorial.
- Freixa, F., Masferrer, J. y Sala, L. L. (1988). *Urgencias en drogodependencias*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade.
- Fond, G., Berna, F., Boyer, L., Godin, O., Brunel, L., Adrianarisoa, M.,...Bulzacka, E. (2018). Benzodiazepine long-term administration is associated with impaired attention/working memory in schizophrenia: results from the national multicentre FACE-SZ data set. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 268(1), 17-26.
- Fortea González, A., Oriolo, G., Balcells Oliveró, M., Sánchez del Valle, R. y Castellvi, M. (2017). Deterioro cognitivo secundario a trastorno por uso de benzodiacepinas y su reversibilidad: a propósito de un caso. *Adicciones*, 29(1), 61-63.
- Frokjaer, V.G., Mortensen, E.L., Nielsen, F.A, Haugbol, S., Pinborg, L.H. y Adams, K.H. (2008). Frontolimbic serotonin 2A receptor binding in healthy subjects is associated with personality risk factors for affective disorder. *Biological Psychiatry*, 63, 569-76.
- Gálvez-Flórez, J.F. y Rincón-Salazar, D.A. (2009). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 143-176.
- Gallagher, D. T., Hadjiefthyvoulou, F., Fisk, J. E., Montgomery, C., Robinson, S. J. y Judge, J. (2014). Prospective memory deficits in illicit polydrug users are associated with the average long-term typical dose of ecstasy typically consumed in a single session. *Neuropsychology*, 28(1), 43-54.
- Gao, Z., Wang, Z., Cao, B.R., He, Y., Xu, R.J. y Li, J. (2018). Determinants of drinking relapse after treatments in patients with alcohol dependence in Sichuan Province. *Journal of Sichuan University. Medical Science Edition*, 49(2), 264-270.

- Garavan, H., Kaufman, J.N., y Hester, R. (2008). Acute effects of cocaine on the neurobiology of cognitive control. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 363, 3267-76.
- García Más, M. P. (1999). *Evolución e intervención en la violencia familiar y alcoholismo*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas y Socidrogalcohol.
- García Pardo, M.P., Roger Sánchez, P., Rodríguez Arias, M., Miñarro, J. y Aguilar, M.A. (2017). Cognitive and behavioural effects induced by social stress plus MDMA administration in mice. *Behavioral Brain Research*, 319, 63-72.
- García Prieto, A., Bobes, J., Bousoño, M., Cervera, S., y Lemos, S. (1986). Psicopatología infanto-juvenil en hijos de alcohólicos. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(5), 239-247.
- Girón García, S. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 75-96.
- Goeb, J. L., Coste, J., Bigot, T. y Ferrand, I. (2000). Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients-a propos of 257 patients of the Cassini Center in Paris. *Encephale*, 26, 11-20.
- Goldstein, R.Z., Leskovjan, A.C., Hoff, A.L., Hitzemann, R., Bashan, F., Khalsa, S.S.,... Volkow, N.D. (2004). Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia*, 42(11), 1447-58.
- González, E. (1988). Repercusión psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos. *Revista Española de Drogodependencias* 20(4), 297-305.
- Górska, A.M., Kaminska, K., Wawrzczak-Bargieła, A., Costa, G., Morelli, M., Przewłocki, R.,... Gołembowska, K. (2018). Neurochemical and neurotoxic effects of MDMA (Ecstasy) and naffeine after chronic combined administration in Mice. *Neurotoxicity Research*, 33(3), 532-548.

- Gouzoulis Mayfrank, E. y Daumann, J. (2006). Neurotoxicity of methylenedioxyamphetamines (MDMA; ecstasy) in humans: how strong is the evidence for persistent brain damage? *Addiction*, 101, 3, 348-61.
- Granados, G. y Sánchez, M. (2011). *Enfermería en salud mental*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Gratch, L.O. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L.,...Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.
- Gual, A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 65-71.
- Guardia, J., Catafau, A. M., Batlle, F., Martín, J. C., Segura, L., Gonzalvo, B.,... Casas, M. (2000). Striatal Dopaminergic D2 receptor density, measured by 123-I-IBZM SPECT, might predict treatment outcome in alcohol dependent patients. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 127-129.
- Guardia, J., Iglesias, L., Segura, L. y Gonzalvo, B. (2007). Manejo del paciente con patología dual. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández (Eds.), *Manual SET de Alcoholismo*. Madrid: Panamericana.
- Gurriarán, X., Rodríguez-López, J., Flórez, G., Pereiro, C., Fernández, J.M., Fariñas, E.,... Costas, J. (2018). Relationships between substance abuse/dependence and psychiatric disorders based on polygenic scores. *Genes, Brain and Behavior*, 5, 1-25.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I.,...Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-51.
- Harvey, P.D., y Sharma, T. (2002). *Understanding and treating cognition in schizophrenia: a Clinician's Handbook*. London, UK: Martin Dunitz.

- Haynes, R. B. (1976). A critical review for the “determinants” of patient compliance with therapeutic regimens. En D. L. Sackett y R. B. Haynes (eds.), *Copilance with therapeutic regimens*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Herrera, J. M., Barberán, M., y Yumar, T. (2008). La adherencia al tratamiento en una Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD). *Trabajo Social y Salud*, 61, 155-82.
- Herrera, J. M., Gara, M., de la Rosa, M. y Hernández, P. (2011). Perfil de los usuarios de la Unidad de Atención al Drogodependiente (UAD) consumidor de benzodiacepinas. *Trabajo Social y Salud*, 69, 331-349.
- Hjorthøj, C., Albert, N. y Nordentoft, M. (2018). Association of substance use disorders with conversion from schizotypal disorder to schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 75(7), 733-739.
- Huang, L., Massa, L. y Karle, J. (2006). Prevalence, correlates and comorbidity of nonmedical prescription drug use disorders in the United States: results of the National Epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions (NERSAC). *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1062-73.
- Huhtaniska, S., Jääskeläinen, E., Heikka, T., Moilanen, J.S., Lehtiniemi, H., Tohka, J.,...Miettunen, J. (2017). Long-term antipsychotic and benzodiazepine use and brain volume changes in schizophrenia: The Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 266, 73-82.
- Hyman, S. E., Malenka, R.C., y Nestler, E.J. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annual Review of Neuroscience*, 29, 565-98.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). Demografía y población. *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado de <http://www.ine.es/>
- Ioime, L., Guglielmo, R., Affini, G.F., Quatrone, M., Martinotti, G., Callea, A.,... Janiri, L. (2018). Neuropsychological performance in alcohol dependent patients: a one-year longitudinal study. *Psychiatry Investigation*, 15(5), 505-513.

- Jeremías, C., Sánchez, E., Ruíz, I., Galván, J., Roquer, M. y Zayas. P. (2017). *Uso y abuso de los antidepresivos y ansiolíticos*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/114220>
- Jiménez, M.D., Muela, J. A., García, A., y Garrancho, M. D. (2004). Esquizotipia psicométrica y alteraciones atencionales. *Psicothema*, 16(1), 22-26.
- Johansen, P.Ø. y Krebs, T.S. (2009). How could MDMA (ecstasy) help anxiety disorders? A neurobiological rationale. *Journal of Psychopharmacology*, 23, 389-91.
- Jovanovski, D., Erb, S., y Zakzanis, K.K. (2005). Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 27(2), 189-204.
- Junta Editorial de Cáncer. (2015). Términos relativos al cáncer después del tratamiento. *Cancer.Net*. Recuperado de: <https://www.cancer.net/>
- Ka, M., Kook, Y.H., Liao, K., Bunch, S. y Kim, W.Y. (2017). Transactivation of TrkB by Sigma-1 receptor mediates cocaine-induced changes in dendritic spine density and morphology in hippocampal and cortical neurons. *Cell Death and Disease*, 7, 1-14.
- Kasai, K., Iwanami, A., Yamasue, H., Kuroki, N., Nakagome, K., y Fukuda, M. (2002). Neuroanatomy and neurophysiology in schizophrenia. *Neuroscience Research*, 43(2), 93-110.
- Kawas, O. (2005). La adherencia terapéutica en la esquizofrenia: un reto para el Siglo XXI. *XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panamericana de Psiquiatría*.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. y Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-21.

- Kessler, K. y Merikangas, K. R. (2004). The national comorbidity survey replication (NCSR): Background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 69–92.
- Khubchandani, J. y Price, J.H. (2018). Violent behaviors, weapon carrying, and firearm homicide trends in african american adolescents, 2001-2015. *Journal of Community Health*, 5, 1-9.
- Kinderman, S. S., karimí, A., Symonds, L., Brown, G. G., y Jeste, D. V. (1997). Review of functional magnetic resonance imaging in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 27(2-3), 143-156.
- Kolansky, H., y Moore, R.T. (1972). Toxic effects of chronic marihuana use. *Journal of American Medical Association*, 222, 35-41.
- Kramer, J. F., y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre la dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.
- Krausz, M., Degkwitz, P., Kühne, A. y Verthein, U. (1998). Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 767-783.
- Krupitsky, E., Burakov, A., Romanova, T., Dunaevsky, I., Strassman, R. y Grienko, A. (2002). Ketamine psychotherapy for heroin addiction: immediate effects and two-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 273-83.
- Krupitsky, E., Burakov, A., Dunaevsky, I., Romanova, T., Slavina, T. y Grinenko, A. (2007). Single versus repeated sessions of ketamine-assisted psychotherapy for people with heroin dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, 13-9.
- Kübler, A., Murphy, K., y Garavan, H. (2005). Cocaine dependence and attention switching within and between verbal and visuospatial working memory. *European Journal of Neuroscience*, 21(7), 1984-92.
- Kuypers, K., Verkes, R.J., van der Brink, W., van Amsterdam, J. y Ramaekers, J.G. (2018). Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review. *European Neuropsychopharmacology*, 1, 1-34.

- Lagnaoui, R., Bégaud, B., Moore, N., Chaslerie, A., Fourrier, A., Letenneur, L.,... Moride, Y. (2002). Benzodiazepine use and risk of dementia: a nested case-control study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(3), 314-8.
- Landheim, A. S., Bakken, K. y Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry*, 6, 44.
- Langas, A. M., Malt, U. F. y Opjordsmoen, S. (2012). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area, a clinical study. *BMC Psychiatry*, 11, 25.
- Larsen, J.K. (2017). LSD treatment in Scandinavia: emphasizing indications and short-term treatment outcomes of 151 patients in Denmark. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(7), 489-495.
- Lee, K., Hutton, H.E., Lesko, C.R., Monroe, A.K., Alvanzo, A., McCaul, M.E. y Chander, G. (2018). Associations of drug use, violence, and depressive symptoms with sexual risk behaviors among women with alcohol misuse. *Womens Health Issues*, 8, 1-8.
- Lemos, S., Paíno, M., Inda, M., y Besteiro, J. L. (2004). A combined measure for detection of schizotaxia. *Psicothema*, 16(2), 299-308.
- Levy, M., Saemann, R. y Oepen, G. (1996). Neurological comorbidity in treatment-resistant dual diagnosis patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(2), 103-110.
- Lineberry, T. W. y Brady, K. T. (2015). *Suicide and substance disorders. A concise guide to understanding suicide*. Cambridge: Medicine Lundbeck Institute.
- López, A., Becoña, E., Casete, L., Lage, M. T., Díaz, E., y García, J. M. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9(3), 215-227.
- López Giménez, J.F. y González Maeso, J. (2018). Hallucinogens and Serotonin 5-HT_{2A} Receptor-Mediated Signaling Pathways. *Journal of Affective Disorders*, 36, 45-73.

- López Goñi, J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., y Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 104-11.
- López Goñi, J., Fernández-Montalvo, J., y Artega, A. (2011). El abandono (dropout) en el tratamiento de la adicción: explorando las características de los pacientes. *The American Journal on Addictions*, 21, 78-85.
- Lundqvist, T. (1995). *Cognitive dysfunctions in Chronic cannabis users observed during treatment: an integrative approach*. University of Lund and Stockholm: Aalmqvist and Wiksell International.
- Madden, G.J., Petra, N.M., Badger, G.J., y Bickel, W.K. (1997). Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: drug and monetary rewards. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5(3), 256-62.
- Mandelbaum, D.E. y de la Monte, S.M. (2017). Adverse structural and functional effects of marijuana on the brain: evidence reviewed. *Pediatric Neurology*, 66, 12-20.
- Marín Madrigal, C. y Calderón-Barboza, J. (2018). Prevalencia del consumo de sustancias y la aparición de la enfermedad mental en adolescentes. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 34, 1-14.
- Marmorstein, N. R. (2011). Associations between subtypes of major depressive episodes and substance use disorders. *Psychiatry Research*, 186, 248-253.
- Martínez, M., Dolz M., Alonso J., Luque I., Palacín C., Bernal M.,...Vilagut G. (2006): Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clínica*. 12 (126), 445 – 451.
- Martínez González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O., y Verdejo-García, A. (2014). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 26(2), 116-125.

- Martínez González, J. M., Graña, J. L., y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2), 105-112.
- Martins, C.S., Arria, A.M., Mezzich, A.C. y Bukstein, O.G. (1993). Patterns of polydrug use in adolescent alcohol abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(4), 511-21.
- Mathew, R. J., y Wilson, W. H. (1992). The effects of marijuana on cerebral blood and metabolism. En L. Murphy y A. Bartke (Ed.), *Marijuana-Cannabinoids: Neurobiology and Neurophysiology*. Boca Ratón: CRC Press.
- Mc Carty, D., Gustafson, D., Wisdom, J., Ford, L., Chor, D., Molfenter, T.,... Cotter, F. (2007). The network for the improvement of addiction treatment (NIATX): Enhancing Access and retention. *Drug Alcohol Dependence*, 88, 138-145.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. y Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689-1695.
- Medina-Mora, M. E., Karina-López, E., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., y Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población infantil. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1, 7-14.
- Medrano, J., Sadaba, G., y Marot, M. (1992). Fundamentos lesionales y clínicos del daño cerebral alcohólico. *Archivos de Neurobiología*, 55, 147-155.
- Méndez Guerrero, A., Gata Maya, D., Domingo Santos, A., y Bermejo Pareja, F. (2015). Patología neurológica en intoxicaciones y consumo de drogas. Manifestaciones neurológicas de las formas agudas y crónicas del alcoholismo. *Medicine*, 11(76), 4572-9.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2017). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Mithoefer, M.V., Wagner, M.T., Mithoefer, A.T., Jerome, L. y Dobblin, R. (2011). The safety and efficacy of \pm 3, 4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 25, 439-52.
- Mithoefer, M., Wagner, M., Mithoefer, A., Jerome, L., Martin, S. y Yazar-Klosinski, B. (2012). Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamine- assisted psychotherapy: a prospective long-term follow-up study. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 28-39.
- Moreno, F.A., Wiegand, C.B., Taitano, E.K. y Delgado, P.L. (2006). Safety, tolerability, and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1735-40.
- Morkrysz, C. y Freeman, T.P. (2018). Commentary on Meier et al. (2018): Smoke and mirrors-are adolescent cannabis users vulnerable to cognitive impairment? *Addiction*, 113(2), 266-267.
- Mothner, I. y Weitz, A. (1986). *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Martínez Roca
- Muñoz García, J. J., y Graña Gómez, J. L. (2011). Las funciones ejecutivas en subtipos de drogodependientes en tratamiento. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 29-50.
- Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 24, 1-13.
- Natera, G., Borges, G., Medina, M. E., Solís, L., y Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México*, 43(1), 17-26.
- Natera, G., Juárez, F., y Medina-Mora, M. L. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 165-173.

- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Advancing Addiction Science*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov.es/>
- Nichols, D.E. (2018). Dark classics in chemical neuroscience: Lysergic Acid Diethylamide (LSD). *ACS Chemical Neuroscience*, 5, 1-13.
- NIDA. (2014). *La ciencia de la adicción. Programa Internacional del Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas*. Recuperado de <http://www.drogabuse.gov.es/>
- Núñez-Dominguez, L.A. (1977). Cannabis y psicosis. Relaciones etiopatogénicas. *Adicciones*, 9(1), 129-143.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B.,... Schneider, U. (2009). Comorbilidad de la dependencia a alcohol y drogas y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *RET, Revista de Toxicomanías*, 58, 12-18.
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S. y Blanco, C. (2018). Service Use Preceding Opioid-Related Fatality. *American Journal of Psychiatry*, 175(6), 538-544.
- OMS. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- OMS (1995): *Lexicon of alcohol and drug terms*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Helsinki: OMS.
- OMS. (2007). *Neurological disorders: public health challenges*. Switzerland: World Health Organization.
- OMS. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. En *Informe sobre la salud en el mundo 2013*. Madrid: Autor.
- Ordóñez Mancheno, J.M. (2017). *Prevalencia de patología dual y factores de riesgo en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Cuenca, Abril-Diciembre 2016*. Tesis de Magíster no publicada, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington, D.C.: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Ornstein, T.J., Iddon, J.L., Baldacchino, A.M., Sahakian, B.J., London, M., Everitt, B.J., y Robbins, T.W. (2000). Profiles of cognitive dysfunction in chronic amphetamine and heroin abusers. *Neuropsychopharmacology*, 23(2), 113-126.
- Ortega García, J. A., Ferrís Tortajada, J., Berbel Tornero, O., Romero, K. L., Rubalcava, L. y Martínez-Salcedo, E. (2006). Neurotóxicos medioambientales (IV). Tabaco, alcohol, solventes, flúor y aditivos alimentarios: efectos adversos en el sistema nervioso fetal y posnatal y medidas preventivas. *Acta Pediátrica Española*, 64 (10), 493-502.
- Ortiz, A. (1982). El consumo de inhalantes en México. Variables psicosociales asociadas y consecuencias de su uso. *I Reunión Sobre Investigación y Enseñanza*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Pace Schott, E.F., Morgan, P.T., Malison, R.T., Hart, C.L., Edgar, C., y Walker, M. (2008). Cocaine users differ from normal on cognitive tasks which show poorer performance during drug abstinence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 109-21.
- Palomero Pescador, J.E. (2005). Estudio epidemiológico de los trastornos generalizados del desarrollo en la población infantil y adolescente de la comunidad autónoma de Aragón. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(2), 221-223.
- Pantalon, M.V., Murphy, M.K., Barry, D.T., Lavery, M. y Swanson, A.J. (2014). Predictors and moderators of aftercare appointment-keeping following brief motivational interviewing among patients with psychiatric disorders or dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, 10(1), 44-51.
- Pascual, F., Fernández, J. J., Díaz, S., y Sala, C. (2017). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Paterniti, S., Dufouil, C., y Alpérovitch, A. (2002). Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the epidemiology of vascular aging study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(3), 285-293.
- Pau, C.W, Lee, T.M, y Chan, S.F. (2002). The impact of heroin on frontal executive functions. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(7), 663-70.
- Pedrelli, P., Shapero, B., Archibald, A., y Dale, C. (2016). Alcohol use and depression during adolescence and Young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Current Addiction Reports*, 3(1), 91-97.
- Pelletier, S., Alarcon, R., Ewert, V., Forest, M., Nalpas, B. y Perney, P. (2018). Comparison of the MOCA and BEARNI tests for detection of cognitive impairment in in-patients with alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 249-253.
- Pereiro, C. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pérez Gálvez, B. S. (1992). Características de personalidad de los hijos de alcohólicos: un modelo interactivo. *Adicciones*, 4, 273-284.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2014-2015). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, ESTUDES. *Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Plan Nacional sobre Drogas (2015). Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. *Plan Nacional Sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2016). Indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2014. *Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Plan Nacional sobre Drogas (2017a). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES. *Plan Nacional Sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

- Plan Nacional sobre Drogas (2017b). III plan estratégico de drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana 2014-2015. *Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>.
- Pogue, Y. Z., Hakes, J. K., y Sloan, F. A. (2017). Is major depression linked to alcohol-impaired driving? *Substance Use & Misuse*, *52*(14), 1871-82.
- Preston, K.L., Jobes, M.L., Phillips, K.A. y Epstein, D.H. (2016). Real-time assessment of alcohol drinking and drug use in opioid-dependent polydrug users. *Behavioural Pharmacology*, *27*(7), 579-84.
- RCPSYCH. (2018). *Cannabis y salud mental*. Recuperado de <https://www.rcpsych.ac.uk>
- Reddon, H., Pettes, T., Wood, E., Nosova, E., Milloy, M.J., Kerr, T y Hayashi, K. (2017). Incidence and predictors of mental health disorder diagnoses among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, *217*, 1-28.
- Reiger, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of American Medical Association*, *264*(19), 2511-18.
- Rigucci, S., Xin, L., Klauser, P., Baumann, P.S., Alameda, L., Cleusix, M.,...Gruetter, R. (2018). Cannabis use in early psychosis is associated with reduced glutamate levels in the prefrontal cortex. *Psychopharmacology*, *235*(1), 13-22.
- Riquelme, G., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Girsbrech, N. y Khenti, A. (2012). Características del policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes en Chile. *Texto & Contexto Enfermería*, *21*, 34-40.
- Rivas Acuña, V., Rodríguez Hernández, C.M., Arias Guzmán, M. R., Carrillo Hernández, L., Zetina Contreras, E. y González Jorge, R. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, *67*, 71-77.

- Robert Segarra, A. (2011). Uso de inhalantes y riesgo del consumo en adolescentes. *Revista Adicción y Ciencia*, 1(1), 1-8.
- Roberts, C.A., Quednow, B.B., Montgomery, C. y Parrot, A.C. (2018). MDMA and brain activity during neurocognitive performance: an overview of neuroimaging studies with abstinent “Ecstasy” users. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 470-482.
- Rodríguez Jiménez, R., Aragues, M., Jimenez Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A.,... Palomo, T. (2008). Dual diagnosis in psychiatric inpatients: Prevalence and general characteristics. *Investigación Clínica*, 49(2), 195-205.
- Rajo-Mota, G., Pedrero Pérez, E. J., Ruiz Sánchez de león, J. M., Llanero Luque, M., y Puerta García, C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de Neurología*, 56(3), 129-136.
- Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Bachiller, D., Szerman, N., Casas, M. y Ruiz, P. (2011a). Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(3), 131-154.
- Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O. y Casas, M. (2010). *Protocolos de intervención en patología dual: Esquizofrenia*. Barcelona: Edikamed.
- Roncero, C. y Casas, M. (2016). *Patología dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Marge Books.
- Roncero, C., Collazos, F., Valero, S. y Casas, M. (2007). Cannabis consumption and development of psychosis: state of the art. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(3), 182-189.
- Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Valero, S., Castells, X., Grau-López, L.,... Casas, M. (2013a). Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *European Psychiatry*, 28(3), 141-6.
- Roncero, C., Fuste, G., Barral, C., Rodríguez Cintas, L., Martínez Luna, N., Eiroa Orosa, F. E. y Casas, M. (2011b). Therapeutic management and comorbidities in opiate-

dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study. *Heorin Addiction Related Clinical Problems*, 13(3), 5-16.

Roncero, C., Gómez Baeza, S., Vázquez, J. M., Terán, A., Szerman, N., Casas, M. y Bobes, J. (2013b). Percepción de los profesionales españoles sobre la adherencia terapéutica en patología dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 319-29.

Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos-Quiroga, J. y cols. (2012). Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 63-69.

Ros Soler, A. I., Valoria Martínez, A. y Nieto Munuera, J. (2004). Consumo de cocaína y otros psicoestimulantes: su relación con el síndrome de hiperactividad. *Actas Españolas de psiquiatría*, 32(6), 346-352.

Ros Soler, A.I. (2014). *Consumo de drogas y su relación con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Un estudio prospectivo: 1981-2013*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, Murcia, España.

Ruiz Sánchez de León, J.M., Pedrero Pérez, E., Llanero Luque, M., Rojo Mota, G., Olivar Arroyo, A., Bouso Saiz, J.C., y Puerta García, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 21(2), 119-32.

Ruvalcaba, N. A., y Covarrubias, M. G. (2012). Diferencias en estilos parentales y clima familiar entre población clínica y población general. Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental. En *V Congreso Internacional de Salud Mental*. México: Universidad de Guadalajara.

Sabaté, E. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Saiz, F., Ruiz, I., y Salvador, L. (1998). Estudio de detección de problemas psiquiátricos en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento. *Revista Española de Drogodependencias*, 23(2), 161-168.
- Samet, S., Fenton, M. C., Nunes, E., Greenstein, E., Aharonovich, E. y Hasin, D. (2013). Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. *Addiction*, 108, 115-123.
- Sánchez Cardoso, O.A., Oswaldo González, J., Domínguez Márquez, C. y López Castro, A. (2007). Estudio de policonsumo en una muestra de conductores de Bogotá. Año 2005. *Revista de la Facultad de Medicina*, 55(1), 14-23.
- Sánchez Hervás, E., Secades, R., Santonja, F. J., Zacarés, F., García, O., Martín, E.,... García, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59-64.
- Sánchez de Cos, J., Rodríguez, D., Ultrabo, I., Gallego, R., Sojo, M. y Hernández, M. (2015). Recidivas y segundos tumores en el cáncer de pulmón de larga supervivencia. *Archivos de Bronconeumología*, 52(4), 183-188.
- SANED. (2015). Recursos y necesidades asistenciales en patología dual. *SEPD. Adicciones y otros trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.patologiadual.es>
- Santamaria, S. e Iglesias, C. (2001). Esquizofrenia y sustancias psicótropas de consumo frecuente en nuestro medio. *Adicciones*, 13, 385-91.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I. Echeburúa, E., y Corral, P. (1996). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades Violentas*. Madrid: Pirámide.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis treatment (5ª ed.)*. Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Sessa, B. (2018). The 21st century psychedelic renaissance: heroic steps forward on the back of an elephant. *Psychopharmacology*, 235(2), 551-560.

- Silva, A. F., Cerqueira, A. M., y Rocha, O. C. (2004). Programa de deshabitación ¿Cuáles son los factores que llevan al dropout? *Revista Española de Drogodependencias*, 1, 62-70.
- Solowji, N. (1995). Do cognitive impairments recover following cessation of cannabis use?. *Life Sciences*, 56, 2119-26.
- Solowji, N., Grenyer, B., Peter, R., y Chester, G. (1997). Long-term cannabis use impairs memory process and frontal lobe function. En *1997 Symposium on the Cannabinoids*. Burlington, Vermont: International Cannabinoid Research Society.
- Solowji, N. (1999). *Cannabis and cognitive functioning. International Research Monographs in the Addictions*. Cambridge: University Press.
- Srivastava, M., Jain, S. y Partes, A. (2018). Substance use among outdoor treatment-seeking patients with mental illness: A case-control study from a tertiary care hospital of northern India. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 7-75.
- Stone, W. S., Faraone, S. V., y Tsuang, M. T. (2004). *Early clinical intervention and prevention in schizophrenia*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Straussner, S.L. y Fewell, C.H. (2018). A review of recent literature on the impact of parental substance use disorders on children and the provision of effective services. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(4), 363-367.
- Swett, C. y Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I.,... Poyo, F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255.
- Szerman, N., Marín Navarrete, R., Fernández Mondragón, J. y Roncero, C. (2015). Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1(1), 50-67.

- Téllez Ramales, V.M., y Flores Olvera, D. M. (2013). Características de las funciones de memoria en pacientes policonsumidores de sustancias psicoactivas. *Academia*. Recuperado de <http://www.academia.edu/>
- Tennant, F. S., y Groesbeck, C.J. (1972). Psychiatric effects of hashih. *Archives of General Psychiatry*, 27(1), 133-136.
- Thakkar, A., Parekh, K., El Hachem, K. y Mohanraj, E.M. (2017). A Case of MDMA-Associated Cerebral and Pulmonary Edema Requiring ECMO. *Case Reports in Critical Care*, 217, 1-4.
- Thunving, K., Lundqvist, T., y Eriksson, D. (1986). A way out of the fog: an outpatient program for cannabis users. En G. Chesler, P. Consoe, R. Musty (ed.), *Marijuana: An International Research Report, National Campaign Against Drug abuse Monograph Series Nº 7*. Canberra: Australian Government Printing Service.
- Thunving, K., Thulin, O., Risberg, J., y Warkentin, S. (1988). Regional cerebral blood flow in long-term cannabis heavy cannabis use. *Psychiatry Research*, 17, 15-21.
- Tiffany, S. T. (2000). Cognitive model of drug urges and drug abuse behavior: role of automatic and non automatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147- 68.
- Timko, C., Ilgen, M., Haverfield, M., Shelley, A. y Breland, J.Y. (2017). Polysubstance use by psychiatry inpatients with co-occurring mental health and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 319-322.
- Topiwala, A. y Ebmeier, K.P. (2017). Effects of drinking on late-life brain and cognition. *Evidence-Based Mental Health*, 21(1), 12-15.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., y Domindo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorder in Europe, EMCDDA. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/>

- United States Department of Health and Human Services. (2012). 2012 NSDUH study. *National Survey on Drug Use and Health, NSDUH*. Recuperado de <https://nsduhweb.rti.org>.
- Valero, L., Ortiz Tallo, M., Parra, M. M., y Jiménez, M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de Psicología*, 29(1), 38-47.
- Vallersnes, O. M., Dines, A. M., Wood, D. M., Yates, C., Heyerdahl, F., Hovda, K. E. y Giraudon, I. (2016). Psychosis associated with acute recreational drug toxicity: a european case series. *BMC Psychiatry*, 18(16), 293.
- Vaz, F.J., Peñas, E.M. y Guisado, J.A. (2013). Bulimia multiimpulsiva y bulimia nerviosa asociada a patología límite: algunas pruebas acerca de su identidad clínica. *Psiquiatría Biológica*, 8(6), 212-218.
- Vearrier, D., Greenberg, M. I., Miller, S. N., Okaneku, J. T., y Haggerty, D. A. (2012). Methamphetamine: history, pathophysiology, adverse health effects, current Trends, and hazards associated with the clandestine manufacture of methamphetamine. *Disease a Month*, 58(2), 38-89.
- Vega Fuente, A. (1994). De la ruta del bacalao a la educación especial: la problemática de los hijos de padres alcohólicos. En *XI Jornadas de Universidad y Educación Especial*. Gerona: Universidad de Gerona.
- Vellgan, D. I., Leiden, P. J., Sajalovic, M., Scout, J., Carpenter, D., Ross, R. y Docherty, J. P. (2009). The expert consensus guideline series: adherent problems in patients with serious and persistent mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4), 1-46.
- Verdejo García, A.J., López Torrecillas, F., Aguilar de Arcos, F., y Pérez García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis. *Addictive Behaviors*, 30(1), 89-101.

- Verdoux, H., Mury, M., Besançon, G. y Bourgeois, M. (1996). Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders. *Encephale*, 22(2), 95-101.
- Vérez Cotelo, N. (2012). Patología dual y atención farmacéutica. *BIM-FARMA*, 78, 1-10.
- Villarreal González, M. E., Sánchez Sosa, J.C., y Musitu, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857-873.
- Viola, T.W., Tractenberg, S.G., Kluwe-Schiavon, B., Levandowski, M.L., Sanvicente-Vieira, B., Wearick-Silva, L.E.,...Grassi-Oliveira, R. (2015). Brain-derived neurotrophic factor and delayed verbal recall in crack/cocaine dependents. *European Addiction Research*, 21(5), 273-278.
- Volkow, N. D., Gillespie, H., Mullani, N., Tancredi, L., Grant, C., Ivanovic, M., y Hollister, L. (1991). Use of positron emission tomography to investigate the action of marihuana in the human brain. En G. Nahas y C. Latour (Ed.), *Psysiopathology of illicit drugs: cannabis, cocaine, opiates*. Oxford: Pergamon Press.
- Volkow, N. D., Gillespie, H., Mullani, N., Tancredi, L., Grant, C., Vanetine, A., y Hollister, L. (1996). Brain glucose-metabolism in chronic marijuana users at baseline and during marijuana intoxication. *Psychiatric research: Neuroimaging*, 67(1), 29-38.
- Volkow, N.D., Chang, L., Wang, G.J, Fowler, J.S., Leonido-Yee, M., Franceschi, D.,... Miller, E.N. (2001). Association of dopamine transporter reduction with psychomotor impairment in methamphetamine abusers. *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), 377-382.
- Vonmoos, M., Hulka, L.M., Preller, K.H., Jenni, D., Baumgartner, M.R., Stohler, R.,...Quednow, B.B. (2013). Cognitive dysfunctions in recreational and dependent cocaine users: role of attention-deficit hyperactivity disorder, craving and early age at onset. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), 35-43.
- Vonmoos, M., Hulka, L.M., Preller, K.H., Minder, F., Baumgartner, M.R. y Quednow, B.B. (2014). Cognitive impairment in cocaine users is drug-induced but partially

reversible: evidence from a longitudinal study. *Neuropsychopharmacology*, 39(9), 2200-10.

Walker, D. W., King, M. A., y Hunter, B. E. (1993). Alterations in structure of hipocampus after long-term etanol consumption. En W. A. Hunt y S. J. Nixon (Eds.), *Alcohol-induced brain damage*. Rockville, MD: NIAA.

Wang, L., Min, J.E., Krebs, E., Evans, E., Huang, D., Liu, L.,... Nosyk, B. (2017). Polydrug use and its association with drug treatment outcomes among primary heroin, methamphetamine, and cocaine users. *International Journal of Drug Policy*, 49, 32-40.

Weiss, C. J, y Millman, R. B. (1991). Hallucinagens, phencyclidine, marijuna, inhalants. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook os addictive disorders*. Nueva York: Guildford Press.

White, J., Mortensen, L.H. y Batty, G.D. (2012). Cognitive ability in early adulthood as a predictor of habitual drug use during later military service and civilian life: the Vietnam Experience Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 164-168.

Wierzbicki, M. y Pekarik, G. A. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Profesional Psychology, Research and practice*, 24, 190-195.

Wilens, T. E. (2014). Attention-deficit/ hyperactivity disorder and the substance use disorder: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 283-301.

Wittchen, H.U. y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe. A critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-76.

Woicik, P.A., Moeller, S.J., Alia-Klein, N., Maloney, T., Lukasik, T.M., Yeliosof, O.,... Goldstein, R.Z. (2009). The neuropsychology of cocaine addiction: recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*, 34(5), 1112-22.

- Wunderli, M.D., Vonmoos, M., Niedecker, S.M., Hulka, L.M., Preller, K.H., Baumgartner, M.R.,...Quednow, B.B. (2016). Cognitive and emotional impairments in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and cocaine use. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 92-99.
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B. y Drake, R. E. (2005). Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 56, 1282-87.
- Xue, H., Sun, Q., Liu, L., Zhou, L., Liang, R., He, R. y Yu, H. (2017). Risk factors of transition from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease and death: a cohort study. *Comprehensive Psychiatry*, 78, 91-97.
- Yatham, L.N., Liddle, P.F., Erez, J., Kauer-Sant'Anna, M., Lam, R.W. y Imperial, M. (2010). Brain serotonin-2 receptors in acute mania. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 47-51.
- Zamora, Y. R. (2014). Predicción del abandono del tratamiento en adictos mediante el cuestionario VPA-30. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 11(2), 1-13.
- Zhu, Y., Wang, Y., Lai, J., Wei, S., Zhang, H., Yan, P.,...Yin, F. (2017). Dopamine D1 and D3 receptors modulate heroin-induced cognitive impairment through opponent actions in mice. *International Journal of Psychopharmacology*, 20(3), 257-268.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO I: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS DE SUJETO

Número de sujeto: Número dado al azar.

Número de historia clínica del centro UCA.

Fecha primera consulta en UCA.

Fecha de nacimiento.

Edad.

Sexo:

- 1- Mujer.
- 2- Hombre.

Procedencia: País y lugar de nacimiento.

Población de residencia.

Nivel educativo:

1. Analfabeto.
2. Sin estudios.
3. Educación primaria.
4. Educación secundaria.
5. Estudios de nivel medio (FP o BACH).
6. Estudios Superiores (Universitarios).

Situación laboral

0. Incapacidad permanente.
1. Trabajo fijo.
2. Trabajo puntual.
3. Paro laboral primer empleo.
4. Paro laboral segundo empleo.
5. Jubilado o pensionista.
6. Rentista.
7. Estudiante.
8. Labores domésticas.
9. Incapacidad provisional.

Estado civil

1. Soltero.
2. Casado.
3. Viudo.
4. Divorciado.
5. Separado.
6. Unión consensada.

Tipo principal diagnóstico TUS: Operativizado según los códigos diagnósticos de la CIE-10.

Número de sustancias consumidas.

1. Consumo de una sustancia tóxica.
2. Consumo de dos sustancias tóxicas.
3. Consumo de tres o más sustancias tóxicas.

Patología dual

0. No hay presencia de patología dual.
1. Sí hay presencia de patología dual.

Tipo de diagnóstico comórbido al TUS: Operativizado según los códigos de la CIE-10.

Adherencia al tratamiento

1. Adherencia baja.
2. Adherencia media.
3. Adherencia alta.

Tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS:

0. Abandono del tratamiento antes de 7 meses.
1. Abandono del tratamiento entre los 7 y 12 meses.
2. Abandono del tratamiento entre los 13 y 17 meses.
3. Cumplimiento del tratamiento durante 18 meses.

Tasa de éxito terapéutico a largo plazo:

0. No hubo contacto por consumo de sustancias durante 5 años después de haber estado en tratamiento TUS.
1. Sí hubo contacto por consumo de sustancias durante 5 años después de haber estado en tratamiento TUS.

Contacto posterior con Servicios Neurología

0. No hubo contacto posterior.
1. Sí hubo contacto posterior.

Desarrollo posterior de comorbilidad mental

0. No hubo desarrollo posterior de otro trastorno mental.
1. Sí hubo desarrollo posterior de otro trastorno mental.

Tipo de diagnóstico mental desarrollado con posterioridad: Operativizado según los códigos de la CIE-10.

Fecha de contacto con Servicios de Neurología.

Fecha de diagnóstico de otro trastorno mental.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	11
2.	MARCO TEÓRICO.....	15
2.1	CONCEPTUALIZACIÓN DEL TUS.....	17
2.1.1	Abuso.....	23
2.1.2	Dependencia.....	24
2.1.3	Tolerancia.....	25
2.1.4	Abstinencia.....	26
2.1.5	Intoxicación.....	27
2.1.6	Craving.....	27
2.2	PATOLOGÍA DUAL-COMORBILIDAD.....	29
2.3	EPIDEMIOLOGÍA DEL TUS.....	31
2.3.1	El TUS a nivel nacional.....	31
2.3.2	El TUS en la Comunidad Valenciana.....	35
2.3.3	El TUS en el Departamento de Salud de Orihuela.....	42
2.4	EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL-COMORBILIDAD 46	
2.5	CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES DEL TUS.....	58
2.6	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y ÉXITO TERAPÉUTICO.....	77
3.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	85
3.1	OBJETIVOS.....	87
3.2	HIPÓTESIS.....	89
4.	MATERIAL Y MÉTODO.....	91
4.1	MUESTRA.....	93
4.2	INSTRUMENTOS.....	95

4.3	VARIABLES	97
4.3.1	Tipo de Diagnóstico TUS.....	97
4.3.2	Número de sustancias consumidas.....	98
4.3.3	Patología dual y tipo.....	98
4.3.4	Adherencia al tratamiento.....	102
4.3.5	Tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS	103
4.3.6	Tasa de éxito terapéutico del tratamiento TUS a largo plazo 103	
4.3.7	Contacto posterior con los Servicios de Neurología.....	104
4.3.8	Desarrollo posterior de comorbilidad mental	104
4.4	PROCEDIMIENTO	105
4.5	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	108
5.	RESULTADOS	109
5.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	111
5.1.1	Sexo	111
5.1.2	Edad.....	115
5.1.3	Situación laboral.....	118
5.1.4	Nivel educativo	120
5.1.5	Estado civil	123
5.1.6	Mortandad experimental.....	125
5.2	TASA DE ADMISIONES A TRATAMIENTO POR TUS EN LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ORIHUELA.....	127
5.3	TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS.....	133
5.3.1	Diagnósticos TUS.....	133
5.3.2	Diagnóstico de policonsumo.....	138
5.3.3	Patología dual	139
5.3.4	Categorías y diagnósticos comórbidos al TUS.....	140

5.3.5	Coincidencia de los diagnósticos TUS con otras categorías diagnósticas.	143
5.4	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES CON TUS.....	145
5.4.1	Descripción de variables	145
5.4.2	Relación de variables	148
5.5	RELACIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LAS TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO	154
5.5.1	Tipologías diagnósticas TUS y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.	154
5.5.2	Diagnóstico de policonsumo y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico	163
5.5.3	Patología dual y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.....	169
5.6	RELACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, LA TASA DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO Y LAS COMPLICACIONES DEL TUS CON EL DESARROLLO POSTERIOR DE OTRAS PATOLOGÍAS (NEUROLÓGICAS Y/O MENTALES).....	185
5.6.1	Contacto posterior con los Servicios de Neurología.....	185
5.6.2	Desarrollo de otros trastornos mentales.....	201
5.6.3	Contacto con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental	220
5.7	ANÁLISIS DE REGRESIÓN.....	232
6.	DISCUSIÓN.....	239
6.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	241
6.1.1	Variables sociodemográficas.....	241
6.1.2	Mortandad experimental.....	246

6.2 TASA DE ADMISIONES A TRATAMIENTO EN LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ORIHUELA.....	247
6.3 TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS.....	251
6.3.1 Diagnósticos TUS.....	251
6.3.2 Diagnóstico de policonsumo.....	251
6.3.3 Patología Dual.....	252
6.3.4 Coincidencia de los diagnósticos TUS con otras categorías diagnósticas comórbidas.....	256
6.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO	258
6.5 RELACIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LAS TASAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO	265
6.5.1 Tipologías diagnósticas TUS y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.	265
6.5.2 Relación del policonsumo con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.....	267
6.5.3 Patología dual y su relación con la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.....	268
6.6 RELACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, LA TASA DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO Y LAS COMPLICACIONES DEL TUS CON EL DESARROLLO POSTERIOR DE OTRAS PATOLOGÍAS (NEUROLÓGICAS Y/O MENTALES).....	275
6.6.1 Contacto posterior con los Servicios de Neurología.....	275
6.6.2 Desarrollo posterior de comorbilidad mental	283
6.6.3 Contacto con los Servicios de Neurología y desarrollo de otro trastorno mental.	292
6.7 PREDICCIÓN DE VARIABLES	297
7. CONCLUSIONES	303

8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	307
9.	ANEXOS.....	341
9.1	ANEXO I: CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS	343

ÍNDICE DE TABLAS

		Página
Tabla 1	Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los entrevistados de 15-64 años (porcentajes). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1999-2015) (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a).	33
Tabla 2	Indicador de Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en España (1998-2014) (Instituto Nacional de Estadística, 2018; Plan Nacional sobre Drogas, 2016).	34
Tabla 3	Distribución de admisión a tratamiento en 2014 según sustancias (%). Extraído de Plan Nacional sobre Drogas, 2016.	35
Tabla 4	Principales sistemas de información sobre drogas en la Comunidad Valenciana. Extraído de Plan Nacional sobre Drogas (2017b).	36
Tabla 5	Relación de UCA por Provincia y Departamento de Salud, 2014. Extraído de Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018.	39-40
Tabla 6	Tabla 6. Número y tasa de admisiones a tratamiento según la población en la Comunidad Valenciana, a partir de encuestas SAVIA + SECAD. (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018; Instituto Nacional de Estadística, 2018).	41
Tabla 7	Distribución de admisiones a tratamiento en 2014 según sustancias (%). Extraído de Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018.	42
Tabla 8	Distribución de la población total de la Vega Baja entre el CAD de Almoradí y la UCA de Orihuela en el año 1998.	43
Tabla 9	Distribución de la población total de la Vega Baja entre la UCA de Torreveja y la UCA de Orihuela a partir del año 2000.	44
Tabla 10	Prevalencia de patología dual derivadas del estudio ECA (Reiger y cols., 1990). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.	47

Tabla 11	Prevalencias de patología dual derivadas del estudio NCSR (Kessler y Merikangas, 2004). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.	48
Tabla 12	Pacientes con trastorno mental que cumplen criterios de dependencia al alcohol, según estudio NCSR (Kessler y Merikangas, 2004). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.	48
Tabla 13	Prevalencias de patología dual derivadas del estudio NESARC (Huang y cols., 2006). Tomado y modificado de Pascual y cols., 2017.	49
Tabla 14	Prevalencia del consumo perjudicial de alcohol en pacientes con trastorno mental (Rivas-Acuña y cols., 2016).	50
Tabla 15	Prevalencias de patología dual (Ordóñez-Manchero, 2017).	50
Tabla 16	Prevalencias de patología dual (Srivastava, Jain y Partes, 2018).	51
Tabla 17	Principales estudios sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento TUS.	80
Tabla 18	Criterios de inclusión y exclusión de sujetos en el estudio.	94
Tabla 19	Sujetos excluidos del estudio.	94
Tabla 20	Datos recogidos de sujetos en Fase I.	96
Tabla 21	Datos recogidos de sujetos en Fase II (2018).	96
Tabla 22	Distribución de edades de los pacientes con TUS por décadas, muestra total.	116
Tabla 23	Situación laboral de la muestra total.	118
Tabla 24	Nivel educativo de la muestra total.	121
Tabla 25	Estado civil de la muestra total.	123
Tabla 26	Mortandad experimental para los tres grupos.	125
Tabla 27	Población total del Departamento de Salud de Orihuela (según Instituto Nacional de Estadística 1998-2014), número de pacientes con TUS que buscan tratamiento al año y tasa/100.000 habitantes, en la muestra inicial.	128
Tabla 28	Número de casos y porcentaje según el número de sustancias consumidas, muestra total.	138

Tabla 29	Número y porcentaje de casos con patología dual de la muestra total.	139
Tabla 30	Número y porcentaje de casos para cada diagnóstico mental específico asociado al TUS, muestra total.	141-142
Tabla 31	Coincidencia de los diagnósticos TUS con diagnósticos de otras categorías mentales comórbidas, grupo con patología dual.	143
Tabla 32	Correspondencia de códigos y diagnósticos.	144
Tabla 33	Número y porcentaje de casos con TUS según la adherencia al tratamiento, muestra total.	145
Tabla 34	Número de casos con TUS y porcentaje de la muestra total según la tasa de éxito terapéutico.	146
Tabla 35	Número y porcentaje de casos según si contactan o no por consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	147
Tabla 36	Relación de la adherencia al tratamiento con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.	148
Tabla 37	Relación de la adherencia al tratamiento con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 200-2010).	150
Tabla 38	Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS con la tasa de éxito a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	152
Tabla 39	Relación de los diagnósticos TUS con la adherencia al tratamiento, muestra total.	154
Tabla 40	Relación de los diagnósticos TUS con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, muestra total.	157
Tabla 41	Relación de los diagnósticos TUS con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	159
Tabla 42	Relación de los diagnósticos TUS con el número de sustancias consumidas, muestra total.	161
Tabla 43	Relación de la adherencia al tratamiento con el número de sustancias consumidas, muestra total.	163

Tabla 44	Relación del número de sustancias consumidas y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.	165
Tabla 45	Relación del número de sustancias consumidas con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	167
Tabla 46	Relación de la patología dual con la adherencia al tratamiento, muestra total.	169
Tabla 47	Relación de la patología dual con la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.	171
Tabla 48	Relación de la patología dual con la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	173
Tabla 49	Relación de la patología dual con el número de sustancias consumidas, muestra total.	175
Tabla 50	Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y adherencia al tratamiento (grupo con patología dual).	177
Tabla 51	Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (grupo con patología dual).	179
Tabla 52	Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010; grupo con patología dual).	181
Tabla 53	Relación de las categorías diagnósticas comórbidas al TUS y el número de sustancias consumidas (grupo con patología dual).	183
Tabla 54	Número y porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	185
Tabla 55	Relación de la adherencia al tratamiento y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	186
Tabla 56	Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	189

Tabla 57	Relación del diagnóstico TUS y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	192
Tabla 58	Relación del número de sustancias y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	195
Tabla 59	Relación de la patología dual y el contacto con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	198
Tabla 60	Porcentaje de casos de cada categoría diagnóstica que contacta con los Servicios de Neurología (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que contacta con Neurología).	199
Tabla 61	Número y porcentaje de casos que desarrollaron otro trastorno mental después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	201
Tabla 62	Relación de la adherencia al tratamiento TUS y el desarrollo posterior de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	202
Tabla 63	Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS con el desarrollo posterior de otro trastorno mental (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	205
Tabla 64	Relación del diagnóstico TUS y el desarrollo posterior de otro trastorno mental (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	208
Tabla 65	Relación del número de sustancias consumidas y el desarrollo posterior de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	211
Tabla 66	Relación de la patología dual y el desarrollo de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	214
Tabla 67	Porcentaje de casos de cada categoría diagnóstica que desarrolla otro trastorno mental con posterioridad al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).	215
Tabla 68	Número y porcentaje de casos para cada categoría diagnóstica desarrollada por los sujetos durante los 10 años posteriores a haber recibido tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).	217

Tabla 69	Número y porcentaje de casos para cada diagnóstico mental desarrollado por los sujetos durante los 10 años posteriores a haber recibido tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).	218-219
Tabla 70	Número y porcentaje de casos con TUS que contacta con los Servicios de Neurología y desarrolla otro trastorno mental, después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	220
Tabla 71	Relación de la adherencia al tratamiento TUS y el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	221
Tabla 72	Relación de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de otro trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000- 2005).	223
Tabla 73	Relación del tipo de diagnóstico TUS con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	225
Tabla 74	Relación del número de sustancias consumidas con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	227
Tabla 75	Relación de la patología dual con el posterior contacto con Neurología y desarrollo de un trastorno mental (TM) (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	229
Tabla 76	Porcentaje de casos de cada categoría diagnóstica que desarrolla conjuntamente afecciones neurológicas y mentales (pacientes tratados entre los años 2000-2005; grupo que desarrolla comorbilidad mental).	231
Tabla 77	Predicción de las tasas de éxito terapéutico en el tratamiento TUS y del contacto posterior con los Servicios de Neurología y/o el desarrollo de comorbilidad mental según la adherencia al tratamiento, el tipo de diagnóstico TUS, el número de sustancias consumidas y la patología dual.	232

Tabla 78	Diagnóstico de multicolinealidad entre las variables explicativas para la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS.	233
Tabla 79	Diagnóstico de multicolinealidad entre las variables explicativas para la tasa de éxito terapéutico a largo plazo, el contacto posterior con neurología y/o desarrollo de comorbilidad mental	233
Tabla 80	Principales diferencias entre los estudios epidemiológicos (Plan Nacional sobre Drogas, 2017a) y nuestro estudio (2018).	244
Tabla 81	Tasa de admisiones a tratamiento TUS/100.000 habitantes entre los años 1998-2014 según los principales estudios revisados.	248
Tabla 82	Tipo principal de sustancia por la que se busca tratamiento TUS según los principales estudios revisados.	250
Tabla 83	Porcentaje de policonsumo en los principales estudios revisados.	252
Tabla 84	Porcentaje de patología dual entre los pacientes con TUS según los principales estudios revisados.	253
Tabla 85	Porcentaje de categorías diagnósticas más frecuentemente asociadas al TUS según los principales estudios revisados.	254
Tabla 86	Principales estudios revisados sobre diagnósticos específicos asociados al TUS.	255
Tabla 87	Principales estudios revisados sobre adherencia al tratamiento y la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento TUS.	258
Tabla 88	Porcentaje de recaída en las diferentes enfermedades crónicas.	260
Tabla 89	Comparativa del porcentaje de sujetos que desarrolla un trastorno neurológico en población general y en población TUS.	275
Tabla 90	Diferentes estudios revisados sobre la relación entre las diferentes sustancias y el desarrollo de afecciones neurológicas.	279-280
Tabla 91	Principales estudios revisados sobre la relación entre los trastornos mentales y el desarrollo posterior de afecciones neurológicas.	282
Tabla 92	Comparativa del porcentaje de sujetos que desarrolla un trastorno mental en población general y en población TUS.	283
Tabla 93	Diferentes estudios revisados sobre la relación entre las diferentes sustancias y el desarrollo de trastornos mentales.	288

Tabla 94 Principales diagnósticos desarrollados por los sujetos durante los 10 años siguientes al tratamiento TUS. 291

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1	Indicador de Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en España (1998-2014) (Plan Nacional sobre Drogas, 2016).	34
Gráfico 2	Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad Valenciana (2002-2014) (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2018).	41
Gráfico 3	Población que atiende el Departamento de Salud de Orihuela.	45
Gráfico 4	Las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento (a partir de Sabaté, 2004).	78
Gráfico 5	Porcentaje de pacientes de la muestra total según la variable sexo.	111
Gráfico 6	Número de pacientes de la muestra total según las variables de adherencia al tratamiento y sexo.	112
Gráfico 7	Distribución de sujetos de la muestra total diagnosticados de TUS por año.	113
Gráfico 8	Distribución de sujetos del grupo de adherencia baja diagnosticados de TUS por año.	114
Gráfico 9	Distribución de sujetos del grupo de adherencia media diagnosticados de TUS por año.	114
Gráfico 10	Distribución de sujetos del grupo de adherencia alta diagnosticados de TUS por año.	115
Gráfico 11	Distribución de sujetos de la muestra total según edad y adherencia al tratamiento.	117
Gráfico 12	Distribución de sujetos de la muestra total según edad y sexo.	118
Gráfico 13	Situación laboral para el grupo de adherencia baja.	119
Gráfico 14	Situación laboral para el grupo de adherencia media.	119
Gráfico 15	Situación laboral para el grupo de adherencia alta.	120
Gráfico 16	Nivel educativo del grupo de adherencia baja.	121
Gráfico 17	Nivel educativo del grupo de adherencia media.	122
Gráfico 18	Nivel educativo del grupo de adherencia alta.	122

Gráfico 19	Estado civil del grupo de adherencia baja.	123
Gráfico 20	Estado civil del grupo de adherencia media.	124
Gráfico 21	Estado civil del grupo de adherencia alta.	124
Gráfico 22	Mortandad experimental según la adherencia al tratamiento.	126
Gráfico 23	Número de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias en el Departamento de Salud de Orihuela (1998-2014), muestra inicial.	129
Gráfico 24	Tasa de admisiones a tratamiento/100.000 habitantes en el Departamento de Salud de Orihuela (1998-2014), muestra inicial.	130
Gráfico 25	Casos con TUS que buscan tratamiento según el tipo de sustancia para cada año, muestra inicial.	132
Gráfico 26	Porcentaje de las diferentes tipologías diagnósticas TUS de la muestra total.	133
Gráfico 27	Porcentaje de las diferentes tipologías diagnósticas TUS según sexo, muestra total.	134
Gráfico 28	Distribución de las diferentes sustancias en el grupo de mujeres de la muestra total.	135
Gráfico 29	Distribución de las diferentes sustancias en el grupo de hombres de la muestra total.	135
Gráfico 30	Número de casos de las diferentes tipologías diagnósticas TUS según la edad, muestra total.	137
Gráfico 31	Casos con TUS según el número de sustancias consumidas, muestra total.	138
Gráfico 32	Casos con patología dual de la muestra total.	139
Gráfico 33	Porcentaje de casos según las diferentes categorías diagnósticas comórbidas al TUS, muestra total.	140
Gráfico 34	Casos con TUS según la adherencia al tratamiento, muestra total.	145
Gráfico 35	Número de casos con TUS según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.	146

Gráfico 36	Número de casos según si contactan o no por consumo de sustancias durante los primeros 5 años después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	147
Gráfico 37	Porcentaje de pacientes según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS y la adherencia al tratamiento, muestra total.	149
Gráfico 38	Porcentaje de pacientes según la adherencia al tratamiento y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	151
Gráfico 39	Porcentaje de pacientes según la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento TUS y la tasa de éxito a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	153
Gráfico 40	Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y la adherencia al tratamiento, muestra total.	156
Gráfico 41	Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento, muestra total.	158
Gráfico 42	Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	160
Gráfico 43	Porcentaje de pacientes según el tipo de diagnóstico TUS y el número de sustancias consumidas, muestra total.	162
Gráfico 44	Porcentaje de pacientes según el número de sustancias consumidas y la adherencia al tratamiento, muestra total.	164
Gráfico 45	Porcentaje de pacientes según el número de sustancias consumidas y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, muestra total.	166
Gráfico 46	Porcentaje de pacientes según el número de sustancias consumidas y la tasa de éxito a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	168
Gráfico 47	Porcentaje de pacientes según la patología dual y la adherencia al tratamiento, muestra total.	170
Gráfico 48	Porcentaje de pacientes según la patología dual y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS, muestra total.	172

Gráfico 49	Porcentaje de pacientes según la patología dual y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010).	174
Gráfico 50	Porcentaje de pacientes según la patología dual y el número de sustancias consumidas, muestra total.	176
Gráfico 51	Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y la adherencia al tratamiento TUS (grupo con patología dual).	178
Gráfico 52	Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (grupo con patología dual).	180
Gráfico 53	Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y la tasa de éxito terapéutico a largo plazo (pacientes tratados entre los años 2000-2010; grupo con patología dual).	182
Gráfico 54	Porcentaje de pacientes según las categorías diagnósticas asociadas al TUS y el número de sustancias consumidas (grupo con patología dual).	184
Gráfico 55	Número de casos de pacientes con TUS que contacta con Servicios de Neurología tras haber recibido tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	185
Gráfico 56	Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	187
Gráfico 57	Años que tardaron en contactar los pacientes con TUS con los Servicios de Neurología según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	188
Gráfico 58	Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según la tasa de éxito terapéutico durante el tratamiento (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	190
Gráfico 59	Años que tardaron en contactar los pacientes con TUS con los Servicios de Neurología según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	191

Gráfico 60	Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según el tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	193
Gráfico 61	Años que tardaron en contactar los pacientes con TUS con los Servicios de Neurología según el diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	194
Gráfico 62	Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	196
Gráfico 63	Años que tardaron los pacientes con TUS en consultar con los Servicios de Neurología según el número de sustancias que consumían durante el periodo de tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	197
Gráfico 64	Porcentaje de pacientes con TUS que contacta con los Servicios de Neurología según si presentan patología dual (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	199
Gráfico 65	Años que tardaron los pacientes con TUS en contactar con los Servicios de Neurología según la presencia o no de patología dual durante el periodo de tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	200
Gráfico 66	Porcentaje de casos que desarrollaron otro trastorno mental después de haber estado en tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	201
Gráfico 67	Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	203
Gráfico 68	Años que tardaron los pacientes con TUS en desarrollar otro trastorno mental en función de la adherencia al tratamiento (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	204
Gráfico 69	Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	206

Gráfico 70	Años que tardaron los pacientes con TUS en desarrollar otro trastorno mental en función de la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	207
Gráfico 71	Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según el tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	209
Gráfico 72	Años que tardaron los paciente con TUS en desarrollar otro trastorno mental en función del tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	210
Gráfico 73	Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	212
Gráfico 74	Años que tardaron los pacientes con TUS en desarrollar otro trastorno mental según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	213
Gráfico 75	Porcentaje de pacientes que desarrolla otro trastorno mental según si presentaron patología dual durante el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	215
Gráfico 76	Años que tardaron los pacientes en desarrollar otro trastorno mental en función de si presentaban o no patología dual durante el periodo de tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	216
Gráfico 77	Porcentaje de casos con TUS que contacta con los servicios de Neurología y desarrolla otro trastorno mental después de haber finalizado el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	220
Gráfico 78	Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según la adherencia al tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	222
Gráfico 79	Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	224

Gráfico 80	Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según el tipo de diagnóstico TUS (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	226
Gráfico 81	Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según el número de sustancias consumidas (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	228
Gráfico 82	Porcentaje de pacientes que contacta con Neurología y desarrolla otro trastorno mental según si presentaban o no patología dual (pacientes tratados entre los años 2000-2005).	230
Gráfico 83	Predicciones para la tasa de éxito terapéutico en el tratamiento TUS.	234
Gráfico 84	Predicciones para la tasa de éxito terapéutico a largo plazo.	235
Gráfico 85	Predicciones para el contacto con los Servicios de Neurología.	236
Gráfico 86	Predicciones para el desarrollo de otro trastorno mental.	237
Gráfico 87	Predicciones para el contacto con los Servicios de Neurología y el desarrollo de otro trastorno mental.	238
Gráfico 88	Propuesta de relación entre la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.	264
Gráfico 89	Propuesta de modelo de relación entre la patología dual, el número de sustancias consumidas, el tipo de diagnóstico TUS, la adherencia al tratamiento y las tasas de éxito terapéutico.	270
Gráfico 90	Propuesta de modelo de relación entre la patología dual, el número de sustancias consumidas, el tipo de diagnóstico TUS, la adherencia al tratamiento, las tasas de éxito terapéutico, el contacto con los Servicios de Neurología y el desarrollo de otro trastorno mental.	292

