

ENCUESTA NACIONAL SOBRE  
LA PREVALENCIA Y TRATAMIENTO  
DE LA **CONCURRENCIA  
DE TRASTORNO POR  
USO DE SUSTANCIAS  
Y DE OTRO TRASTORNO  
MENTAL**

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA  
JULIO FONTOBA DÍAZ  
SILVIA DÍAZ FERNÁNDEZ  
FRANCISCO PASCUAL PASTOR

\_\_\_\_\_

EDITA

FINANCIADO POR

**SOCIDROGALCOHOL**

Sociedad Científica Española  
de Estudios sobre el Alcohol,  
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



ENCUESTA NACIONAL SOBRE  
LA PREVALENCIA Y TRATAMIENTO  
DE LA **CONCURRENCIA  
DE TRASTORNO POR  
USO DE SUSTANCIAS  
Y DE OTRO TRASTORNO  
MENTAL**

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA  
JULIO FONTOBA DÍAZ  
SILVIA DÍAZ FERNÁNDEZ  
FRANCISCO PASCUAL PASTOR



EDITA

**SOCIDROGALCOHOL**

Sociedad Científica Española  
de Estudios sobre el Alcohol,  
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



FINANCIADO POR



MINISTERIO  
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



## **JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA**

---

Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría.  
AGC Salud Mental V. Hospital Universitario de Cabueñes-Gijón.  
Servicio de Salud del Principado de Asturias – SESPA.  
Instituto para la Investigación Sanitaria del Principado de Asturias – ISPA.  
Junta Directiva de SOCIDROGALCOHOL.

## **JULIO FONTOBA DÍAZ**

---

Médico Residente.  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya – Málaga.

## **SILVIA DÍAZ FERNÁNDEZ**

---

Doctoranda en CC SS. Enfermera especialista en Salud Mental.  
AGC Salud Mental V. Hospital Universitario de Cabueñes-Gijón.  
Servicio de Salud del Principado de Asturias – SESPA.  
Instituto para la Investigación Sanitaria del Principado de Asturias – ISPA.

## **FRANCISCO PASCUAL PASTOR**

---

Doctor en Medicina.  
Coordinador UCA Alcoi – Alicante. Asesor de CAARFE.  
Grupo investigación PREVENGO – Universidad Miguel Hernández.  
Comité Científico del COM Alicante.  
Presidente de SOCIDROGALCOHOL.

© DE LOS TEXTOS, los autores.

**DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN**

**m** Martín Gràfic [ [www.martingrafic.com](http://www.martingrafic.com) ]

ISBN Número ISBN pendiente

Impreso en València en diciembre de 2020.

# CONTENIDO

|    |  |
|----|--|
| 05 | <b>INTRODUCCIÓN</b>  |
| 06 | CONCEPTO Y ETIOPATOGENIA   |
| 08 | EPIDEMIOLOGÍA  |
| 12 | DIAGNÓSTICO  |
| 14 | TRATAMIENTO  |
| 17 | <i>Modelos de abordaje</i>   |
| 19 | <i>Aspectos generales de las intervenciones farmacológicas y psicosociales</i>   |
| 23 | <b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>  |
| 29 | <b>RESULTADOS</b>  |
| 29 | PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO  |
| 31 | SUSTANCIAS CONSUMIDAS  |
| 32 | DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS                                 |
| 34 | DIAGNÓSTICOS DE OTROS TRASTORNOS MENTALES  |
| 35 | RELACIONES ENTRE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS<br>Y OTROS TRASTORNOS MENTALES |
| 37 | TRATAMIENTOS PRESCRITOS  |
| 38 | COMORBILIDAD Y GÉNERO  |
| 41 | <b>DISCUSIÓN</b>   |
| 41 | CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA EN ESPAÑA  |
| 44 | PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y DE USO DE SUSTANCIAS                          |
| 45 | DIAGNÓSTICOS DE TM (TUS Y OTM) Y COMORBILIDAD                                    |
| 47 | <i>Trastorno por uso de alcohol y otros trastornos mentales comórbidos</i>       |
| 48 | <i>Trastorno por uso de cannabis y otros trastornos mentales</i>                 |
| 51 | <i>Trastorno por uso de cocaína y OTM</i>  |
| 53 | <i>Trastorno por uso de opioides y OTM</i>                                       |
| 56 | <i>Trastornos por uso de sedantes y OTM</i>                                      |
| 57 | <i>Trastornos por uso de tabaco y OTM</i>  |

|    |   |
|----|---|
| 57 | PERSPECTIVA DE GÉNERO   |
| 58 | TRATAMIENTO   |
| 58 | <i>Tratamiento y dificultades para su implementación efectiva</i> |
| 61 | <i>Tratamiento farmacológico y sus particularidades</i>           |
| 64 | <i>Tratamiento de las comorbilidades específicas</i>              |
| 69 | FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO                             |
| 71 | <b>CONCLUSIONES</b>   |
| 75 | <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                 |
| 83 | <b>DESARROLLO DE LAS SIGLAS</b>                                   |

La comorbilidad psiquiátrica entre trastorno por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos mentales (OTM) tiene una elevada prevalencia, aunque no exactamente conocida: los estudios dan cifras dispares según método diagnóstico, si se trata de población general o de un recurso asistencial en el que se ha llevado a cabo la valoración. La importancia de esta comorbilidad radica no solo en esta alta prevalencia, sino también en su gravedad clínica y social, su difícil manejo y su asociación con malos resultados para los sujetos afectados: más urgencias hospitalarias psiquiátricas, una mayor tasa de hospitalización, mayor prevalencia de suicidio... (Torrens et al., 2015; Pascual et al., 2017).

Por ello, diagnosticar y adecuar recursos de tratamiento para las personas con un trastorno adictivo y otro trastorno psiquiátrico es un reto importante para el Sistema Nacional de Salud en España. En estos momentos, no se dispone de un registro que permita delimitar cuántas personas cuentan con un doble diagnóstico o «diagnóstico dual» en los diferentes recursos encargados del tratamiento en conductas adictivas. Por ello, aunque es importante coordinar estrategias para la detección y el correcto tratamiento de pacientes con trastornos comórbidos, lo cierto es que el principal reto actualmente es conocer con la mayor concreción posible a qué se tiene que dar respuesta.

Dado que **SOCIDROGALCOHOL** dispone de socios en toda la geografía española, y tiene una estructura con delegaciones en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas (CC.AA.), se diseñó un estudio para conocer esta realidad en nuestro país, con una muestra representativa de profesionales y pacientes de las diferentes comunidades autónomas y, dentro de cada una de ellas, de los diferentes recursos asistenciales en los que reciben tratamiento estos pacientes.

## CONCEPTO Y ETIOPATOGENIA

En medicina, el término «comorbilidad» se refiere a enfermedades 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 aparente 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. Así, cuando dos trastornos o enfermedades se dan en la misma persona, simultánea o secuencialmente, se describen como comórbidas. La comorbilidad también implica interacciones entre las enfermedades que afectan el curso y el pronóstico de ambas (Pascual et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. De conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), una persona con diagnóstico dual es aquella a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia. En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias (Pereiro y Fernández, 2018).

Desde hace unos años se ha venido extendiendo el término «patología dual» para referirse al mismo cuadro, al de concurrencia de diagnóstico de trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental (OTM), aunque no representa por sí mismo una entidad nosológica y no es reconocida como tal por las clasificaciones internacionales. Pero puede servir para establecer un trabajo común, y su utilización se ha extendido en países de habla hispana. En los países de habla inglesa prefieren denominarlos «trastornos concurrentes». Así, la «patología dual» sería la denominación aplicada, en el campo de la salud mental, para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental (Arias et al., 2013b), sin que se entienda por ello que se trata de una enfermedad única con dos entidades nosológicas.

Hay una serie de explicaciones etiológicas y neurobiológicas, no excluyentes entre sí, para justificar la elevada comorbilidad psiquiátrica entre los consumidores de sustancias, aunque ninguna es definitiva al cien por cien. Entre ellas destacan (Pascual et al., 2017):

- 01 Interacción entre vulnerabilidad individual y estresores ambientales: mezcla de factores neurobiológicos y ambientales, unos predisponentes de otros.
- 02 Hipótesis de la acumulación de factores de riesgo: en el que la suma de factores, genéticos, neurobiológicos, sociales, culturales, ambientales, etc.
- 03 Hipótesis de la automedicación: la toma de sustancias entre los pacientes psicóticos minimizarían la sintomatología o al menos calmarían su malestar.
- 04 Vulnerabilidad común: presencia de mecanismos neurobiológicos comunes a ambos cuadros.

Se generarían así diferentes modelos explicativos:

---

#### **MODELO UNITARIO**

Trastornos psiquiátricos y dependencia son dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso (componentes genéticos y neurobiológicos similares).

---

#### **MODELO DE ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA SECUNDARIA AL CONSUMO DE DROGA**

Abuso de sustancias > cambios neuroadaptativos > trastorno psiquiátrico.

---

#### **MODELO DE CONSUMO DE DROGAS SECUNDARIO A UNA ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA**

Las drogas intentarían revertir las anomalías basales de la patología psiquiátrica o provocadas como consecuencia del consumo continuado de drogas de abuso.

---

#### **MODELO BIDIRECCIONAL**

Cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro.

---

#### **MODELO DE INDEPENDENCIA BIOLÓGICA**

Trastorno psiquiátrico y abuso de drogas son totalmente independientes, pero con bases biológicas compartidas.

---

Adaptado de Álamo et al., 2002.

## EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras de comorbilidad difieren notablemente según diversos estudios, dado que se modifican por dificultades diagnósticas y metodológicas (Ochoa et al., 2018):

- La dificultad diagnóstica se potencia por la superposición de síntomas, síndromes o enfermedades definidas, y la influencia recíproca entre los trastornos, que modifica los síntomas y aumenta la cronicidad. La intoxicación y el síndrome de abstinencia agudo y prolongado pueden simular diversos trastornos psiquiátricos e interactuar con todos ellos.
- La metodología usada en los diversos estudios de comorbilidad es muy dispar, variando los criterios de selección de la muestra, diseño del estudio, situación del consumo en el momento en que se realiza la evaluación, naturaleza de la entrevista, criterios diagnósticos empleados y consideración de diagnósticos actuales o a lo largo de la vida.
- El uso de diferentes escalas para la detección de la psicopatología también modifica los resultados, así como la utilización de entrevistas clínicas o estructuradas, que pueden presentar entre ellas poca concordancia. El momento de la entrevista diagnóstica puede afectar a la fiabilidad y la validez de la respuesta, y así se observa que durante la abstinencia precoz es más difícil hacer diagnósticos fiables (si la evaluación se realiza en situación de consumo o abstinencia reciente, las tasas de trastornos asociados son mucho mayores y la estabilidad evolutiva menor, principalmente para los trastornos afectivos y de ansiedad). Los trastornos que aparecen en el contexto de la intoxicación o los que aparecen en la abstinencia no son considerados habitualmente como verdaderos trastornos psiquiátricos, sino como epifenómenos de la intoxicación y la abstinencia, y por ello se propone esperar unos días para ver su evolución antes de realizar un diagnóstico. Las actuales clasificaciones adoptan esta postura (consistente en que, para diagnosticar cualquier trastorno mental, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica), lo que permite hacer el diagnóstico

de los trastornos que aparecen en la intoxicación y la abstinencia, pero con una categorización diferente a aquellos trastornos que aparecen fuera de estas situaciones.

- La procedencia y características de la muestra influye en los resultados, variando según procedan de programas específicos de adicciones o de unidades psiquiátricas, así como en función de que estén o no hospitalizados. Determinados trastornos psiquiátricos, como la depresión, pueden provocar la búsqueda de tratamiento con más frecuencia que otros trastornos, lo que hace que pueden estar sobrerrepresentados. La composición de la muestra respecto a sexo y edad también modifica los resultados. Aunque la valoración longitudinal puede dar resultados más reales que la retrospectiva, la mayoría de los estudios tienen carácter retrospectivo. Se ha cuestionado la fiabilidad de la información aportada por los consumidores, aunque diversos estudios muestran alta concordancia entre los datos de la entrevista y las muestras de orina, buena veracidad de los autoinformes y elevada fiabilidad (Pascual et al., 2017).

Por todo ello, en los estudios de comorbilidad es necesario realizar una evaluación longitudinal, usar instrumentos estandarizados para valorar el trastorno por consumo y los trastornos psiquiátricos, utilizar diferentes fuentes de información, evaluar la dependencia actual y a lo largo de la vida así como considerar de qué otros tipos de sustancias se es dependiente, retrasar el diagnóstico hasta que el paciente esté estable y no experimente síntomas significativos de intoxicación ni de abstinencia (definiendo esta claramente) y realizar la entrevista por personal clínicamente entrenado (Pereiro y Fernández, 2018).

El primer estudio potente a nivel epidemiológico fue el Epidemiological Catchment Area (ECA) Study (Regier et al., 1990), un estudio en población general de EE.UU. ( $n=20.291$ ), que estimó una prevalencia a lo largo de la vida del 22.5% para trastorno mental (TM) no asociado a TUS, 13.5% para abuso o dependencia de alcohol y 6.1% para abuso o dependencia de otras drogas. En pacientes con TM la prevalencia de TUS era mayor, con una *odds ratio* (OR) del 2,7 y una prevalencia del 29%. En individuos tratados en salud mental y en clínicas de adicciones encontraron una OR significativamente

más elevada de sufrir ambos trastornos. En prisiones se encontró el mayor porcentaje de comorbilidad entre trastornos adictivos y trastorno mental grave (TMG) especialmente con trastorno antisocial de la personalidad, esquizofrenia, y trastorno bipolar (TB).

Otro estudio, realizado con posterioridad, fue el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). En este caso se utilizó la Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (entrevista AUDADIS) con criterios DSM-IV, se realizó con una muestra también estadounidense de 43.000 sujetos y arrojó los siguientes resultados para la prevalencia de trastorno mental en el último año entre sujetos con trastorno por uso de sustancias (Grant et al., 2004; Hasin y Grant, 2015): los trastornos más frecuentemente encontrados fueron el trastorno por uso de alcohol, y los trastornos de estrés postraumático y la depresión mayor. Las mujeres tenían más «trastornos de internalización» y los hombres tenían más «trastornos de externalización», aunque la preponderancia de varones con trastornos de alcohol (la «brecha de género») fue menos pronunciada que en décadas anteriores.

Poco después se presentó el estudio denominado National Comorbidity Survey Replication (NCSR), entre más de 9.000 personas con la Composite International Schedule (CIDI) como instrumento diagnóstico y con criterios DSM-IV, con prevalencias de comorbilidad alrededor del 14% (Kessler y Merikangas, 2014).

En Europa también los datos de prevalencia variarán según el escenario en que estén hechos, y el estudio de la European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA) de 2015 (Torrens et al., 2015) da una buena prueba de ello, al valorar este tipo de trastornos comórbidos entre la población general, los pacientes en hospitales generales, los pacientes tratados en los servicios para el tratamiento de adicciones, los pacientes atendidos en los centros de salud mental, los usuarios de drogas que no buscan tratamiento, la población penitenciaria o los sintecho; de ahí que los valores establecidos para las distintas prevalencias de las enfermedades psiquiátricas en consumidores de drogas sean tan dispares.

Según este estudio, la comorbilidad entre TUS y otros trastornos mentales representa en estos momentos un importante reto tanto para el diagnóstico y el tratamiento como para las políticas de drogas, 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. Los propios autores del informe EMCDDA reconocen que la relación entre el TUS y los otros trastornos mentales representan dificultades a la hora de establecer relaciones entre ambos. Se tiene que conocer mejor la relación causa-efecto y, por otro lado, siempre existe el dilema de si es anterior el uso de sustancias o el trastorno mental; o bien si son dos fenómenos que van a la par. Su informe refleja una prevalencia estimada para esta comorbilidad de alrededor del 50 %, pero al mismo tiempo indica que esta cifra global se debe tomar con precaución ya que la metodología, sustancias, cuadro psicopatológicos y muestras difieren en los distintos estudios revisados y tienen divergencias importantes; ello podría ser un sesgo en esta estimación global, por lo que es mejor analizar este dato de forma individual para cada sustancia y cuadro nosológico (Torrens et al., 2015), tal y como se irá viendo a lo largo de la exposición de este estudio.

Otro factor que se debe tener en cuenta desde el punto de vista de la prevalencia es, como ya se ha comentado, la ubicación de los estudios epidemiológicos, ya que existen variaciones muy importantes dependiendo de si se hace entre población general, en centros de tratamientos de adicciones, en unidades de salud mental ambulatorias, en unidades hospitalarias de psiquiatría, en centros penitenciarios, entre los sintecho, etc. A medida que se va avanzando en los escalones asistenciales la prevalencia se va incrementando, yendo desde el 7 % entre la población general en relación al consumo de sustancias y cuadros de ansiedad al 74 % para los sintecho con patología psiquiátrica que consumen alcohol o alguna otra droga ilícita (Pascual et al., 2017).

De la misma forma, las cifras variarán dependiendo del recurso asistencial en el que se haya realizado el estudio, encontrando la más baja incidencia entre la población general consumidora y la más alta entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados por cuadros graves. El punto intermedio se encontraría probablemente en los servicios específicos de atención a las conductas adictivas, sin olvidar que otros recursos, como asociaciones de

pacientes y grupos de ayuda mutua, presentan cifras dispares y más bajas de lo previsible. Todo lo anterior obliga a seguir avanzando en los estudios epidemiológicos y replicar y completar las valoraciones hechas hasta el momento.

Para subrayar más la importancia de la comorbilidad psiquiátrica con el uso de sustancias podemos observar cómo en otro estudio, también realizado en Estados Unidos con una muestra de 10.123 adolescentes de entre 13 y 18 años, los trastornos mentales graves tuvieron altas tasas de abuso de alcohol (10,3%) y drogas ilícitas (14,9%), con o sin dependencia. El abuso de alcohol y drogas ilegales fue mayor entre los adolescentes con trastornos de ansiedad previos (17,3% y 20%, respectivamente) y trastornos del comportamiento (15,6% y 24%, respectivamente). Cualquier trastorno previo aumentó significativamente el riesgo de transición del no consumo al primer uso, y del uso al uso problemático del alcohol o drogas ilícitas, por lo que se dedujo que los adolescentes con trastornos mentales crónicos presentan factores de riesgo para la transición de la falta de uso a la utilización, y mayor progresión a problemas relacionados con la droga y el alcohol. Es probable que el tratamiento de los trastornos mentales primarios sea un objetivo importante para la prevención de los trastornos por uso de sustancias secundarios en los jóvenes (Conway et al., 2006).

## DIAGNÓSTICO

La alta tasa de comorbilidad entre los trastornos del uso de drogas y otras enfermedades mentales precisa de un enfoque integral de la intervención, que identifica y evalúa cada trastorno al mismo tiempo, proporcionando tratamiento según sea necesario. Y requiere de herramientas de evaluación amplias, que tienen menos probabilidades de ofrecer un diagnóstico errático o poco exacto. Por consiguiente, los pacientes que entran en tratamiento por enfermedades psiquiátricas también deben ser examinados para detectar trastornos por uso de sustancias y viceversa. El diagnóstico exacto es complicado por las similitudes entre los síntomas relacionados con la sustancia de abuso y los trastornos mentales potencialmente comórbidos. Por lo tanto,

cuando las personas que abusan de sustancias entran en el tratamiento, puede ser necesario observarlas después de un período de abstinencia para distinguir entre los efectos de la intoxicación o retirada de la sustancia y los síntomas de los trastornos mentales comórbidos. Esta práctica permitirá un diagnóstico más preciso y un tratamiento más específico (Pascual et al., 2017).

No obstante, el diagnóstico puede ser complicado, pues es difícil saber si el consumo es causa etiológica del cuadro psiquiátrico o viceversa, ya que incluso en el primer caso el cuadro podría ser transitorio y remitir tras el abandono de la sustancia, con lo que no estaríamos ante un diagnóstico psiquiátrico *stricto sensu* más allá del trastorno por uso de sustancias. En la medida de lo posible, el correcto diagnóstico se haría cuando, si puede, el paciente abandone el uso de la sustancia. Pero el abordaje terapéutico, ante la posible coexistencia, debería atender ambos cuadros. Para un correcto diagnóstico, que puede requerir varios días de observación, se deben emplear los criterios CIE-10 (o ya CIE-11) o DSM-5 (Pereiro y Fernández, 2018). En la mayoría de los servicios de salud de España, y en sus registros informáticos, se utiliza la CIE para diagnosticar.

Un problema fundamental es la tendencia a no diagnosticar el trastorno dual. Generalmente, esto ocurre por la propensión a la ocultación, negación o minimización del consumo de drogas en personas con trastornos mentales, y por la no detección de psicopatología en pacientes con adicciones. Otra dificultad diagnóstica se centra, como ya se ha comentado, en diferenciar los síndromes clínicos inducidos por drogas de los primarios. El término «inducido» implica causalidad, y se refiere a síndromes derivados de la intoxicación o la abstinencia de una o varias sustancias. Por otro lado, el consumo de drogas produce una modificación de la clínica habitual de los trastornos primarios, modificando su presentación y el curso evolutivo, que puede ser fundamental para establecer el diagnóstico (Pereiro et al., 2013).

Por todas estas dificultades para el diagnóstico, se recomienda una anamnesis detallada (incluyendo antecedentes familiares, cronología del proceso, sintomatología durante períodos de abstinencia y relación con consumos), la utilización de entrevistas semiestructuradas y el uso de marcadores biológicos. Es necesario seleccionar instrumentos que ayuden a detectar los casos, evitando que pacientes con dos trastornos queden sin diagnóstico y sin tratamiento. Existe una importante diferencia entre la ele-

vada prevalencia de TUS estudiada en los pacientes psiquiátricos y la escasa detección de casos en la práctica clínica. Para evitar este infradiagnóstico existen recomendaciones claras y consensuadas (Pascual et al., 2017).

## TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes con diagnóstico dual es uno de los retos que tiene planteados el clínico, al agravarse la evolución y el pronóstico y complicarse el tratamiento de ambos trastornos comórbidos. En efecto, las personas con comorbilidad presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, mayores tasas de recaídas, menor adherencia al tratamiento, mayor complejidad en el consumo, mayor riesgo de suicidio y peores condiciones de salud física. Utilizan más los servicios sanitarios y sociales, y su situación laboral es precaria, lo que empeora pronóstico. En concreto, la asociación de un trastorno mental y un TUS repercute en las manifestaciones clínicas y en el curso evolutivo de ambos trastornos —implicando una peor evolución de la adicción, abuso de un mayor número de sustancias y una edad de comienzo del consumo más temprana— y contribuye a mantener o recaer en el consumo. Por otra parte, la gravedad psiquiátrica es un predictor negativo del resultado terapéutico en personas dependientes (Torrens et al., 2012).

La presencia de un diagnóstico dual dificulta el tratamiento y determina un peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de ellos no es diagnosticado y tratado adecuadamente. Los problemas en su tratamiento tienen que ver con las interferencias mutuas entre los tratamientos específicos, el incumplimiento de las prescripciones, la carencia de apoyos sociales y de recursos asistenciales y la elevada frecuencia de problemática familiar y legal. El tratamiento ha de ser individualizado, debe tener en cuenta tanto los recursos asistenciales disponibles como las expectativas del paciente y considerar la necesidad de intervenciones terapéuticas más intensivas, siendo el apoyo sociofamiliar determinante para la evolución (Pereiro y Fernández, 2018).

Por ello, estos pacientes con peor pronóstico y difícil manejo terapéutico precisan de un sistema asistencial integrado. La existencia de dos redes

asistenciales diferenciadas y paralelas supone una grave dificultad para su atención y existe consenso sobre la mayor efectividad del tratamiento integrado, que precisa que el seguimiento se lleve a cabo dentro de un equipo multidisciplinar que atienda los aspectos psicológico, médico y social del paciente y su entorno.

Aún existe una falta de consenso en cuanto a las estrategias más adecuadas tanto farmacológicas y psicosociales como del lugar donde debe realizarse el tratamiento para estas personas, que se benefician con el tratamiento habitual de adicciones y de los otros trastornos mentales, aunque tienen peores resultados. No obstante, se han planteado unos principios generales que deben regir los tratamientos (Arias et al., 2020).

Un programa de tratamiento eficaz para pacientes duales debe facilitar el acceso rápido a los profesionales sanitarios, ya que estos pacientes solicitan asistencia con mayor frecuencia que aquellos en los que no existe comorbilidad (Grant et al., 2004). Sin embargo, en muchas ocasiones, la atención recibida no es la adecuada, generalmente por dos tipos de barreras: ciertas características de los sujetos —ausencia de conciencia del problema, deterioro cognitivo o síntomas residuales, aislamiento social, miedo al estigma...— y aspectos estructurales —accesibilidad, infradiagnóstico, poblaciones «especiales» (adolescentes, minorías étnicas, sintecho...), falta de dispositivos y de formación— (Priester et al., 2016).

Respecto a las necesidades de atención que tienen las personas con comorbilidad, es una constante la falta de recursos públicos, especializados y coordinados, que garanticen la atención integral de estas personas, con programas a largo plazo. Se ha señalado además la dificultad para acceder a estos recursos, la escasa formación de los profesionales en este tema, la duplicidad de figuras de referencia con terapeutas independientes en ambas redes asistenciales, la falta de coordinación entre recursos e, incluso, criterios de exclusión para acceder o permanecer en un determinado recurso —por ejemplo, no se acepta a una persona que consume drogas en un programa de día para personas con enfermedad mental— (FEAFES, 2014).

También se ha remarcado que el estándar básico para el diseño de un programa de atención a personas con trastornos adictivos y otros trastornos psiquiátricos debe incluir accesibilidad, integralidad, continuidad de cuidados y estar acorde con el estado actual de la medicina basada en la evidencia. Lo

anterior está en sintonía con los principios fundamentales para la organización de servicios de salud mental: protección de los Derechos Humanos, accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de atención, eficacia, equidad y eficiencia (Priester et al., 2016).

El tratamiento simultáneo de un trastorno de salud mental conduce a mejores resultados que el secuencial o paralelo. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2006) recomienda siete principios para construir un tratamiento integrado:

- La salud mental y el tratamiento de abuso de sustancias se integran para satisfacer las necesidades de las personas con trastornos concurrentes.
- Los especialistas en tratamientos integrados deben estar capacitados para tratar tanto los trastornos por uso de sustancias como las enfermedades mentales graves.
- Las intervenciones motivacionales se utilizan para tratar a los consumidores en todas las etapas.
- El enfoque cognitivo-conductual se utiliza para tratar a los consumidores en etapa activa del tratamiento y prevención de recaídas.
- Han de estar disponibles múltiples intervenciones, tanto individuales como de grupo, de autoayuda y familiares.
- Los servicios médicos estarán integrados y coordinados con los servicios psicosociales.

También se recomienda, como principio básico a considerar al enfrentar un paciente con trastornos comórbidos:

- No hacer daño.
- Trabajar dentro de su capacidad.
- Practicar el desarrollo profesional continuo.
- Reconocer que la gestión de la comorbilidad es parte principal en el abordaje los pacientes con trastorno por uso de sustancias.
- Proporcionar acceso equitativo a la atención: evitar el «síndrome de la puerta equivocada».

Para alcanzar el éxito en el tratamiento para pacientes con diagnóstico dual debe garantizarse una atención de calidad centrada en la recuperación del paciente y apoyada en la evidencia científica. En la actualidad, en muchos casos aún existe una separación funcional entre los dispositivos de salud mental y de drogodependencias. En este sentido, se han descrito varios modelos generales de tratamiento para estos pacientes (Pascual et al., 2017):

### *Modelo secuencial*

En este modelo, el paciente es atendido inicialmente en función de la patología que se considera primaria por el tipo de recurso destinado a ello (drogodependencias o salud mental). El único vínculo entre ellas es la derivación. Solo cuando el paciente está estable o asintomático es derivado al siguiente dispositivo para abordar el trastorno que se ha considerado secundario. Este modelo se ha relacionado con un aumento en el número de asistencias a urgencias y de ingresos hospitalarios.

### *Modelo paralelo*

El paciente es atendido en ambos dispositivos de forma simultánea e independiente. La falta de comunicación y de abordaje conjunto suele ser la norma, con problemas logísticos, mala coordinación de citas y estigma.

### *Modelo matricial*

Propone un abordaje del paciente dual en un mismo momento y en un mismo dispositivo asistencial (drogodependencias o salud mental) por profesionales vinculados a ambos dispositivos. Profesionales de salud mental son invitados a dispositivos de drogodependencias y viceversa, estableciendo redes de conexión y un único plan terapéutico.

### *Modelo integrado*

Un mismo recurso asistencial oferta un tratamiento integrado al paciente, tanto para su adicción como para la comorbilidad psiquiátrica. Aunque este modelo se considera el ideal, la realidad es que no están generalizados, y por ello resulta difícil concretar su efectividad (Torrens

et al., 2012). Aunque los estudios no evalúan largos períodos de tiempo, la mayoría de profesionales se muestran partidarios de este abordaje.

#### *Modelo de cuidado escalonado*

La persona recibe tratamiento de diversa intensidad de acuerdo a su gravedad particular; se utilizan inicialmente tratamientos menos intensivos y de menor costo, para luego dar paso a tratamientos de mayor intensidad y más costosos si los iniciales han sido insuficientes. Es el modelo de los «Cuadrantes de atención», en el que se describen cuatro situaciones con indicaciones y responsabilidades específicas de acuerdo al predominio y gravedad de una o ambas sintomatologías.

La separación en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias y los otros trastornos mentales favorecen modelos de atención secuencial o paralela, situación que ha generado altos costes de tratamiento y deficiente efectividad en ellos (Mangrum et al., 2006). Existe poca investigación para determinar qué modelo de tratamiento puede ser el más adecuado. No obstante, los tratamientos integrados se han asociado a resultados positivos en reducción de consumo, mejoría de síntomas psiquiátricos y funcionamiento general, disminución de hospitalizaciones, mayor estabilidad de la residencia, menos detenciones, mayor adherencia al tratamiento y mejora de la calidad de vida (Pereiro y Fernández, 2018; Arias et al., 2020).

Aunque la evidencia emergente apunta a que los tratamientos integrados pueden ser superiores a los paralelos y secuenciales (Donald et al., 2005), una revisión sobre los tratamientos de pacientes con doble diagnóstico (Tiet y Mausbach, 2007) señaló que, aunque los tratamientos psiquiátricos y psicológicos son eficaces en estos pacientes, y que los tratamientos para disminuir el uso de drogas también lo disminuyen en ellos, la eficacia de los tratamientos integrados permanece poco clara.

Además, han sido descritos unos principios básicos para implementar un tratamiento integrado (Mueser et al., 2003):

- La atención a los TUS y a los otros trastornos mentales (OTM) ha de ser integrada para abordar eficazmente las necesidades de las personas con trastornos concurrentes.

- Los servicios sanitarios para estos pacientes estarán integrados en el sistema sanitario y coordinados con los servicios sociales, asegurando la continuidad de cuidados.
- Los especialistas en tratamientos integrados deben estar capacitados para tratar tanto los trastornos por uso de sustancias como las enfermedades mentales graves.
- Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo de atención para los pacientes con diagnóstico dual.
- Ofrecer un tratamiento a cualquier paciente con OTM y TUS debería ser habitual, ya que los tratamientos para la comorbilidad son efectivos, aunque son poco usados en la práctica habitual.
- Han de estar disponibles múltiples intervenciones, individuales, grupales, de autoayuda y familiares.
- La supervisión será permanente, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona.

Se han identificado intervenciones que muestran efectos en el uso de sustancias: motivacionales, terapia de grupo, manejo de contingencias; mientras que la gestión de casos mejora la reinserción y tanto el tratamiento asertivo comunitario como la gestión de casos disminuyen los ingresos hospitalarios. Se ha evidenciado también el impacto positivo de las intervenciones familiares (Donald et al., 2005; Mueser et al., 2013) así como la necesidad de utilizar fármacos mostradamente efectivos, mejor tolerados y que faciliten la adherencia. Las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas, facilitan disminuir el consumo y mejorar los síntomas psicopatológicos. En los tratamientos intensivos con objetivo abstinencia, los resultados no se mantienen tras el tratamiento.

### *Aspectos generales de las intervenciones farmacológicas y psicosociales* \_\_\_\_\_

Los tratamientos farmacológicos utilizados en los pacientes duales son semejantes a los que se utilizan cuando se presenta una sola patología y, en general, se considera que los que son eficaces para tratar determinados trastornos mentales también lo son en los pacientes con diagnóstico dual,

y que los que están indicados para tratar los trastornos por uso de sustancias también lo están en los pacientes adictos con comorbilidad psiquiátrica (Pereiro y Fernández, 2018).

El uso adecuado de medicación es un elemento importante en el tratamiento de los pacientes con comorbilidad, pues incide significativamente en la estabilización de la sintomatología psiquiátrica aguda, situación que ayuda al incremento de la efectividad de otros tratamientos. Los principales objetivos del tratamiento farmacológico deben estar enfocados a aliviar los síntomas de abstinencia y al apoyo en la deshabituación y la rehabilitación (tanto el tratamiento inicial como el seguimiento o mantenimiento), además de a disminuir o remitir la gravedad de la sintomatología psiquiátrica (Arias et al., 2020).

Se debe tener en cuenta la alta sensibilidad a los efectos secundarios que presentan estos pacientes, las interacciones entre psicofármacos y drogas y las altas tasas de incumplimiento. Pueden necesitarse dosis de psicofármacos más altas. Hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psicofarmacológico sobre ella. Se deben utilizar preferentemente los psicofármacos con menos efectos adversos y mejor tolerados, que no aumenten o incluso puedan disminuir el *craving*. En caso de previsión de incumplimiento, o por mayor comodidad, se recomiendan en su caso los nuevos inyectables de larga duración, y en general todos los fármacos que favorezcan la adherencia (Pascual et al., 2017; Arias et al., 2020).

En cuanto al tratamiento del abuso o dependencia de drogas, y aunque pequeños consumos pueden ser problemáticos y motivar exacerbaciones clínicas o abandonos de tratamiento, se requiere ser flexible en los objetivos, sin renunciar a la abstinencia. Ofrecer diversos objetivos (abstinencia o reducción del consumo) mejora el compromiso con el tratamiento y sus resultados. Es necesario flexibilizar los objetivos según las necesidades del paciente. Cualquier paso hacia una forma más segura y una menor frecuencia o cantidad de consumo es un cambio positivo. El concepto de reducción del consumo/daño permite tratar a pacientes que de otra manera no se habrían planteado ayuda (Pereiro y Fernández, 2018).

Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un abordaje integral de la concurrencia de OTM y TUS (Drake et al., 2008). Las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas (como las intervenciones

motivacionales), facilitan la disminución del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos, especialmente en poblaciones con carencias extremas (personas sin hogar, inyectores activos) (Hunt et al., 2019).

Las intervenciones motivacionales se utilizan para tratar a los consumidores en todas las etapas. El enfoque cognitivo-conductual se utiliza para tratar a los consumidores en la etapa activa del tratamiento y en la prevención de recaídas. La combinación de entrevista motivacional (EM), terapia cognitivo-conductual (TCC) e intervenciones familiares mejora la evolución de pacientes con OTM grave y TUS. La EM ha mostrado mejores resultados comparados con psicoeducación (Hunt et al., 2019; Arias et al., 2020).

No obstante, una revisión sistemática realizada sobre los resultados de 25 ensayos controlados aleatorizados, que contaban en total con la participación de 2.478 pacientes con comorbilidad (Donald et al., 2005), reporta no encontrar evidencia suficiente que valide la efectividad de las intervenciones psicosociales en esta población. Asimismo, los autores reportaron dificultades metodológicas. Otra revisión sistemática (Tiet y Mausbach, 2007), que incluyó 36 estudios en los que se evaluaron intervenciones psicosociales y farmacológicas, también hizo evidente la falta de intervenciones que hayan sido replicadas y mostrado beneficios consistentes sobre los grupos de comparación en el tratamiento de la comorbilidad.

Sin embargo, algunos estudios sobre intervenciones cognitivo-conductuales apoyan su efectividad en la reducción de la sintomatología psiquiátrica en pacientes adictos, además de mostrar mejores resultados si se combinan con entrevista motivacional, que a su vez ha mostrado que los pacientes presentan mejorías en la reducción del consumo así como en la adherencia al tratamiento (Drake et al., 2008; Torrens et al., 2012; Arias et al., 2020).



La concurrencia de trastornos por uso de sustancias y de otros trastornos mentales se supone alta pero es desconocida en España; su abordaje se lleva a cabo desde diferentes redes y dispositivos asistenciales, con tratamientos farmacológicos que presentan gran variabilidad. Dado que **SOCIDROGALCOHOL** dispone de socios en toda la geografía española, y tiene una estructura con delegaciones en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas, se diseñó un estudio para conocer esta realidad en nuestro país, con una muestra representativa de profesionales y pacientes de las diferentes comunidades autónomas y, dentro de cada una de ellas, de los diferentes recursos asistenciales en los que reciben tratamiento estos pacientes.

Participaron en el estudio más de sesenta profesionales, de quince CC.AA. diferentes y tanto de la red de salud mental como de la de adicciones (con sus especificidades en cuanto a la organización de la atención sanitaria a este perfil de pacientes), y se recopilaron datos de más de 1.700 pacientes.

El objetivo de la investigación es conocer la prevalencia de la concurrencia de un TUS con OTM en personas en tratamiento en las redes de salud mental y de adicciones en España, así como su tratamiento.

## 01 OBJETIVOS

- Averiguar el uso de sustancias de los pacientes atendidos tanto en las redes específicas de adicciones como en las de salud mental.
- Saber los diagnósticos de OTM añadidos al de TUS y los diagnósticos de TUS añadidos al de OTM.
- Conocer la prevalencia de la concurrencia de un TUS con OTM en personas en tratamiento.
- Conocer qué diagnósticos de TUS y OTM están más relacionados.

- Determinar los tratamientos psicofarmacológicos que están recibiendo, tanto para los trastornos adictivos como para los otros trastornos mentales.
- Averiguar si hay diferencias entre sexos (perspectiva de género).

## 02 MÉTODO

Estudio epidemiológico, observacional, multicéntrico, con una muestra grande, aleatorizada, representativa de pacientes en tratamiento por trastornos adictivos u otros trastornos mentales en toda España (n = 1.783).

Sesenta y siete profesionales de salud completaron un cuestionario en línea específicamente diseñado sobre diagnósticos y tratamientos para sus pacientes en redes específicas de tratamiento de la adicción y de salud mental (unidades de desintoxicación, programas ambulatorios, hospitales de día, centros de día, unidades de agudos psiquiátricos, comunidades terapéuticas, unidades de media estancia y de rehabilitación, unidades de salud mental, centros penitenciarios). La web de **SOCIDROGALCOHOL** aloja la encuesta a la que pueden acceder los profesionales para cumplimentar los datos de cada paciente, cumpliendo siempre con las máximas garantías de confidencialidad y anonimato.

La población de estudio serán personas en tratamiento en la red de salud mental o en la red de atención a adicciones en España, mayores de 18 años, y con un diagnóstico en el momento de la encuesta de trastorno por uso de sustancias o de otro trastorno mental.

La aleatorización se efectuó realizando la encuesta un día a la semana, durante cuatro semanas, a los pacientes que acudían a consulta del profesional.

Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas, relativas a patologías somáticas, a uso de sustancias, a trastorno por uso de sustancias, a otros trastornos mentales y a psicofármacos prescritos (Tabla 1a). En la encuesta se incluye información sobre el centro de tratamiento en el que recibe asistencia el paciente del que se van a incluir datos.

La recogida de datos se realizó entre mayo de 2019 y febrero de 2020. Participaron profesionales y sus pacientes de quince CC.AA. (Tabla 1b).

Se realizó una estadística descriptiva y otra inferencial. Para esta última se utilizó la  $\chi^2$  de Pearson (significación asintótica bilateral), con la prueba exacta de Fisher (significación exacta bilateral) para las variables cualitativas y las cuantitativas dicotomizadas. El intervalo de confianza se estableció en el 95%. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS (versión v. 23).

El estudio se realizó conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

**TABLA 1A.** VARIABLES ESTUDIADAS

|   |  |
|---|--|
| <b>RECURSO ASISTENCIAL</b>  | <p><i>Red de adicciones:</i> centro específico de atención a adicciones/asociación de afectados/centros penitenciarios.</p> <hr/> <p><i>Red de salud mental:</i> unidad de salud mental ambulatoria/unidad hospitalaria/asociación de afectados.</p>   |
| <b>SOCIODEMOGRÁFICA</b>   | Sexo, edad, estado civil, convivencia, situación laboral.  |
| <b>OTRAS PATOLOGÍAS SOMÁTICAS</b>   | Hepatitis C-hepatitis B, VIH, enf. neurológica.  |
| <b>SUSTANCIAS CONSUMIDAS EN EL ÚLTIMO MES/SUSTANCIAS QUE HA CONSUMIDO PERO NO EN EL ÚLTIMO MES</b>        | Tabaco/alcohol/cannabis/cocaína/estimulantes/heroína/opiáceos de prescripción/otras.   |
| <b>TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES /HACE MÁS DE DOCE MESES</b> | <p>(F10) Trastorno por uso de alcohol.<br/>         (F11) Trastorno por uso de opioides.<br/>         (F12) Trastorno por uso de cannabinoides.<br/>         (F13) Trastorno por uso de sedantes o hipnóticos.<br/>         (F14) Trastorno por uso de cocaína.<br/>         (F15) Trastorno por uso de otros estimulantes (incluye cafeína).<br/>         (F16) Trastorno por uso de alucinógenos.<br/>         (F17) Trastorno por uso de tabaco.<br/>         (F18) Trastorno por uso de disolventes volátiles.<br/>         (F19) Trastorno por uso de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.</p> |
| <b>OTROS TRASTORNOS MENTALES (AGRUPADOS)</b>  | <p>(F00-09) Demencias.<br/>         (F10-19) Trastornos adictivos.<br/>         (F20-29) Trastornos psicóticos.<br/>         (F30-39) Trastornos afectivos.<br/>         (F40-49) Trastorno de ansiedad.<br/>         (F50-59) Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y trastornos del sueño.<br/>         (F60-69) Trastorno de personalidad.<br/>         (F70-99) Otros.</p>  |
| <b>TRATAMIENTO ACTUAL</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Para la adicción:</i> agonistas/antagonistas/interdictores.</li> <li>■ <i>Psiquiátricos (para OTM):</i> antipsicóticos/eutimizantes/antidepresivos.</li> <li>■ Ansiolíticos.</li> </ul>  |

**TABLA 1B.** PACIENTES ENCUESTADOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

|                      | NÚMERO       | PORCENTAJE   |
|----------------------|--------------|--------------|
| Galicia              | 281          | 15,8         |
| Comunidad Valenciana | 265          | 14,9         |
| Baleares             | 242          | 13,6         |
| Asturias             | 191          | 10,7         |
| Madrid               | 185          | 10,4         |
| Castilla y León      | 165          | 9,3          |
| Andalucía            | 110          | 6,2          |
| Cataluña             | 99           | 5,6          |
| Aragón               | 92           | 5,2          |
| Canarias             | 89           | 5,0          |
| Castilla-La Mancha   | 34           | 1,9          |
| País Vasco           | 11           | ,6           |
| Extremadura          | 7            | ,4           |
| Murcia               | 7            | ,4           |
| La Rioja             | 5            | ,3           |
| <b>TOTAL</b>         | <b>1.783</b> | <b>100,0</b> |



## RESULTADOS

De las 2.000 previstas, se obtuvieron un total de 1.783 encuestas adecuadamente realizadas en quince CC.AA. diferentes; de ellas, 322 en dispositivos de la red de salud mental y el resto en dispositivos de la red de adicciones. Los resultados se presentan resumidos en las tablas que se muestran a continuación (tablas 2 a 9). En algunas de las variables no se obtuvieron datos de todos los encuestados, figurando al principio de la tabla la N, sobre el que se realiza el análisis estadístico.

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO

Las características sociodemográficas y de clínica somática se resumen en las tablas 2 y 3.

**TABLA 2.** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

| <b>N=1.783</b>   | <b>TOTAL</b>       | <b>S. MENTAL</b> | <b>ADICCIONES</b> | <b>VALOR P</b>   |
|--|--------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Sexo ( <i>hombres</i> )  | 1.310 (73,6%)      | 216 (67,3%)      | 1.094 (75%)       | <b>0,005</b>     |
| Edad ( <i>media, desviación estándar</i> )                       | 47,54 ± 1,38       | 48,30 ± 12,17    | 43,11 ± 11,21     | <b>0,04</b>      |
| Convivencia ( <i>fam. prop.+solo</i> )                           | 1.049 (33 + 25,9%) | 34,5 + 27,3%     | 25,5 + 32,6%      | 0,75             |
| Situación laboral ( <i>activo+incapacidad laboral temporal</i> ) | 591 (29,3%)        | 89 (20,8%)       | 462 (31,2%)       | <b>&lt;,0001</b> |
| Estado civil ( <i>soltero</i> )                                  | 908 (50,9%)        | 168 (52,2%)      | 740 (50,7%)       | 0,624            |

**TABLA 3.** VARIABLES CLÍNICAS (SOMÁTICAS)

| <b>N=1.783</b>   | <b>TOTAL</b> | <b>S. MENTAL</b> | <b>ADICCIONES</b> | <b>VALOR P</b>   |
|------------------|--------------|------------------|-------------------|------------------|
| VHC              | 292 (16,4%)  | 27 (8,4%)        | 265 (18,1%)       | <b>&lt;,0001</b> |
| VHB              | 65 (3,6%)    | 7 (2,2%)         | 58 (4%)           | 0,120            |
| VIH              | 89 (5%)      | 5 (1,6%)         | 84 (5,7%)         | <b>0,002</b>     |
| Enf. neurológica | 71 (4%)      | 15 (4,7%)        | 56 (3,8%)         | 0,493            |

Destaca que:

- Hay más hombres y más jóvenes en la red de adicciones.
- Son más activos laboralmente los pacientes en tratamiento en la red de adicciones.
- Los tratamientos previos son más frecuentes en los centros de tratamiento de adicciones.
- Las enfermedades infecciosas se detectan más en los centros de adicciones que en los centros de salud mental, con significación estadística para el VIH y especialmente para el VHC.

Respecto a las relaciones encontradas entre el consumo de determinadas sustancias y la situación de comorbilidad somática, para el caso de la hepatitis C y el VIH no existe una relación con el consumo de alcohol. En cambio, sí para la hepatitis B, así como la presencia de enfermedad neurológica ( $p < 0,01$ ). Con la heroína, al igual que con los opioides de prescripción, se encuentra una relación con la hepatitis C, B y VIH ( $p < 0,01$ ). En el caso del tabaco, se halla una relación con la hepatitis C y las enfermedades neurológicas ( $p < 0,05$ ). Respecto al cannabis, la situación es exactamente la misma que para los opiáceos. Sin embargo, para la cocaína solamente se encuentra relación directa con el virus de la hepatitis C ( $p < 0,05$ ). Los consumos de ansiolíticos están directamente relacionados con el virus de la hepatitis C y con el VIH ( $p < 0,01$ ). Para el consumo de estimulantes tipo amfetamina no existe ninguna relación ni con las enfermedades infecciosas ni con las neurológicas.

## SUSTANCIAS CONSUMIDAS

Las sustancias consumidas tanto en pacientes en salud mental como en adicciones se resumen en la tabla 4.

**TABLA 4.** SUSTANCIAS CONSUMIDAS

| <b>N=1.783</b>          | <b>TOTAL</b>  | <b>S. MENTAL</b> | <b>ADICCIONES</b> | <b>VALOR P</b> |
|-------------------------|---------------|------------------|-------------------|----------------|
| Cualquiera previamente  | 1.287 (72,2%) | 251 (78%)        | 1.036 (70,9%)*    | <b>0,011</b>   |
| Cualquiera menos tabaco | 1.258 (70,6%) | 237 (73,6%)      | 1.021 (69,9%)     | 0,185          |
| Cualquiera actual       | 1.482 (83,1%) | 250 (77,6%)      | 1.232 (84,3%)     | <b>0,004</b>   |
| Cualquiera menos tabaco | 1.044 (58,6%) | 161 (50%)        | 883 (60,4%)       | <b>0,001</b>   |

\* Resto sin diagnóstico especificado o no consta.

### SUSTANCIAS CONSUMIDAS EN EL ÚLTIMO MES

|                                     |               |             |             |                  |
|-------------------------------------|---------------|-------------|-------------|------------------|
| Tabaco                              | 1.195 (89,1%) | 215 (80,2%) | 980 (91,3%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Alcohol                             | 693 (50,3%)   | 129 (48,7%) | 564 (50,6%) | 0,568            |
| Cannabis                            | 413 (45,3%)   | 49 (31,6%)  | 364 (48,1%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Cocaína                             | 331 (33,6%)   | 27 (20%)    | 304 (35,8%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Estimulantes ( <i>anfetaminas</i> ) | 31 (1,7%)     | 12 (3,7%)   | 19 (1,3%)   | <b>0,003</b>     |
| Heroína                             | 117 (8,5%)    | 4 (1,5%)    | 113 (10,1%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Opioides de prescripción            | 191 (81,3%)   | 5 (45,5%)   | 186 (83%)   | <b>0,002</b>     |

### SUSTANCIAS CONSUMIDAS, PERO NO EN EL ÚLTIMO MES (ABANDONO DEL CONSUMO)

|                                     |             |             |             |                  |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Tabaco                              | 146 (10,9%) | 53 (19,8%)  | 9 (8,7%)    | <b>&lt;,0001</b> |
| Alcohol                             | 686 (49,7%) | 136 (51,3%) | 550 (49,4%) | 0,158            |
| Cannabis                            | 498 (54,7%) | 106 (68,4%) | 392 (51,9%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Cocaína                             | 654 (66,4%) | 108 (80%)   | 546 (64,2%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Estimulantes ( <i>anfetaminas</i> ) | 260 (14,6%) | 73 (22,7%)  | 187 (12,8%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Heroína                             | 253 (18,3%) | 24 (9,1%)   | 229 (20,6%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Opioides de prescripción            | 44 (18,7%)  | 6 (54,5%)   | 38 (17%)    | <b>&lt;,0001</b> |

Lo más relevante es que:

- Obviamente, hay mayor porcentaje de consumidores en activos y pasados (abstinentes) en la red de adicciones, pero también un elevado porcentaje de consumo en la red de salud mental (77,6% y 50% si no se incluye tabaco).
- Todas las sustancias son más consumidas en la red de adicciones salvo el alcohol, que lo es por igual en ambas redes.
- Menos para el alcohol, se produjo un cierto mayor abandono de uso de sustancias en la red de salud mental que en la de adicciones.
- Las sustancias más consumidas son, por este orden: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y opioides.
- Aunque no aparece reflejado en la tabla 4, existe un policonsumo en muchos casos, siendo el más habitual el de tabaco y alcohol (19,3% de los sujetos) y de tabaco y cannabis (en el 6,8%).

## DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Los TUS, tanto en la red de salud mental como en la de adicciones, quedan reflejados en la tabla 5. Los hallazgos más destacables son:

- Es llamativo que, en la red de salud mental, un 68,9% de los pacientes tiene un diagnóstico actual de TUS (59% si no se considera el tabaco), porcentaje más bajo que en la de adicciones.
- Destacan como más diagnosticados el trastorno por uso (TU) de alcohol, de tabaco, de cocaína y de cannabis en el total. En la red de adicciones son los TU de alcohol, tabaco y cocaína los más encontrados, mientras que en la red de salud mental lo son los TU de tabaco, alcohol y cannabinoides.
- Se consume más tabaco en pacientes tratados en la red de salud mental que en la de adicciones (44,1% vs. 34,3%).
- Existe una clara diferencia entre la prevalencia de diagnósticos de TU de casi todas las sustancias a favor de la red de adicciones, salvo para

**TABLA 5. DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS**

| <b>N=1.782</b>                      | <b>TOTAL</b>  | <b>S. MENTAL</b> | <b>ADICCIONES</b> | <b>VALOR P</b>   |
|-------------------------------------|---------------|------------------|-------------------|------------------|
| Cualquiera previo                   | 1.431 (80,3%) | 215 (66,8%)      | 1.216 (83,2%)*    | <b>&lt;,0001</b> |
| Cualquiera actual                   | 1.036 (58,1%) | 222 (68,9%)      | 814 (55,7%)       | <b>&lt;,0001</b> |
| Cualquiera previo<br>(menos tabaco) | 875 (49,1%)   | 190 (59%)        | 685 (46,9%)       | <b>&lt;,0001</b> |
| Cualquiera actual<br>(menos tabaco) | 643 (36,1%)   | 142 (44,1%)      | 501 (34,3%)       | <b>&lt;,001</b>  |

\* Resto sin diagnóstico especificado o no consta.

**TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**

|                               |             |             |             |                  |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Alcohol                       | 744 (41,7%) | 80 (24,8%)  | 664 (45,4%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Opioides                      | 370 (20,8%) | 12 (3,7%)   | 358 (24,5%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Cannabinoides                 | 416 (23,3%) | 41 (12,7%)  | 375 (25,7%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Sedantes/hipnóticos           | 116 (6,5%)  | 10 (3,1%)   | 106 (7,3%)  | <b>&lt;,0001</b> |
| Cocaína                       | 521 (29,2%) | 33 (10,2%)  | 488 (33,4%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Estimulantes<br>(anfetaminas) | 45 (2,5%)   | 12 (3,7%)   | 33 (2,3%)   | 0,128            |
| Alucinógenos                  | 5 (0,3%)    | 0           | 5 (0,3%)    | 0,293            |
| Tabaco                        | 643 (36,1%) | 142 (44,1%) | 501 (34,3%) | <b>0,001</b>     |
| Múltiples drogas              | 36 (2%)     | 6 (1,9%)    | 30 (2,1%)   | 0,826            |

**TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS PREVIO A LOS ÚLTIMOS 12 MESES**

|                               |             |            |             |                  |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|------------------|
| Alcohol                       | 498 (27,9%) | 93 (28,9%) | 405 (27,7%) | 0,674            |
| Opioides                      | 305 (17,1%) | 22 (6,8%)  | 283 (19,4%) | <b>&lt;,0001</b> |
| Cannabinoides                 | 355 (19,9%) | 71 (22%)   | 284 (19,4%) | 0,288            |
| Sedantes/hipnóticos           | 109 (6,1%)  | 6 (1,9%)   | 103 (7%)    | <b>&lt;,0001</b> |
| Cocaína                       | 505 (28,3%) | 66 (20,5%) | 439 (30%)   | <b>0,001</b>     |
| Estimulantes<br>(anfetaminas) | 81 (4,5%)   | 26 (8,1%)  | 55 (3,8%)   | <b>0,001</b>     |
| Alucinógenos                  | 23 (1,3%)   | 1 (0,3%)   | 22 (1,5%)   | 0,085            |
| Tabaco                        | 347 (19,5%) | 98 (30,4%) | 249 (17%)   | <b>&lt;,0001</b> |
| Múltiples drogas              | 45 (2,5%)   | 16 (5%)    | 29 (2%)     | <b>0,002</b>     |

el tabaco. Destacan especialmente el mayor porcentaje de diagnósticos por adicción a opioides y a cocaína.

- Por otra parte, y no explicitado en la tabla 5, se da una importante concurrencia de varios diagnósticos actuales por uso de sustancias, siendo los más frecuentes los de TU de tabaco y de alcohol (10,6%) y los de TU de cocaína y de alcohol (5,3%).

## DIAGNÓSTICOS DE OTROS TRASTORNOS MENTALES

Los diagnósticos de trastornos mentales no debidos al uso de sustancias (no F10-19 de la CIE-10) realizados en ambas redes de tratamiento quedan resumidos en la tabla 6.

**TABLA 6.** DIAGNÓSTICO DE OTRO TRASTORNO MENTAL (NO F10-19)

| <b>N=1.783</b> | <b>TOTAL</b>  | <b>S. MENTAL</b> | <b>ADICIONES</b> | <b>VALOR P</b>   |
|----------------|---------------|------------------|------------------|------------------|
| Cualquiera     | 1.334 (74,8%) | 297 (92,2%)*     | 1.037 (71,0%)    | <b>&lt;,0001</b> |

\* Resto sin diagnóstico especificado o no consta.

### OTROS TRASTORNOS MENTALES (NO F10-19)

|                             |             |             |             |                  |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| (F20-29) T. psicóticos      | 315 (17,7%) | 113 (35,1%) | 202 (13,8%) | <b>&lt;,0001</b> |
| (F30-39) T. afectivos       | 580 (32,5%) | 108 (33,5%) | 472 (32,3%) | 0,669            |
| (F40-49) T. de ansiedad     | 296 (16,6%) | 43 (13,4%)  | 253 (17,3%) | 0,084            |
| (F50-59) TCA y T. del sueño | 70 (3,9%)   | 10 (3,1%)   | 60 (4,1%)   | 0,402            |
| (F60-69) T. de personalidad | 459 (25,7%) | 71 (22%)    | 388 (26,6%) | 0,094            |
| (F70-79) Retraso mental     | 16 (0,9%)   | 3 (0,9%)    | 13 (0,9%)   | 0,942            |
| (F00-09, F90-99) Otros      | 59 (3,3%)   | 4 (1,2%)    | 55 (3,8%)   | <b>0,022</b>     |

Los hallazgos más destacados son:

- Una muy elevada prevalencia de alguno de estos diagnósticos en la red de adicciones (71%), destacando en ella los trastornos afectivos y los de personalidad.

- Los trastornos mentales no debidos al uso de sustancias más prevalentes en el total son también los afectivos y los de personalidad, aunque en la red de salud mental son los trastornos psicóticos, además de los afectivos, los más habitualmente diagnosticados.
- Es precisamente en los trastornos psicóticos donde hay una diferencia significativa en su diagnóstico entre ambas redes.

## RELACIONES ENTRE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES

Las relaciones encontradas entre los diferentes TUS y los otros diagnósticos de trastornos mentales, agrupados por grandes síndromes, quedan expuestos en la tabla 7.

**TABLA 7.** TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS Y OTRO TRASTORNO MENTAL  
(CHI<sup>2</sup> DE PEARSON, VALORES DE P)

|                             | (F10)          | (F11)           | (F12)           | (F13)           | (F14)          | (F15)             | (F16,18,19)       | (F17)         |
|-----------------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-------------------|-------------------|---------------|
| <b>N=1.783</b>              | <b>Alcohol</b> | <b>Opioides</b> | <b>Cannabis</b> | <b>Sedantes</b> | <b>Cocaína</b> | <b>Otr.estim.</b> | <b>Otr.drogas</b> | <b>Tabaco</b> |
| (F0-9)                      |                |                 |                 |                 |                |                   |                   |               |
| Demencias                   | 0,468          | 0,716           | 0,435           | 0,803           | 0,090          | 0,020             | 0,821             | 0,216         |
| (F20-29)                    |                |                 |                 |                 |                |                   |                   |               |
| T. psicóticos               | 0,012          | 0,188           | 0,000           | 0,594           | 0,739          | 0,000             | 0,866             | 0,000         |
| (F30-39)                    |                |                 |                 |                 |                |                   |                   |               |
| T. afectivos                | 0,001          | 0,112           | 0,276           | 0,079           | 0,000          | 0,079             | 0,562             | 0,161         |
| (F40-49)                    |                |                 |                 |                 |                |                   |                   |               |
| T. de ansiedad              | 0,633          | 0,093           | 0,006           | 0,013           | 0,693          | 0,736             | 0,880             | 0,424         |
| (F50-59) TCA                |                |                 |                 |                 |                |                   |                   |               |
| y T. del sueño              | 0,638          | 0,609           | 0,170           | 0,541           | 0,046          | 0,164             | 0,100             | 0,044         |
| (F60-69) T. de personalidad | 0,033          | 0,000           | 0,000           | 0,000           | 0,000          | 0,031             | 0,757             | 0,000         |
| (F70-99)                    |                |                 |                 |                 |                |                   |                   |               |
| Otros TM                    | 0,597          | 0,079           | 0,036           | 0,690           | 0,019          | 0,129             | 0,831             | 0,009         |

GL = 1; valores de chi<sup>2</sup> entre 0,03 y 20,66.

Las relaciones halladas entre los TUS concretas y los diferentes TM específicos más relevantes son las siguientes:

- TU de alcohol con T. afectivos
- TU de opioides con T. de personalidad
- TU de cannabinoides con T. psicóticos en primer lugar, seguidos de T. de personalidad y T. de ansiedad
- TU de sedantes con T. de personalidad, T. de ansiedad y T. del sueño
- TU de cocaína con T. afectivos y T. de personalidad en primer lugar, seguido de otros trastornos y por último de TCA y T. del sueño. Llama la atención que no se relaciona con trastornos psicóticos
- TU de estimulantes (anfetaminas) con T. psicóticos y, en segundo lugar, con T. de personalidad
- TU de tabaco con T. psicóticos y T. de personalidad en primer lugar, con otros trastornos en segundo y, por último, con TCA y T. del sueño

En lo que respecta a los trastornos mentales no TUS, las relaciones más relevantes son las siguientes:

- Trastornos psicóticos con TU de cannabis, otros estimulantes y tabaco en primer lugar y, en menor medida, con alcohol
- T. afectivos especialmente con TU de cocaína y menos con TU de alcohol
- T. ansiedad con TU de cannabis y menos significativo con TU de sedantes
- TCA y T. del sueño con TU de cocaína y TU de tabaco (aunque apenas significativos)
- Los trastornos de personalidad se relacionan con todos los TUS, pero especialmente con TU de opioides, TU de cannabis, TU de sedantes, TU de cocaína y TU de tabaco; y en menor medida con TU de alcohol y TU de otros estimulantes
- El resto de trastornos mentales se relaciona con TU de tabaco, TU de cocaína y TU de cannabis, aunque con significaciones menos potentes.

## TRATAMIENTOS PRESCRITOS

Los tratamientos farmacológicos prescritos tanto en una red asistencial como en otra se resumen en la tabla 8.

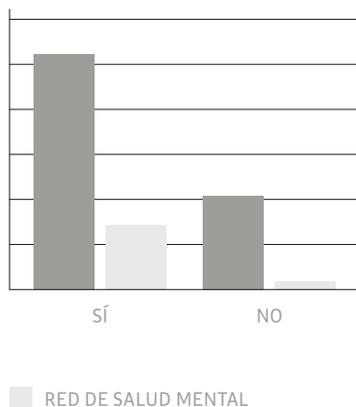
**TABLA 8.** TRATAMIENTOS PRESCRITOS

| <b>N=1.783</b>               | <b>TOTAL</b>  | <b>S. MENTAL</b> | <b>ADICIONES</b> | <b>VALOR P</b>    |
|------------------------------|---------------|------------------|------------------|-------------------|
| <b>PARA TUS</b> (cualquiera) | 954 (53,5%)   | 96 (17,4%)       | 858 (65,4%)      | <b>&lt;,00001</b> |
| Interdictores                | 183 (10,3%)   | 42 (13%)         | 141 (9,7%)       | 0,069             |
| Agonistas                    | 423 (28,1%)   | 12 (3,7%)        | 411 (31,3%)      | <b>&lt;,00001</b> |
| Antagonistas                 | 53 (3,7%)     | 4 (1,9%)         | 49 (3%)          | 0,121             |
| <b>PARA OTM</b> (cualquiera) | 1.329 (74,5%) | 284 (88,2%)      | 1.045 (71,5%)    | <b>&lt;,0001</b>  |
| Antipsicóticos               | 599 (33,6%)   | 171 (52,1%)      | 428 (29,3%)      | <b>&lt;,0001</b>  |
| Eutimizantes                 | 294 (22%)     | 69 (23,2%)       | 225 (21,7%)      | 0,574             |
| Antidepresivos               | 714 (53,5%)   | 129 (43,4%)      | 585 (56,4%)      | <b>&lt;,0001</b>  |
| <b>ANSIOLÍTICOS</b>          | 671 (50,3%)   | 108 (36,4%)      | 563 (54,3%)      | <b>&lt;,0001</b>  |

**TRATAMIENTO (FARMACOLÓGICO) DE LA DEPENDENCIA (F10-19)**



**TRATAMIENTO (FARMACOLÓGICO) DE LOS OTROS TRASTORNOS MENTALES (NO F10-19)**



Los datos referentes a los tratamientos que más resaltan son:

- Relativo poco uso de interdictores en ambas redes.
- Obviamente, el uso de agonistas opiáceos para el tratamiento de la dependencia de opioides se da casi exclusivamente en la red de adicciones.
- Apenas hay uso de antagonistas opiáceos ni en una ni en otra red asistencial.
- Se da un importante uso de antipsicóticos en ambas redes.
- También se aprecia un uso frecuente, y elevado, de prescripción de antidepresivos y estabilizadores del ánimo en las dos redes.
- Por último, es muy llamativo el elevado porcentaje de pacientes que tiene prescritos ansiolíticos/hipnóticos tanto en una como en otra red asistencial.

## COMORBILIDAD Y GÉNERO

Los hallazgos diferenciados por género se concretan en la tabla 9.

**TABLA 9.** COMORBILIDAD Y GÉNERO

| <b>N=1.780</b>                                | <b>HOMBRES (1310)</b> | <b>MUJERES (470)</b> | <b>VALOR P</b>  |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------|
| <b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>            |                       |                      |                 |
| Convivencia con familia propia                | 383 (29,2%)           | 202 (43%)            | <b>&lt;,000</b> |
| Convivencia con familia de origen             | 482 (36,8%)           | 110 (23,4%)          | <b>&lt;,000</b> |
| Trabajando                                    | 394 (30,1%)           | 128 (27,2%)          | 0,083           |
| Paro  | 466 (35,6%)           | 154 (32,8%)          | 0,097           |
| Pensionista                                   | 359 (27,4%)           | 102 (21,7%)          | <b>0,029</b>    |
| <b>CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL ÚLTIMO MES</b> |                       |                      |                 |
| Alcohol                                       | 513 (39,2%)           | 178 (37,9%)          | 0,623           |
| Tabaco  | 898 (31,5%)           | 294 (37,4%)          | <b>0,018</b>    |
| Opioides                                      | 150 (11,5%)           | 28 (6%)              | <b>&lt;,000</b> |

|                         |             |            |              |
|-------------------------|-------------|------------|--------------|
| Cannabis                | 326 (24,9%) | 84 (17,9%) | <b>0,002</b> |
| Cocaína                 | 256 (19,5%) | 74 (15,7%) | 0,069        |
| Ansiolíticos/hipnóticos | 40 (2,9%)   | 18 (3,8%)  | 0,119        |
| Otras                   | 64 (4,8%)   | 26 (5,6%)  | 0,207        |

#### TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (ACTUAL)

|   |             |             |                 |
|---|-------------|-------------|-----------------|
| Alcohol                                 | 326 (24,9%) | 89 (19%)    | <b>0,008</b>    |
| Tabaco                                  | 486 (37,1%) | 155 (33%)   | 0,110           |
| Opioides                                | 156 (11,9%) | 34 (7,2%)   | <b>0,005</b>    |
| Cannabis                                | 329 (25,1%) | 85 (18,1%)  | <b>0,002</b>    |
| Cocaína                                 | 417 (31,8%) | 104 (22,1%) | <b>&lt;,000</b> |
| Ansiolíticos/hipnóticos (no prescritos) | 90 (6,9%)   | 26 (5,5%)   | 0,313           |
| Otras                                   | 72 (5,5%)   | 14 (3%)     | 0,068           |

#### OTRO TRASTORNO MENTAL (NO F10-19) ACTUAL

|                             |             |             |                 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| (F0-9) Demencias            | 12 (0,9%)   | 6 (1,3%)    | 0,332           |
| (F20-29) T. psicóticos      | 248 (18,9%) | 58 (12,3%)  | <b>0,001</b>    |
| (F30-39) T. afectivos       | 357 (27,3%) | 215 (45,7%) | <b>&lt;,000</b> |
| (F40-49) T. de ansiedad     | 199 (15,2%) | 111 (23,6%) | <b>&lt;,000</b> |
| (F50-59) TCA y T. del sueño | 44 (3,4%)   | 37 (7,9%)   | <b>&lt;,000</b> |
| (F60-69) T. de personalidad | 343 (26,2%) | 122 (26%)   | 0,448           |
| (F70-99) Otros TM           | 42 (3,3%)   | 12 (2,6%)   | 0,198           |

#### TRATAMIENTO

|                              |             |             |                 |
|------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| Agonistas opiáceos           | 267 (20,4%) | 54 (11,5%)  | <b>&lt;,000</b> |
| Antagonistas opiáceos        | 35 (2,7%)   | 22 (4,7%)   | <b>0,034</b>    |
| Interdictores                | 130 (9,9%)  | 53 (11,3%)  | 0,407           |
| Ansiolíticos/hipnóticos      | 540 (41,2%) | 239 (50,9%) | <b>&lt;,000</b> |
| Eutimizantes/antiepilépticos | 248 (18,9%) | 89 (19%)    | 0,937           |
| Antidepresivos               | 502 (38,3%) | 257 (54,7%) | <b>&lt;,000</b> |
| Antipsicóticos               | 452 (34,5%) | 147 (31,3%) | 0,204           |

GL entre 1-6; valores de chi<sup>2</sup> entre 0,24 y 110,46.

Los datos que más destacan en cuanto a diferencias entre mujeres y hombres son:

- Las mujeres conviven en mayor porcentaje con familia propia y menos con familia de origen que los hombres. Las mujeres son pensionistas en menor porcentaje.
- La hepatitis B y C, y el VIH, son más frecuentes en hombres que en mujeres.
- En cuanto al uso de sustancias, las mujeres usan más tabaco y menos opioides y cannabis, siendo semejante al de los hombres el uso de las restantes sustancias.
- Respecto a los TUS actuales, las mujeres tienen menos diagnóstico de TU de alcohol, opioides, cannabis y cocaína, siendo el resto igual a los hombres.
- Respecto a otros trastornos mentales diagnosticados en el momento de la encuesta, las mujeres tienen menos trastornos psicóticos y más trastornos afectivos, de ansiedad, del sueño y TCA, siendo en el resto igual, incluidos los trastornos de personalidad.
- En lo que se refiere a los tratamientos que se les están prescribiendo, las mujeres tienen menos tratamientos con agonistas y más con antagonistas; tienen más tratamientos con ansiolíticos y antidepresivos, siendo prescritos en la misma medida que los hombres los interdictores, los eutimizantes y los antipsicóticos.

## CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

Se sabe que entre la población general la posibilidad de padecer un cuadro psiquiátrico entre los consumidores representa una *odds ratio* más elevada que entre la población no consumidora, alrededor de un 3 o un 4. Se estima que más de un tercio de las personas diagnosticadas de un trastorno mental abusa o es dependiente de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, y entre los pacientes dependientes del alcohol el 37% sufre de otros trastornos mentales. No obstante, se ha de insistir en que la prevalencia de la comorbilidad difiere entre la población general y la que está en tratamiento, siendo más elevada en esta última (Torrens et al., 2015; Pascual et al., 2017).

En efecto, las evidencias epidemiológicas acumuladas en las últimas décadas indican que los trastornos duales son frecuentes. Como hemos comentado, encuestas epidemiológicas a gran escala realizadas en población general han evaluado la coexistencia de adicciones y otros trastornos psiquiátricos en EE.UU.: Epidemiological Catchment Area (ECA) Study (Regier et al., 1990), National Comorbidity Survey (NCS) y National Comorbidity Survey Replication (NCSR) (Kessler y Merikangas, 2014) y National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Grant et al., 2004). Todas confirman que los trastornos comórbidos no son la excepción. Y existen muchas evidencias epidemiológicas basadas en la población clínica acerca de las altas tasas de diagnóstico dual en los pacientes en tratamiento en las redes de salud mental y adicciones (Roncero et al., 2011; Arias et al., 2013a). Así, algunos estudios epidemiológicos internacionales revelan que la morbilidad de abuso o dependencia de sustancias se da hasta entre el 70 y el 80% de los

pacientes con esquizofrenia, en más del 60% de los pacientes con trastorno bipolar (Regier et al., 1990), en más del 70% de los que presentan trastornos de personalidad graves y en más del 30% de los que padecen trastornos por ansiedad y depresión (Pascual et al., 2017).

Algunos estudios epidemiológicos nacionales, como el estudio Madrid, determinan que un 70% de estos pacientes presentan de forma simultánea o secuencial otro trastorno mental (Arias et al., 2013a). En sentido contrario, encontramos que, en los pacientes que acuden a los servicios de salud mental, algunos estudios cifran en un 50% la comorbilidad con TUS (Lev-Ran et al., 2013).

Y es que, también en España, desde finales de los años noventa, se han publicado estudios sobre la concurrencia de TUS y OTM. No obstante, están realizados generalmente sobre poblaciones en tratamiento y en dispositivos específicos de atención a drogodependientes; además, con diagnósticos casi en todos ellos muy concretos, y en CC.AA. con diferentes modelos de atención (paralelos o integrados). Es decir, no ha habido un estudio sobre prevalencia y tratamiento de esta comorbilidad a nivel estatal y sin distinguir por diagnósticos o dispositivo de atención. Por todo ello, las investigaciones realizadas son difíciles de extrapolar a la situación general de prevalencia y atención a estos pacientes en nuestro país.

Ya a finales de los años 90 y principios de los años 2000 hay investigaciones publicadas sobre trastornos mentales comórbidos en poblaciones de pacientes en tratamiento por su adicción. Así, Arias et al. (1996) estudian los trastornos de personalidad en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona. Por su parte, Fernández et al. (2001) exploran la influencia de los trastornos psiquiátricos en la efectividad de un programa de mantenimiento prolongado con metadona (Fernández et al., 2001). Haro et al. (2001) estudian la influencia de los trastornos de la personalidad en la evolución de la conducta adictiva y psicopatología asociada. Rodríguez-Llera et al. (2006) averiguan la prevalencia de concurrencia de trastornos mentales en jóvenes consumidores de heroína.

Otras investigaciones en esa época se focalizan en trastornos mentales específicos, especialmente los de personalidad (TP), en concomitancia con trastornos adictivos: Fernández (2002) se centra en los trastornos de personalidad y adicción en cuanto a relaciones etiológicas y consecuencias

terapéuticas; Lana et al. (2008) estudian los trastornos de personalidad y el uso de drogas en una población atendida en la red de salud mental. Pedrero (2018) estudian la prevalencia de TP en adictos a diversas sustancias en un centro de tratamiento ambulatorio y encuentran hasta un 32,5% de TP en una muestra mayor. Nocon et al. (2007) analizan los trastornos mentales en pacientes en una unidad de desintoxicación. Por su parte, Herrero et al. (2008) determinan la comorbilidad psiquiátrica en consumidores de cocaína, y si son inducidos o primarios; Roncero et al. (2011), en el estudio Proteus, estudian las comorbilidades psiquiátricas y su manejo en pacientes en tratamiento sustitutivo con metadona en diversas CC.AA.

En una muestra de 1.200 pacientes de centros de salud mental, realizado por el Instituto de Adicciones de Madrid, se calculó que más del 50% de los pacientes atendidos presentaban además una conducta adictiva; también se determinó si la existencia de trastornos mentales se asociaba con un uso más frecuente del alcohol de manera incontrolada (Sánchez-Peña et al., 2012).

Más recientemente, la investigación se focaliza en el estudio de poblaciones atendidas en redes de salud mental o en las de adicciones en grandes áreas de salud, como Madrid (Arias et al., 2013b), separándolo también por sustancias (Arias et al., 2013c). En el Estudio Madrid se incluyeron 837 pacientes: 208 (24,9%) procedían de centros de salud mental (CSM) y 629 (75,1%) de centros de drogodependencias. Del total de 837 pacientes evaluados, se consideró que 517 (61,8%) tenían diagnóstico actual de un trastorno mental distinto al uso de sustancias o un trastorno de personalidad y un diagnóstico de TUS; de estos, 442 procedían de la red de adicciones (70,3% de prevalencia) y 75 de centros de salud mental (36,1% de prevalencia). El grupo de pacientes duales se comparó con el grupo de sujetos con diagnóstico de TUS no duales ( $n=194$ ; 23,2% de la muestra) y con el grupo de pacientes con diagnóstico de TM no dual ( $n=126$ ; 15,1% de la muestra) (Arias et al., 2013b).

En un estudio realizado por 64 profesionales en 21 dispositivos de atención a drogodependientes en Galicia con 2.300 pacientes, el 63,9% con TU de varias sustancias (Pereiro et al., 2013), se halló que el 56,3% de ellos también tenían, además, un diagnóstico de otro trastorno mental, siendo los más habituales los trastornos afectivos (16,8%) y ansiosos (14,3%), y los de personalidad (20,2%, con TP límite y TP antisocial como los más prevalentes).

Específicamente, Cuenca et al. (2013) estudian la comorbilidad psiquiátrica en una población de jóvenes-adultos consumidores de cannabis. Y Comín et al. (2016) exploran las diferencias clínicas entre dependientes de cocaína con y sin trastorno antisocial de la personalidad.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y DE USO DE SUSTANCIAS

Las características sociodemográficas de la muestra, en lo que se refiere al perfil de las personas tratadas en la red de adicciones, no difieren demasiado del ya conocido por los informes anuales al respecto del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD): hay más hombres y más jóvenes en la red de adicciones que en la de salud mental. Puede ser llamativo que estén más activos laboralmente en la red de adicciones, lo que podría explicarse por un mayor porcentaje de pensionistas en la de salud mental.

En cuanto a la situación clínica somática, es lógico haber encontrado mayor prevalencia de infecciones por VHC y VIH en la red de adicciones, y que los tratamientos previos por TUS sean más frecuentes en los centros de tratamiento de adicciones. El que las enfermedades infecciosas se detecten significativamente más en adicciones que en salud mental, especialmente el VHC, tendría que ver probablemente con uso parenteral en algún momento de alguna sustancia.

La hepatitis B y C, así como el VIH, son más frecuentes en hombres que en mujeres. Podría reflejar más conductas de riesgo por parte de los varones.

Para el caso de la hepatitis C y el VIH, no existe una relación con el consumo de alcohol, que sí se encuentra con la heroína, al igual que con los opioides de prescripción, y también con el cannabis y los ansiolíticos. Esto podría ser explicado por el policonsumo de diversas drogas, lo que afectaría a las relaciones concretas de unas sustancias con la patología infecciosa. Sin embargo, para la cocaína solamente se encuentra relación directa con el virus de la hepatitis C. Y con el consumo de estimulantes tipo anfetamina no existe ninguna relación.

Las sustancias más consumidas en ambas redes son, por este orden, alcohol, tabaco, cocaína, cannabis y opioides. Nada sorprendente, ya que se corresponde con lo conocido tanto en población general como en poblaciones en tratamiento. También es lógico que haya mayor porcentaje de consumidores activos y ya abstinentes en la red de adicciones, pero también es muy llamativo el elevado porcentaje de consumo en red de salud mental (la mitad si no se incluye tabaco). También destaca que, aunque obviamente todas las sustancias son más consumidas en la red de adicciones, la excepción sea el alcohol, que lo es por igual en ambas redes. No obstante, esto podría reflejar distorsiones en la atención a los problemas con el alcohol, en comparación con el resto de sustancias de abuso, en la red de adicciones.

Menos para el alcohol, se produjo un mayor abandono de uso de sustancias en la red de salud mental que en la de adicciones, lo que podría ser consecuencia de una menor gravedad en su uso.

En cuanto a las enfermedades neurológicas, se diagnostican con más frecuencia en la red de salud mental, aunque sin significación estadística, observándose una relación de estas enfermedades con el consumo de alcohol, pero no para el resto de TUS.

## DIAGNÓSTICOS DE TM (TUS Y OTM) Y COMORBIIDAD

En nuestro estudio es llamativo que, en la red de salud mental, un 68,9% de pacientes tiene un diagnóstico actual de TUS (59% si no se considera tabaco), porcentaje más bajo que en la red de adicciones. Destacan como trastornos más prevalentes los relacionados con el uso de tabaco (89,1%), el alcohol (24,8%), el cannabis (12,7%) y la cocaína (10,2%), lo que no difiere sustancialmente de lo ya conocido por investigaciones previas. Hay más diagnósticos relacionados con tabaco en pacientes tratados en la red de salud mental que en la de adicciones (44,1% vs. 34,3%), aunque podría no reflejar exactamente la realidad y estar condicionado por una mayor preocupación por ese consumo en la red de salud mental que en la de adicciones.

En lo relativo a los diagnósticos por otros trastornos mentales, el hallazgo fundamental es que hay un 71% de pacientes diagnosticados con otro tras-

torno mental diferente al adictivo en la red de adicciones, lo que es una prevalencia muy elevada. También mostraría la sensibilidad de los profesionales con el problema de la concurrencia de diagnósticos, y su amplia detección.

El que sean mayoritarios los trastornos afectivos (32,3%), los de personalidad (26,6%), los de ansiedad (17,3%) y los psicóticos (13,8%) concuerda con lo mostrado por numerosos estudios previos. Cabe destacar que, excepto los trastornos psicóticos, que son algo menores, los porcentajes de los diferentes trastornos son semejantes a los de la red de salud mental, afianzando con esto la percepción de una elevada concienciación y pericia por parte de los clínicos de la red de adicciones en detectar otros trastornos mentales.

En lo que respecta a los trastornos mentales no TUS, las relaciones encontradas más llamativas son las siguientes:

- Los trastornos psicóticos se relacionan con TU de cannabis, pero no con TU de cocaína, aunque sí con otros estimulantes, lo que no está en línea con lo habitualmente hallado (Arias et al., 2013a; Ochoa et al., 2018). Sí es habitual la relación con TU de tabaco en primer lugar, y en menor medida con alcohol.
- Los trastornos afectivos se relacionan especialmente con TU de cocaína, lo que es habitual, especialmente en los trastornos bipolares (Arias et al., 2017); pero ya no tanto que lo hagan menos con el TU de alcohol. En cuanto a los trastornos de ansiedad, es un hallazgo menos claro de explicar su relación con el TU de cannabis (Sáiz et al., 2014); también es llamativo que la relación sea menos significativa con el TU de sedantes, aunque este trastorno esté condicionado y solapado con la propia prescripción de estos fármacos, sin poder aclarar hasta qué punto existe un abuso o dependencia de los mismos.
- Es muy clarificador cómo los trastornos de personalidad se relacionan con todos los TUS, pero especialmente con TU de opioides, TU de cannabis, TU de sedantes, TU de cocaína y TU de tabaco; y en menor medida con TU de alcohol y TU de otros estimulantes. La relación entre el hecho de tener un TP y el consumo problemático de drogas se afianza una vez más en nuestro estudio. Y también que ese consumo lo es de muy diferentes sustancias, sin poder concretar una específica claramente relacionada con este trastorno.

El resto de trastornos mentales se relaciona con los TU de tabaco, TU de cocaína y TU de cannabis, aunque con significaciones menos potentes.

A continuación revisamos específicamente las relaciones más estudiadas hasta el momento.

### *Trastorno por uso de alcohol y otros trastornos mentales comórbidos* \_\_\_\_\_

Ya en el clásico estudio de epidemiología comunitaria ECA, Regier y sus colaboradores indicaban que la *odds ratio* (OR) ajustada era de un 2,9 (2,3-3,6) para padecer un trastorno por uso de alcohol (TUA) si una persona padecía otro trastorno mental y viceversa. Considerando los distintos trastornos mentales estudiados en él, la relación medida a través de la OR era la siguiente: esquizofrenia: 3,3; trastornos afectivos: 1,9; trastornos de ansiedad: 1,0; trastorno antisocial de la personalidad: 2,1 (Regier et al., 1990). Estos datos, que se refieren a prevalencia a lo largo de la vida, ya muestran esta relación significativa. Posteriormente, el estudio NESARC confirma esta relación: la *odds ratio*, durante 12 meses, para padecer trastornos mentales era de 2,6 si las personas padecían un TUA y además trastornos afectivos (Grant et al., 2004). Como ya se ha comentado, el estudio Madrid también explora el TU de alcohol y otros trastornos mentales, confirmando la mayoría de los hallazgos de otros (Arias et al., 2013c).

Se estima que un 17% de los pacientes que presentan un trastorno por uso de alcohol padecen al mismo tiempo un episodio depresivo mayor. Además, con respecto al consumo de tóxicos entre los pacientes con depresión, es precisamente el alcohol la sustancia más consumida (Flórez et al., 2018). La comorbilidad de un trastorno por uso de alcohol en pacientes con trastorno bipolar es de entre un 25 y un 45%, pudiendo alcanzar el 60,3% para el trastorno bipolar tipo I (Farren et al., 2012). En el estudio ECA se indicaba una OR ajustada de 3,3 para la esquizofrenia y el TUA (Regier et al., 1990).

En nuestra investigación, el TU de alcohol se relaciona fundamentalmente con trastornos afectivos, lo que concuerda con lo hallado por los estudios semejantes al respecto, como ya se ha señalado previamente.

En el NESARC se obtuvo una prevalencia de trastorno por uso de cannabis (TUC) en el último año de 2,5%, y de 6,3% a lo largo de la vida, y se asoció a otros TUS, trastornos afectivos, de ansiedad y de personalidad así como a mayor discapacidad. Entre los sujetos con un TM en los últimos 12 meses, un 4% tenía un diagnóstico de TUC, frente al 0,4% entre los que no tenían un TM. El riesgo de tener un trastorno mental entre los consumidores de cannabis era de una OR de 2,5 y, entre aquellos con un TUC, de 3,2. Las relaciones fueron principalmente con otros TUS, algunos trastornos de personalidad (antisocial, dependiente, histriónico) y el TB. Los sujetos con un trastorno mental en el último año constituían el 72% de los consumidores de cannabis y consumían el 83% de esta sustancia. En nuestro medio, en consumidores de cannabis de población no clínica, se observan un 21,5% de trastornos del eje I, con predominio de la depresión y los trastornos inducidos, un 5,9% de TP y un elevado porcentaje de otros TUS (Cuenca et al., 2013).

En el estudio Madrid sobre prevalencia de comorbilidad en adictos al cannabis en tratamiento (Arias et al., 2013b), con una muestra de 837 sujetos en tratamiento, respecto al TUC, 353 pacientes tenían un diagnóstico a lo largo de la vida y 133 presentaban abuso o dependencia de cannabis actual. Se consideró que un 76,5% de los adictos al cannabis tenían un diagnóstico dual, destacando la prevalencia de los trastornos del humor y de ansiedad. El 51% de los adictos a cannabis tenían un diagnóstico de TP. La mayoría tenían varios diagnósticos de TUS. Los sujetos con abuso o dependencia de cannabis tenían un inicio más precoz en el consumo de otras drogas como el alcohol, la cocaína y el tabaco que el resto de los adictos. Igualmente, este subgrupo se diferenció del resto de los adictos por su asociación con el trastorno antisocial de la personalidad, el TB, la psicosis y la agorafobia. La presencia de estos TM se asoció de forma significativa con una edad de inicio más precoz en el consumo de cannabis.

La mayoría de los estudios concluyen que los efectos del cannabis en la aparición posterior de depresión son moderados (OR de 1,3-1,6) y que dichos efectos son dosis-dependientes. En otra revisión de estudios de cohortes, se confirma una relación de consumo de cannabis con depresión posterior; se obtiene una OR de 1,2 en consumidores y una de 1,6 en consumidores

intensos, destacando la elevada heterogeneidad entre los estudios. Sin embargo, existen bastantes estudios negativos. En una cohorte sueca, no se observó asociación del consumo de cannabis con la presencia de depresión o ansiedad posterior; tampoco una relación entre la depresión y ansiedad basal con el consumo de cannabis (Arias et al., 2018).

El TB es uno de los cuadros más relacionados con los TUS y el TUC, como confirman los estudios epidemiológicos en población general como el ECA o el NESARC y multitud de estudios clínicos, como ya se ha comentado. Por un lado, existe una elevada prevalencia de consumo y dependencia en pacientes bipolares (Arias et al., 2017). En el estudio ECA había un 61% de TUS a lo largo de la vida entre sujetos con TB I y un 48% entre aquellos con el TB II. En una revisión se señala una prevalencia del 30-64% de consumo de cannabis a lo largo de la vida entre pacientes bipolares. En el NESARC, entre sujetos con TB había un 7,2% de TUC en los últimos 12 meses. Otros autores estiman un 70% de consumo de cannabis a lo largo de la vida y un 30% de TUC en el TB. También se señala una asociación del TB con la dependencia de cannabis, se relaciona con una edad en el inicio del TB más precoz y más episodios mixtos, depresivos y maníacos.

La dependencia de cannabis se ha asociado con una mayor prevalencia de distintos trastornos de ansiedad. El consumo de cannabis en la adolescencia predecía un cuadro de ansiedad posterior al igual que ocurre con la depresión. En un metaanálisis de 267 estudios en población general se concluyó que había una asociación entre ansiedad y consumo de cannabis, con una OR de 1,24, y entre ansiedad y TUC, con una OR de 1,68, ajustados por factores confusores. En una revisión sobre el tema se señaló que los consumidores de cannabis tenían más trastornos de ansiedad y los pacientes con dichos trastornos más uso de cannabis, es decir, que había una relación bidireccional (Arias et al., 2018).

Son numerosos los estudios epidemiológicos y clínicos que ponen de manifiesto la relación entre el consumo de cannabis y la aparición de síntomas y cuadros psicóticos, pero existen aspectos controvertidos sobre dicha relación, como son: la aparente falta de incremento en la prevalencia e incidencia de esquizofrenia a pesar del incremento del consumo de cannabis, el mecanismo por el cual el cannabis puede producir psicosis, la necesidad o no de una vulnerabilidad genética, ambiental o psicosocial previa, la direc-

cionalidad de la relación, así como si existe o no una vulnerabilidad genética o ambiental común para ambos trastornos. En los últimos años se han publicado un número importante de trabajos apoyando una relación causal entre consumo de cannabis y la aparición de psicosis. En un metaanálisis, mostraron que, cuanto más importante es el consumo de cannabis (en dosis y en potencia), mayor es el riesgo de psicosis (Large et al., 2011; Arias et al., 2018). Otro de los aspectos a favor de la relación entre cannabis y psicosis es la elevada prevalencia del consumo en primeros episodios psicóticos (PEP), lo que sugiere que el consumo precede a la psicosis y no al contrario. En un metaanálisis llevado a cabo en el año 2011 por Large et al., se objetivó que el consumo de cannabis está asociado con una edad más precoz de inicio de los trastornos psicóticos mientras que, por el contrario, el consumo de alcohol por sí solo no lo está. En general, la mayoría de autores consideran el consumo de cannabis como un factor precipitante que haría que se desarrollase el trastorno esquizofrénico en individuos con vulnerabilidad a padecerlo.

Los TP son altamente prevalentes en dependientes de cannabis. Aproximadamente la mitad de los adictos en muestras clínicas tienen algún diagnóstico de TP, siendo los más prevalentes el trastorno antisocial, límite, paranoide, depresivo o evitativo, como ya ha sido referido anteriormente. En el estudio NESARC se confirma la alta prevalencia de estos TP, sobre todo TP antisocial, dependiente e histriónico. En este estudio, los TP —fundamentalmente los TP antisocial y límite— predecían la persistencia a los 3 años del consumo de cannabis. La presencia de estos TP puede favorecer el consumo de cannabis al igual que el de otras drogas. Pero, por otro lado, el propio consumo puede favorecer la presentación de rasgos de personalidad característicos de estos TP. Por lo tanto, existe una estrecha relación entre TP y TUC, pero los mecanismos de la relación son complejos.

En nuestro estudio, el TU de cannabis se relaciona principalmente con trastornos psicóticos en primer lugar, seguidos de los de personalidad y ansiedad. Esto está en consonancia, como se ha visto, con la mayoría de los hallazgos de investigaciones previas.

Los distintos estudios coinciden en señalar cifras elevadas de síntomas y trastornos psiquiátricos en dependientes de cocaína, siendo esta la sustancia psicoactiva que con mayor frecuencia se asocia con trastornos mentales. Según el ya clásico estudio ECA, estos adictos presentan un riesgo 11 veces superior de padecer un trastorno mental añadido frente a los no adictos, presentando el 57% de ellos algún tipo de psicopatología, a la vez que los sujetos con trastornos mentales presentan un mayor riesgo de padecer una dependencia de cocaína que aquellos que no sufren trastornos mentales (Regier et al., 1990). También Arias et al. (2013) confirman la relación entre dependencia de cocaína y otros trastornos psiquiátricos en el estudio Madrid.

La depresión es un factor de riesgo para el consumo de cocaína en los adictos a opiáceos que están en mantenimiento con metadona, presentando los adictos deprimidos peor evolución y mayor número de hospitalizaciones. Los individuos con trastorno por ansiedad que consumen cocaína complican su cuadro. El consumo de estimulantes y la abstinencia de depresores agravan el trastorno de pánico, y la agorafobia y los estimulantes agravan los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Los pacientes psicóticos que consumen cocaína, al igual que los que consumen otras drogas, tienen peor calidad de vida, más síntomas paranoides y conductas auto-heteroagresivas que los no adictos y presentan una edad más joven de inicio que los no consumidores (Ochoa et al., 2018).

Muchos consumidores de cocaína experimentan sintomatología depresiva transitoria tras un período de consumo y, posteriormente, durante la abstinencia, la mayoría presenta un estado disfórico que en algunos adictos se superpone a un síndrome depresivo distinto de los posibles síntomas de abstinencia. Aun evitando la interferencia de la sintomatología abstinencial, se siguen observando elevadas cifras de trastorno del ánimo en los dependientes de cocaína (Arias et al., 2013a). Diversos estudios apoyan que la mayoría de los trastornos afectivos aparecen después de iniciado el consumo.

La proporción de pacientes con dependencia de cocaína y trastornos afectivos varía de unos estudios a otros, oscilando del 33 al 50%. El estudio ECA encuentra antecedentes de trastorno por uso de cocaína y depresión

en el 35% de los adictos (OR=8,6). Otro estudio realizado con 298 pacientes cocainómanos refiere que el 61% tenía antecedentes de depresión y el 27% presentaba depresión concomitante en el momento de la evaluación (Regier et al., 1990). Estudios en nuestro medio encuentran una prevalencia de 26,6% de trastornos del estado de ánimo entre los adictos a cocaína (Arias et al., 2013a). Se ha observado que el episodio de depresión mayor suele ocurrir con más frecuencia de manera independiente del consumo (Torrens et al., 2012).

La prevalencia de consumo de cocaína en pacientes con trastorno bipolar es elevada. En general se acepta que existe una elevada prevalencia de enfermedades afectivas, tanto unipolares (30%) como bipolares (20%) y ciclotímicas (11%) en dependientes de cocaína. Los trastornos unipolares son en su mayoría depresiones atípicas o distimias, y los trastornos bipolares son en su mayoría ciclotimias.

En pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia de cocaína se plantea una prevalencia-vida de comorbilidad con trastornos de ansiedad del 13-33%. Son las fobias, el de pánico y el obsesivo compulsivo los trastornos de ansiedad que están sobrerrepresentados en los dependientes de cocaína con prevalencias cercanas al 40% (Regier et al., 1990). Los trastornos de ansiedad que presentan una mayor prevalencia en pacientes con trastorno por uso de cocaína en nuestro medio son el trastorno por estrés postraumático, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (Arias et al., 2013a).

Se estima que los pacientes que padecen esquizofrenia presentan un consumo de estimulantes cuatro veces mayor que quienes no lo sufren. Algún estudio encuentra que un 9% de los pacientes con psicosis consumen psicoestimulantes, siendo la cocaína la más prevalente en nuestro entorno (Grau-López et al., 2014), aunque las cifras dispares (del 22 al 50%) son mucho más elevadas que en la población general (Hunt et al., 2018). En el estudio epidemiológico para determinar prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la comorbilidad en la comunidad de Madrid (Arias et al., 2013a), se encontró que el 62% cumplían criterios de patología dual y el 11% eran psicóticos. Si se estudia la prevalencia de síntomas psicóticos en dependientes de cocaína, diversos estudios refieren que el 53-68% ha experimentado algunos síntomas psicóticos o episodios de paranoia transitoria en relación con el consumo, aunque no se refieren verdaderos casos de esquizofrenia (Martínez-Gras et al., 2016).

La prevalencia de trastornos de personalidad en dependientes de cocaína parece ser elevada, con cifras muy diferentes según los criterios diagnósticos, que oscilan entre el 11-58 % de trastorno antisocial y el 50-74 % para el conjunto de trastornos de personalidad. El problema es el solapamiento entre el consumo de sustancias y las consecuencias que acarrea con los criterios diagnósticos de trastorno antisocial de personalidad. Algunos autores señalan cifras de prevalencia mucho menores (Fernández, 2002). A pesar de que se diagnostican más trastornos durante la intoxicación o la abstinencia inmediata que en fases posteriores, se mantiene una elevada prevalencia de trastornos de personalidad, con cifras cercanas al 50 %, relacionándose la presencia de trastorno de personalidad con consumos más frecuentes y elevados de cocaína. Estudios en nuestro medio encuentran cifras muy elevadas, cercanas al 50 %, de trastorno de personalidad, aunque probablemente estas cifras sean menores en muestras no clínicas. Los trastornos de personalidad que presentan una mayor prevalencia de dependencia de cocaína son los trastornos del clúster B (Arias et al., 2013a).

Nuestros datos muestran cómo el TU de cocaína se relaciona con trastornos afectivos y de personalidad en primer lugar, seguido de «otros trastornos» y, por último, de los de la conducta alimentaria y del sueño. Lo que más llama la atención es que no se relaciona con trastornos psicóticos, como se encuentra en la mayoría de los estudios. Sin embargo, sí se encontró que el TU de estimulantes (anfetaminas) se relaciona con trastornos psicóticos y, en segundo lugar, con los de personalidad, lo que ya está más en sintonía con lo conocido hasta ahora.

#### *Trastorno por uso de opiáceos y OTM*

---

La mayoría de los estudios sobre la epidemiología de diagnóstico dual han mostrado la baja frecuencia de trastornos del espectro psicótico en consumidores de heroína. Ya hace décadas que se conoce que la prevalencia de la dependencia de opiáceos en personas con esquizofrenia oscila entre el 4 y el 7 % (Arias et al., 1997; Arias et al., 2013a). Aunque es parcialmente conocida en estudios realizados con pacientes en tratamiento en programas de mantenimiento con opiáceos, principalmente metadona, la prevalencia

de trastornos psicóticos ronda el 12% (Fernández et al., 2001; Roncero et al., 2011). Sin embargo, se ha hallado en dependientes de opiáceos en mantenimiento con metadona que la ocurrencia acumulada de esquizofrenia durante toda la vida no excedía las estimaciones de la población general, y aproximadamente el 4% de la cohorte ya tenía un diagnóstico previo de algún trastorno psicótico (Lev-Ran et al., 2013). Sin embargo, otros estudios han informado de tasas más altas de comorbilidad en determinadas condiciones. Así, la concurrencia de psicosis y abuso de anfetaminas, cannabis u opiáceos durante un período de 15 años era menor del 6% en consumidores de opiáceos, aunque la tasa de comorbilidad para los adictos a opiáceos aumentaba significativamente de 7,2 a 20,2% cuando el abuso de alcohol también estaba presente (Torrens et al., 2015).

En cuanto a la dependencia de opiáceos y los trastornos afectivos, se ha descrito una relativamente importante prevalencia (Fernández et al., 2019). En España hay diversos estudios epidemiológicos que muestran la elevada comorbilidad entre el trastorno por uso de opiáceos y los trastornos afectivos. La depresión tiene una prevalencia de entre el 7 y el 54% en población dependiente a opioides; en concreto, en pacientes en tratamiento sustitutivo de opiáceos se encontraba entre el 10 y el 30% (Fernández et al., 2001; Roncero et al., 2011). Esta disparidad en las cifras de prevalencia se debe fundamentalmente a grandes diferencias entre los estudios con diferentes grupos de pacientes en procedencia, metodologías, etc. (Fernández et al., 2019). La depresión mayor comórbida con TUS es hasta dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (Roncero et al., 2011).

Los trastornos por ansiedad y uso de sustancias, incluidos los opioides, se encuentran entre los problemas psiquiátricos más frecuentes, con tasas de por vida de 28,8% y 14,6%, respectivamente (Fatséas et al., 2010). Welsh et al. (2017) encontraron múltiples y significativas asociaciones entre cualquier diagnóstico de ansiedad y consumo de opioides (con *odds ratio* por encima de 2,1). Se ha hallado que los trastornos de ansiedad son anteriores a los trastornos por uso de sustancias en al menos el 75% de los casos (Conway et al., 2006). El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se asoció fuertemente con TUS (Conway et al., 2006; Lev-Ran et al., 2013). Y también la NCS halló que el TAG era el trastorno de ansiedad que con mayor frecuencia se asociaba con el uso de alcohol o drogas ilegales. La asociación entre TOC

y TUS es menos sólida aunque, en el estudio de replicación de la NCS, el TOC se correlacionó negativamente con los TUS (Kessler y Merikangas, 2014).

La prevalencia de TP en dependientes de opiáceos oscila entre un 35% y hasta un 65%, con criterios diagnósticos operativos y entrevistas estructuradas. En nuestro país, ya Arias et al. (1996) diagnostican un TP en el 47,5% de los sujetos; Haro et al. (2001), en un 58,1%; Fernández et al. (2001), en un 51,3%; y Pedrero (2018), en un 32,5%. En general, se encuentran elevadas tasas de trastornos de la personalidad en dependientes de opiáceos, siendo estas más altas en aquellos que realizaban tratamientos de mantenimiento con metadona que en los que seguían tratamiento de mantenimiento con naltrexona (Fernández y Gutiérrez, 2005). El estudio de poblaciones adictas en seguimientos a largo plazo, que permitiría diferenciar entre verdaderos TP y solapamientos con las conductas derivadas de la dependencia activa, es escaso, por lo que la mayor parte de los investigadores arrojan poca luz sobre la relación entre ambos trastornos, al confundir conductas típicas del estilo de vida adictivo y las propias de un TP (Fernández, 2002). En este sentido, el estudio de Fernández et al. (2001), al hacerse tras seis años continuados de tratamiento, puede obviar tales dificultades. En él, con el International Personality Disorder Examination (IPDE) se constata un porcentaje de trastornos de personalidad elevado, siendo los más frecuentes el disocial y el límite, pero en consonancia con los hallados en otras investigaciones.

La mayoría de los pacientes diagnosticados de TP presentan más de uno, aunque no coinciden en el número de trastornos (Arias et al., 1997). En general, los TP más frecuentemente encontrados son el antisocial (alrededor del 30%) y el límite (alrededor del 25%) (Fernández y Gutiérrez, 2005; Pereiro et al., 2013). Otros estudios hallan como más prevalentes el esquizotípico, el límite, el antisocial y el evitativo (Pedrero, 2018). En general, la mayoría de los estudios centran la prevalencia de TP para dependientes de opiáceos entre el 25 y el 50%, y en dependientes de opiáceos en tratamiento oscilan entre un 35 y un 65% (Fernández y Gutiérrez, 2005; Fernández et al., 2019). Por otra parte, y en sentido contrario, los estudios coinciden en señalar que es frecuente la dependencia de sustancias en ciertos TP, generalmente en el trastorno antisocial y en el trastorno límite de la personalidad. Parece que los TP del grupo B y A están más asociados a los trastornos por uso de opiáceos que los del grupo C.

Y, efectivamente, en nuestro estudio el TU de opioides se relaciona clara y fundamentalmente con el hecho de tener un diagnóstico de trastorno de personalidad.

### *Trastornos por uso de sedantes y OTM*

---

La prescripción de ansiolíticos, y en concreto de las benzodiazepinas (BZD), a pacientes con un trastorno mental grave es controvertida, dado que la comorbilidad con los TUS es elevada en estos pacientes y las BZD pueden empeorar el abuso de sustancias o incluso convertirse ellas mismas en sustancias de abuso. En un estudio de seguimiento a 6 años de pacientes con trastornos mentales graves, el 43% que tomaba BZD presentaba una mayor puntuación en síntomas generales, depresión y ansiedad y una baja puntuación en calidad de vida. La proporción de los que desarrollaron abuso de BZD fue mayor entre los que recibieron una prescripción de BZD, en comparación con los que no la recibieron (15% vs. 6%). Por este motivo se ha propuesto utilizar otros fármacos alternativos para el tratamiento de la ansiedad, en los pacientes mentales graves (Dell'Osso et al., 2015).

Poca investigación se ha desarrollado en el campo de la comorbilidad entre la adicción a las BZD y los trastornos mentales y, por ello, la evidencia científica rigurosa no existe. La adicción a las BZD en trastornos psicóticos, afectivos, ansiosos o de personalidad pasa por que no hay estudios rigurosos sobre estas comorbilidades; que, más allá de un incremento en la gravedad de ambos trastornos, los estudios realizados no indican la presencia de ningún aspecto clínico adicional a lo ya conocido de cada trastorno por separado; y que no se ha demostrado la existencia de ningún tratamiento específico para esta comorbilidad.

Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentemente asociadas al trastorno por uso de benzodiazepinas son los trastornos de ansiedad, del sueño, de personalidad y los afectivos (Guardia y Flórez, 2018). En esta investigación se confirma tal prevalencia, ya que el TU de sedantes se relacionó con el trastorno de personalidad, de ansiedad y del sueño, aunque no con los trastornos afectivos.

La presente investigación no pretendía conocer específicamente la comorbilidad entre TU de tabaco y OTM, ya que el tratamiento de la dependencia tabáquica no se realiza generalmente en las redes de atención específicas de adicciones o en la red de salud mental, sino en atención primaria de salud. Y, por tanto, queda fuera de los diagnósticos e intervenciones estudiadas en ella. No obstante, es de sobra conocido que, en la mayoría de los trastornos mentales, y especialmente en los más graves (el ejemplo paradigmático es la esquizofrenia), se produce un notable mayor consumo de tabaco que en la población general. Todo esto se refleja en este estudio, dado el elevado número de pacientes que consumen tabaco o que tienen un TU de tabaco en ambas redes.

Las relaciones encontradas ente el TU de tabaco y OTM coinciden con lo hallado en numerosos estudios al respecto, en el sentido de hallar una clara relación entre TU de tabaco con trastornos psicóticos. También destaca su relación con los trastornos de personalidad aunque, como ya se ha comentado, los TP se relacionas con TU de casi todas las sustancias. Finalmente, también se encontraron relaciones menos potentes entre esta adicción y OTM, TCA y trastornos del sueño.

## PERSPECTIVA DE GÉNERO

---

El que las mujeres convivan en mayor porcentaje con familia propia y menos con la familia de origen que los hombres, y que sean pensionistas en menor porcentaje, coincide con los perfiles habitualmente mostrados tanto en una red como en otra. Si las hepatitis B y C, y el VIH, son más frecuentes en hombres que en mujeres, esto sería consecuencia de sus más habituales conductas de riesgo, lo que también ha sido señalado por diferentes autores (Pereiro y Fernández, 2018).

En cuanto al uso de sustancias, las mujeres usan más tabaco y menos opioides y cannabis, siendo semejante al de los hombres el uso de las restantes sustancias. El uso de tabaco ha aumentado proporcionalmente en

los últimos tiempos más en mujeres, con lo que se reflejaría también en poblaciones en tratamiento. Respecto a los TUS actuales, las mujeres tienen menos diagnóstico de TU de alcohol, opioides, cannabis y cocaína. La menor relación con el uso, y el consumo problemático, de opioides y cannabis por parte de las mujeres es un dato no fácil de explicar, y del que hay estudios con hallazgos no concluyentes.

En cuanto a otros trastornos mentales diagnosticados en el momento de la encuesta, las mujeres tienen menos trastornos psicóticos y más trastornos afectivos, de ansiedad, del sueño y TCA, siendo en el resto igual, incluidos los trastornos de personalidad. Si bien la mayor prevalencia de los trastornos afectivos y de ansiedad en las mujeres es un hallazgo habitual, no lo es tanto que sean igual de habituales los TP en hombres que en mujeres, ya que la balanza de estos trastornos siempre se ha inclinado hacia ellas.

En lo que se refiere a los tratamientos que se les están prescribiendo, las mujeres tienen menos tratamientos con agonistas y más con antagonistas, lo que podrá mostrar un sesgo respecto a la inclusión en programas de menor exigencia a las mujeres.

Ellas tienen más tratamientos con ansiolíticos y antidepresivos, lo que no llama la atención conociendo el uso de estos fármacos, y su prescripción, en la población general. Les son prescritos en la misma medida que a los hombres los interdictores, los eutimizantes y los antipsicóticos, lo que refleja la inexistencia de sesgo alguno en la prescripción de estas familias de psicofármacos.

## TRATAMIENTO

### *Tratamiento y dificultades para su implementación efectiva*

En la comorbilidad que nos ocupa es importante destacar la eficacia no tanto de las intervenciones sobre cada uno de los aspectos o trastornos que concurren en un mismo paciente sino el tratamiento integrado como estrategia de abordaje. En el tratamiento integrado se pone el foco en aquellas condiciones clínicas, de funcionamiento y ambientales que nos interesan,

y se aplican tratamientos psicológicos, farmacológicos o de soporte social. Este modelo ha demostrado ser más eficaz que los tratamientos con planes terapéuticos separados para cada trastorno (Drake et al., 1998; Mueser et al., 2003; Torrens et al., 2012).

Es conocido que la existencia de dos redes para tratar a un único enfermo con dos o más trastornos mentales, originada en la década de los años ochenta, y que aún se prolonga en muchos casos hasta la actualidad, condiciona una atención paralela o secuencial en el abordaje de esta comorbilidad, con déficits que inciden en el aumento de la morbimortalidad y el abandono de los tratamientos (Pascual et al., 2017). Es evidente la limitación de las aproximaciones tradicionales en la valoración y el manejo de estos trastornos (Drake et al., 1998; Mueser et al., 2003), ya que ninguna de las redes asistenciales está suficientemente preparada para abordar todos los problemas clínicos que presentan estas personas. No obstante, parece ir en aumento la posibilidad de diagnosticar y tratar adecuadamente a estas personas en nuestro sistema de salud, y de hacerlo de acuerdo con el conocimiento acumulado en las pasadas dos décadas, que indica que esta situación clínica responde mejor a tratamientos integrados (Torrens et al., 2012) y con un abordaje siempre desde una perspectiva biopsicosocial, como se hace en todo trastorno mental complejo (Mangrum et al., 2006; Pascual et al., 2017).

Se ha comparado el modelo integrado mediante dos intervenciones diferentes, y ambas, tanto el tratamiento asertivo comunitario como el de gestión de casos basado en la comunidad, resultaron exitosas (Pereiro y Fernández, 2018). El tratamiento asertivo comunitario es efectivo en disminuir los ingresos a hospitalizaciones psiquiátricas a personas con enfermedades mentales severas, con y sin trastorno por uso de sustancias (Clausen et al., 2016).

Ness et al. (2014) identifican en una revisión lo que las personas con trastorno por uso de sustancias y comorbilidad describen como barreras para su proceso de recuperación: falta de ayuda individualizada, servicios no coordinados y alta rotación del personal. La situación de dualidad asistencial ha generado diversas distorsiones, como el «síndrome de la puerta equivocada», donde la persona es atendida por dos redes o «puertas» asistenciales, deambulando entre una y otra; o la duplicación de recursos de todo tipo, convirtiéndola en poco eficiente.

En este sentido, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) realizó una encuesta entre su red de entidades con el fin de conocer su situación respecto a este problema, en la que participaron 95 entidades, pertenecientes a todas las comunidades autónomas y a la Ciudad Autónoma de Ceuta. De estas 95 organizaciones participantes, 66 afirman que sí realizan algún tipo de intervención con casos duales. La principal razón para no intervenir es que no cuentan con profesionales preparados para ello. Al preguntar por las principales consecuencias del consumo de drogas entre las personas con enfermedad mental se aprecia una mayor dificultad en el proceso de recuperación debido a la falta de conciencia de la enfermedad, poca adherencia al tratamiento y una mayor probabilidad de abandono. También destacan las dificultades relacionales, como por ejemplo la sobrecarga familiar, el aislamiento y una mayor tendencia a la exclusión social (FEAFES, 2014).

Aún se conoce poco acerca del manejo del tratamiento de estas personas. Los estudios sobre los modelos de abordaje se han realizado con muestras muy pequeñas y heterogéneas. Por ello, es necesario profundizar con más estudios que incluyan mayores muestras, grupos de pacientes más homogéneos, seguimientos más prolongados, etc. Dos aproximaciones generales para el tratamiento han predominado hasta tiempos recientes: la secuencial y la paralela, ambas asociadas a escasa efectividad (Drake et al., 1998; Torrens et al., 2012). Esta situación de dualidad asistencial ha generado una serie de distorsiones, aunque actualmente en más de la mitad de las comunidades autónomas existe una integración funcional de ambas redes asistenciales, persistiendo en algunas otras una red de tratamiento muy diferenciada, y escasamente coordinada con la red de salud mental, para los pacientes con adicciones. La existencia de múltiples dispositivos y programas que deberían actuar sobre un mismo paciente provoca problemas de coordinación, o de no delimitación de las responsabilidades sobre la atención a este, y que finalmente acabe en desatención (Pascual et al., 2017).

No obstante, se han proporcionado sólidas evidencias que apoyan la integración de los servicios (Drake et al., 1998; Mueser et al., 2003). Diversos estudios indican que estos trastornos responden a tratamientos integrados en los que se traten conjuntamente tanto el trastorno mental grave como el trastorno por uso de sustancias desde una perspectiva integradora, con

equipos multidisciplinares y con seguimientos y objetivos a largo plazo (Pereiro y Fernández, 2018; Pascual et al., 2017). Estos recursos asistenciales para el tratamiento integral requieren de un proceso de contención y estabilización intensivo de ambos trastornos, a fin de poder facilitar una buena evolución en el tratamiento y el logro del mayor grado posible de integración social y laboral de las personas atendidas.

Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención para los pacientes con comorbilidad, aunque siguen siendo escasos los programas específicos multidisciplinares e intersectoriales para su atención. Es necesario asegurar la continuidad asistencial, estableciendo un sistema organizativo para evitar los abandonos y facilitar la adherencia.

### *Tratamiento farmacológico y sus particularidades*

---

Se debe tener en cuenta la alta sensibilidad a los efectos secundarios que presentan estos pacientes, las interacciones entre psicofármacos y drogas y las altas tasas de incumplimiento. Pueden necesitarse dosis de psicofármacos más altas. Hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psicofarmacológico sobre ella. Se deben utilizar preferentemente los psicofármacos con menos efectos adversos y mejor tolerados, y que no aumenten o incluso puedan disminuir el *craving*. En caso de previsión de incumplimiento o por mayor comodidad se recomiendan los nuevos inyectables de larga duración, y en general todos los fármacos que favorezcan la adherencia (Arias et al., 2020).

El tratamiento farmacológico de la adicción en pacientes duales se hará según pautas habituales, teniendo en cuenta algunas consideraciones como que, aunque pequeños consumos pueden ser problemáticos y motivar exacerbaciones clínicas o abandonos de tratamiento, se requiere ser flexible en los objetivos, sin renunciar a la abstinencia (Pereiro y Fernández, 2018). Ofrecer diversos objetivos (abstinencia o reducción del consumo) mejora el compromiso con el tratamiento y sus resultados. Es necesario flexibilizar objetivos según necesidades del paciente. Cualquier cambio en la forma de consumo hacia una más segura y en su disminución en frecuencia o canti-

dad es positivo. La aplicación de los principios de la reducción del consumo/daño permite tratar a pacientes que de otra manera no se habrían planteado ayuda (Azorin et al., 2016).

En la dependencia de opiáceos es preferible utilizar dosis altas de sustitutivos opiáceos para un mejor control de los consumos y las manifestaciones psicopatológicas. La naltrexona y el nalmefeno pueden utilizarse sin problemas, y su combinación con otros psicofármacos (antidepresivos o antipsicóticos) es segura y bien tolerada. El nalmefeno se ha indicado especialmente en tratamientos con objetivo inicial de reducción del consumo de alcohol. Con el uso de disulfiram hay que ser cauteloso, debido a las interacciones descritas con antidepresivos y antipsicóticos y a las reagudizaciones referidas de cuadros psicóticos (Fernández et al., 2019).

En los trastornos afectivos y ansiosos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son de elección debido a su perfil de uso frente a enfermedades comórbidas y a su perfil de acción, al igual que los antidepresivos «duales» (venlafaxina/desvenlafaxina, duloxetine) por sus escasas interacciones y bajo riesgo de sobredosis (Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009). Los tricíclicos se utilizarán con precaución por sus interacciones y los posibles efectos secundarios, como la disminución del umbral convulsivo, aunque en los trastornos depresivos con comorbilidad con el consumo de alcohol se han mostrado efectivos (Torrens et al., 2005). El empleo de valproato y litio mostró ser eficaz para la reducción en el consumo de alcohol entre personas con trastorno bipolar, mostrando eficacia en la prevención del gesto suicida y del episodio maníaco. El litio puede sufrir modificaciones en sus niveles plasmáticos en consumidores de alcohol o cocaína, con aumento de su toxicidad, aunque debe valorarse su uso en pacientes con trastorno bipolar y consumo de drogas concomitante (Pereiro y Fernández, 2018). Las benzodiacepinas deben evitarse en lo posible, principalmente las de vida media corta y alta potencia como el flunitrazepam o el alprazolam, por el riesgo de adicción y por la interacción con drogas sedantes que pueden facilitar la sobredosis y aumentar el riesgo vital por depresión respiratoria y alteraciones cardiovasculares. En caso de utilización, debe ser por tiempo limitado. La gabapentina, la pregabalina, la oxcarbamacepina, la lamotrigina y otros estabilizadores del ánimo han sido útiles en estudios abiertos (Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009; Arias et al., 2020).

En cuanto a los trastornos psicóticos, a pesar de escasos ensayos clínicos aleatorizados, cada vez más datos recomiendan los antipsicóticos (AP) atípicos o de segunda generación (ASG) por su mayor seguridad y tolerabilidad, y por su posible utilidad en disminuir el consumo. Además, los AP convencionales pueden aumentar el consumo y el *craving* (Azorin et al., 2016; Crockford y Addington, 2017). En pacientes malos cumplidores son más útiles las presentaciones inyectables de larga duración (risperidona, paliperidona, aripiprazol). La clozapina es el AP atípico con mayor evidencia empírica para disminuir síntomas psicóticos y consumo (cocaína, cannabis), aunque sus efectos adversos, sus controles hematológicos y sus interacciones (tabaco) la hacen de más difícil manejo (Roncero et al., 2010). La clozapina presenta igual efectividad en pacientes psicóticos resistentes con TUS y sin este. Con los AP hay que considerar las interacciones posibles con las sustancias de abuso y con otros tratamientos somáticos, así como la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento con AP sobre ella (Crockford y Addington, 2017; Arias et al., 2020).

Hay que recordar que la mayoría de las veces se aplican tratamientos farmacológicos que han sido estudiados en pacientes psiquiátricos de entre los que se excluyeron aquellos que consumían sustancias de abuso, o en pacientes drogodependientes que no presentaban otra patología psiquiátrica. Ello conlleva un mayor riesgo de interacciones y problemas de seguridad, tolerabilidad y efectos adversos, entre estos el potencial de abuso y el agravamiento del trastorno psiquiátrico o del adictivo (Roncero et al., 2010). También en los tratamientos psicosociales es necesario avanzar en el conocimiento de cuáles son las terapias más eficaces en estos pacientes duales. La terapia grupal, la terapia de contingencias y los tratamientos residenciales parecen ser útiles en estos pacientes (Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009; Pereiro y Fernández, 2018).

En definitiva, el abordaje psicofarmacológico es difícil por los escasos recursos farmacológicos apropiados que tengan indicación, lo que en muchas ocasiones obliga a prescripciones sin ella y con escasa evidencia de su eficacia; y porque el abordaje psicosocial está bastante desarrollado para las conductas adictivas, pero desconoce demasiadas veces la elevada prevalencia de comorbilidad con otros TM (Arias et al., 2020).

Nuestro estudio refleja cómo los tratamientos para los OTM además del adictivo son muy habituales en las redes de atención a las dependencias, lo que refleja la importante concienciación en ellas de la comorbilidad psiquiátrica así como de la necesidad de su tratamiento a la mayor brevedad y sin que sea necesaria la derivación para ello a otra red asistencial. Sí es remarcable el que, a pesar de su elevada prevalencia, el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en aquellos pacientes tratados en las redes de salud mental es menor del que cabría. Esto podría reflejar precisamente lo contrario que en la red de adicciones: una insuficiente preocupación y atención a los TUS en personas en tratamiento inicialmente por OTM.

Una cuestión relevante es la elevada prescripción de sedantes en ambas redes, a pesar del conocido riesgo de abuso o dependencia. Quizás es el hallazgo, respecto al tratamiento de los pacientes con doble diagnóstico independientemente de dónde sean atendidos, que más deba ser considerado por los profesionales. Máxime cuando su indicación está claramente establecida, así como la duración de su prescripción en términos generales.

Finalmente, se evidencia cómo en la red de adicciones es tratada la concurrencia con OTM de modo semejante al que se hace en la red de salud mental. Esto parece indicar cómo se es más consciente de la necesidad de detectar y tratar la comorbilidad en la red de adicciones que en la de salud mental.

## *Tratamiento de las comorbilidades específicas*

---

### *Trastorno por uso de alcohol y otros trastornos mentales*

La evidencia científica es muy reducida con respecto al tratamiento específico para la comorbilidad con la depresión, por lo que las recomendaciones que se pueden realizar son de carácter débil (Flórez et al., 2018). Los estudios arrojan resultados contradictorios ya que, mientras unos hablan de un impacto positivo en el patrón de consumo de alcohol del tratamiento con ISRS a dosis superiores de las habituales para tratar la depresión, otros no encuentran un impacto significativo. Los antidepresivos que han mostrado mayor efecto a la hora de mejorar la clínica depresiva en pacientes con TUA son nefazadona, desimipramina e imipramina (Smith y Randall, 2012). Las terapias psicosociales que han demostrado eficacia a la hora de reducir el

consumo de alcohol en estos pacientes son terapia o entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual, terapia de prevención de recaídas, manejo de contingencias y modelo de los 12 pasos (Flórez et al., 2018). Tampoco se encuentra evidencia suficiente con respecto al tratamiento para la concurrencia con TB, y apenas existen ensayos clínicos de fármacos en pacientes con trastorno bipolar que además presenten un TUA comórbido, ya que estos suelen ser excluidos con el fin de evitar variables de confusión. En el ámbito psicoterapéutico, además de las opciones existentes para el tratamiento de las adicciones, cabe destacar la terapia grupal integrada, la cual se basa en los principios de la TCC (Farren et al., 2012).

No se ha demostrado la existencia de ningún tratamiento específico para la comorbilidad entre TU de alcohol y trastornos psicóticos. La clozapina reduce el consumo de alcohol y la sintomatología psicótica en pacientes psicóticos. Risperidona inyectable de larga duración reduce el consumo de alcohol y la sintomatología psicótica en pacientes psicóticos (Azorin et al., 2016). La naltrexona reduce el consumo de alcohol en pacientes psicóticos. El disulfiram reduce el consumo de alcohol en pacientes psicóticos. Debe tenerse en cuenta que los antipsicóticos de primera generación se acompañan de más efectos secundarios y una menor adherencia en los pacientes con un TUA comórbido. Los escasos estudios realizados en intervenciones psicoterapéuticas permiten recomendar, con una potencia débil en la recomendación, las intervenciones motivacionales y las cognitivo-conductuales (Zhornitsky et al., 2010; Flórez et al., 2018).

Los escasos estudios realizados en intervenciones psicoterapéuticas no arrojan evidencias concluyentes que permitan realizar ninguna recomendación favorable a ninguna intervención que haya demostrado su eficacia en cada trastorno por separado (Flórez et al., 2018), con la excepción de la terapia centrada en el trauma para el trastorno por estrés postraumático (TEPT). No se recomienda el uso de benzodiazepinas en pacientes con dependencia del alcohol fuera de la desintoxicación alcohólica, siendo preferible el uso de BZD de vida media larga (Sáiz et al., 2014). No se ha demostrado la existencia de ningún tratamiento específico para la comorbilidad de TP con TUS. Los ensayos clínicos realizados se limitan a comprobar la eficacia de los tratamientos aprobados por separado para cada trastorno.

### *Trastorno por uso de cannabis y otros trastornos mentales*

No se dispone de evidencia de eficacia de fármacos para el manejo de la ansiedad o la depresión en adictos a cannabis. Sí disponemos de más estudios en psicosis y adictos a cannabis, pero igualmente poco concluyentes y escasos en número para poder extraer conclusiones (Azorin et al., 2016). La evidencia existente apoya el uso de clozapina para mejorar la clínica psicótica y el consumo de drogas, aunque existen pocos ensayos clínicos (Crockford y Addington, 2017). Hay alguna descripción de casos o series de casos que sugieren la eficacia de aripiprazol, quetiapina y otros antipsicóticos de segunda generación; y también algunos ensayos clínicos comparando risperidona y olanzapina (Arias et al., 2018).

En esta población, la TCC parece el tratamiento más indicado, aunque no hay evidencias de grandes mejoras con respecto a la psicoeducación. Particularmente en el caso de los trastornos psicóticos, algunos estudios encuentran que la entrevista motivacional, en pacientes con psicosis temprana, logra una reducción en el consumo (Arias et al., 2018).

### *Trastorno por uso de cocaína y otros trastornos mentales*

En el tratamiento farmacológico de la depresión comórbida con trastorno por uso de cocaína, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina son los antidepresivos más utilizados, aunque su eficacia no está claramente demostrada. Existen escasos estudios controlados con otros antidepresivos no ISRS (Tirado et al., 2018). La evidencia científica en cuanto a los tratamientos farmacológicos en el trastorno bipolar comórbido es escasa (Ochoa et al., 2018). En general, estos pacientes parecen presentar mejor respuesta a eutimizantes antiepilépticos que a litio. En cuanto a los tratamientos psicológicos, se ha evaluado positivamente la estrategia conductual de manejo de contingencias en pacientes con trastorno mental grave (trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y depresión) y dependencia de estimulantes (Torrens et al., 2012).

El tratamiento farmacológico de la ansiedad en pacientes con consumo de cocaína es similar al de los trastornos de ansiedad primarios, no estando contraindicado ningún psicofármaco. Los ISRS son los fármacos de elección en la ansiedad comórbida. Las dosis son las mismas que las empleadas en caso de trastornos de ansiedad primarios. En general, se recomienda precaución con el uso de benzodiacepinas por el potencial de abuso (Sáiz et al., 2014; Ochoa et al., 2018).

Los antipsicóticos de larga duración mejoran la adherencia y el cumplimiento del tratamiento; se recomiendan los de segunda generación (Azorin et al., 2016; Crockford y Addington, 2017). Al igual que en otros trastornos comórbidos, el tratamiento farmacológico debe ir complementado con terapias psicológicas. Las terapias o estrategias que han mostrado claramente su eficacia son la terapia cognitivo-conductual, el manejo de contingencias, prevención de recaídas, entrevista motivacional y grupos de autoayuda (Roncero et al., 2011; Álvarez et al., 2013).

Aunque no se conocen tratamientos eficaces para los trastornos por uso de cocaína y los de personalidad, se estima que los que resultan eficaces en un trastorno pueden serlo en los comórbidos. Se han comunicado resultados positivos para reducir la impulsividad con algunos antipsicóticos y algunos anticomocales, aunque no existen claras evidencias todavía (Ochoa et al., 2018; Arias et al., 2020).

#### *Trastorno por uso de opioides y otros trastornos mentales*

El tratamiento farmacológico de los trastornos psicóticos es similar al que se realiza en los pacientes con esquizofrenia sin TUS (Azorin et al., 2016; Crockford y Addington, 2017). No obstante, debe considerarse la necesidad de dosis altas y también su alta sensibilidad a los efectos secundarios de los antipsicóticos, las interacciones entre AP y drogas, y las altas tasas de incumplimiento (Fernández et al., 2019). Se recomiendan los AP de segunda generación por su mayor seguridad y tolerabilidad, y los AP ILP (inyectables de liberación prolongada). En general, las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas, así como la combinación de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares mejora la evolución de pacientes con esquizofrenia y TUS (Drake et al., 2008).

Las recomendaciones terapéuticas generales son similares a las de los TB sin TUS, aunque con algunas particularidades. Características como el incremento de episodios mixtos y de ciclación rápida sugieren que podrían responder mejor a los anticonvulsivantes que al litio. La concurrencia con TUS constituye un factor predictivo de mala respuesta al litio (Maremmani et al., 2013; Fernández et al., 2019). El mantenimiento con agonistas puede ser efectivo para estabilizar adictos a heroína con trastorno bipolar comórbido (Maremmani et al., 2013).

El tratamiento antidepresivo tiene un impacto limitado en el uso de sustancias en general; se debe plantear tratamiento concomitante específico tanto para el trastorno afectivo como para el TU de opiáceos, sin esperar a que se estabilice este tratando solo el cuadro afectivo ni viceversa (Tirado et al., 2018). Es frecuente que estos síntomas remitan cuando el paciente con dependencia de opioides consigue la estabilización en el tratamiento con metadona (Torrens et al., 2005). En el caso de pacientes con un trastorno depresivo primario deberá realizarse un tratamiento con antidepresivos, siendo los ISRS los más utilizados, así como los antidepresivos con mecanismos mixtos de acción (Fernández et al., 2019).

Las recomendaciones generales en los TU de opioides comórbidos con trastornos de ansiedad pasan por considerar fármacos de elección a los ISRS, aunque también a los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN) y los antidepresivos duales (Sáiz et al., 2014). Se ha de tener precaución con el uso de BZD, tanto por el riesgo de abuso como por las interacciones. En la comorbilidad entre trastorno de la personalidad y dependencia de opiáceos, no existe ningún fármaco que realice un tratamiento global o etiológico. En los últimos años se ha publicado la eficacia del uso de antagonistas del receptor opiáceo como alternativa terapéutica para tratar algunos síntomas del TLP y otros trastornos de la personalidad (Fernández et al., 2019). A pesar de que se han realizado esfuerzos importantes en los últimos años para sistematizar los diferentes tratamientos psicológicos, todavía se necesitan más estudios (Arias et al., 2020).

#### *Trastorno por uso de ansiolíticos o hipnóticos y otros trastornos mentales*

Los antidepresivos, y no las BZD, son el tratamiento de elección tanto para los trastornos depresivos, así como también para diversos trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo). Las BZD solo ayudarían en los primeros días del tratamiento con antidepresivos, para aliviar los síntomas de ansiedad o insomnio. Sin embargo, en la práctica, muchas personas que sufren dichos trastornos psiquiátricos reciben tratamientos crónicos con benzodiazepinas y algunos solo reciben tratamiento con BZD y no con antidepresivos (Dell'Osso et al., 2015).

El tratamiento con BZD es frecuente en los pacientes con esquizofrenia a pesar de la escasa utilidad que han demostrado en el tratamiento de la

misma, ni siquiera para el tratamiento de los efectos secundarios motores que pueden producir los tratamientos antipsicóticos (Dell'Osso et al., 2015). Sin embargo, se ha detectado un incremento del riesgo de mortalidad prematura, asociado al consumo de benzodiazepinas, en este grupo de pacientes psiquiátricos. Aunque el abuso de sustancias en estos pacientes debería ser considerado como una contraindicación para el tratamiento con BZD, su frecuente prescripción puede llevar a un fenómeno de poliabuso de sustancias, en el cual el abuso de alcohol y drogas se asocia al de BZD y contribuye a una mayor incidencia de accidentes y sobredosis (Guardia y Flórez, 2018).

## FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Esta investigación es la primera que se realiza en nuestro país con un ámbito nacional, incluyendo a casi todas las CC.AA., y también reflejando la diversidad de redes asistenciales y de profesionales en ellas. La muestra tiene un número importante de sujetos, y además se ha sometido a una aleatorización. Se ha utilizado un enfoque descriptivo y una definición inclusiva de comorbilidad. Con todo ello, puede considerarse como representativa en buena medida tanto de las personas con diagnósticos concurrentes como de la atención que se les está prestando, en la práctica habitual, en toda España. En definitiva, las principales fortalezas de este estudio son el tamaño de la muestra, el alcance nacional y la variedad de entornos de tratamiento y servicios de salud, para evitar en lo posible sesgos; en última instancia, su representatividad.

Una posible limitación de este estudio es la inclusión de casos, que no se realizó de manera uniforme, lo que podría haber tenido implicaciones en la recolección de la muestra, especialmente el hecho de que haya menos representación de pacientes tratados en la red de salud mental que de la de adicciones. No obstante, la investigación tenía como objetivo más específico estudiar la población en tratamiento en la red de atención a las adicciones. Y ello debido, fundamentalmente, a que el estudio es impulsado y avalado por el Plan Nacional sobre Drogas y llevado adelante por Socidrogalcohol, entidades involucradas con las personas con diagnóstico fundamental o primario de trastorno adictivo.

La muestra de pacientes también podría tener un sesgo no solamente debido a la poca representación de la red de salud mental, sino también porque las propias estructuras asistenciales en las distintas CC.AA. son muy heterogéneas. Pero, por otra parte, esta es la realidad de la atención a los TUS en el estado español.

Otra posible limitación podría ser también el método de aleatorización, del que ya se han comentado sus particularidades, pero que ha sido elegido por su facilidad de aplicación. Por otra parte, se ha elegido estudiar tan solo los tratamientos farmacológicos, por las dificultades metodológicas existentes para identificar los tipos de tratamientos psicológicos llevados a cabo, al no estar registrados con tanta concreción como los medicamentosos. Por último, hay que señalar que la comparabilidad con otros estudios es limitada, ya que, como se ha comentado, no existen estudios en nuestro medio de carácter tan general.

## CONCLUSIONES

Esta investigación puede proporcionar, dadas las características de su diseño (evitando varios sesgos al realizarse en distintas CC.AA. y en muy diversos dispositivos, redes de tratamiento y profesionales), aunque también considerando sus limitaciones (como el modo de incluir los casos), una información preliminar, aunque orientativa y valiosa, sobre la prevalencia de diagnósticos duales y del tratamiento de la concurrencia entre TUS y OTM, tanto en la red de salud mental como especialmente en la de adicciones, en todo el país. Además, este tipo de estudios parecen también necesarios dado que la denominación de «patología dual» no es un término de consenso —incluso, en determinados ámbitos, claramente rechazado—, lo que posibilita que la elevada comorbilidad entre TUS y OTM, que ha sido más que demostrada, pueda ser cuestionada.

Respecto a los hallazgos de este estudio, en primer lugar hay que destacar que ha habido claramente una menor respuesta en la red de salud mental a las encuestas. Esto podría reflejar una menor conciencia del problema en la red de salud mental que, históricamente y hasta tiempos recientes, se ha caracterizado por una baja exploración de los trastornos adictivos que podían tener los pacientes atendidos por otro trastorno mental en esos servicios, aun cuando era de sobra conocida la alta prevalencia de abuso de sustancias entre personas con diagnósticos de trastorno bipolar, de trastorno de personalidad, de esquizofrenia... No obstante, es importante reseñar las características diferenciales en cuanto a unos servicios y otros que se reflejan en los datos obtenidos. La comparación de los hallazgos del estudio con otros semejantes en España (e incluso del ámbito europeo) es difícil, pues las investigaciones hasta ahora se realizaban en colectivos con diagnósticos concretos, en dispositivos determinados o a escala municipal o autonómica, como ya se comentó en la introducción, con lo que la especificidad del estudio restaba capacidad de generalización de los hallazgos a nivel nacional.

En general, los datos obtenidos en la encuesta arrojan una importante prevalencia de concurrencia de diagnósticos (en más del 60% de los pacientes), siendo los TUS más frecuentes los de alcohol, tabaco y cannabis; y, entre los OTM, los trastornos afectivos y los de personalidad, lo que coincide en gran medida con la mayoría de los estudios previos. Cabe destacar, sin embargo, que los pacientes en dispositivos de tratamiento de adicciones tenían con frecuencia dos o más diagnósticos de OTM (incluyendo el TP), y que el abandono del consumo se produce más frecuentemente en la red de salud mental. Por otro lado, las relaciones entre TUS concretos y OTM específicos fueron claras para algunas de ellas (los trastornos afectivos con alcohol y cocaína, los psicóticos con estimulantes y cannabis, los de personalidad con la mayoría de las sustancias; y, por otro lado, TU de cannabis con trastornos psicóticos y de personalidad, TU de opioides y TU de cocaína con TP, etc.). Por último, se evidenció una escasa intervención en los TUS en los dispositivos de salud mental; una elevada prescripción de benzodiazepinas en ambas redes; y diferencias, tanto en los diagnósticos como en los tratamientos, en función del género.

En resumen, esta investigación muestra la existencia de una elevada prevalencia de otros trastornos mentales en aquellos pacientes en tratamiento por su trastorno adictivo y, quizá de forma más sorprendente, una muy alta prevalencia tanto de diagnósticos de TUS como de consumo activo de sustancias en las personas en tratamiento por diagnósticos de trastornos mentales no TUS en los dispositivos de salud mental. En definitiva, una remarcable prevalencia de concurrencia de diagnósticos de trastornos por uso de sustancias con otros trastornos mentales en ambas redes de tratamiento y perfiles de pacientes por su diagnóstico «primario». A su vez, refleja cómo se relacionan claramente dependencias a determinadas sustancias con trastornos mentales concretos, lo que es relevante de cara a la exploración diagnóstica y al diseño del tratamiento adecuado y personalizado.

También muestra algunas características sociodemográficas diferenciadas entre pacientes atendidos por su adicción y quienes lo son por otro TM, además de las que conllevan el ser hombre o mujer, que habrían de considerarse de cara al abordaje terapéutico y también psicosocial. Por último, permite ver cómo los tratamientos para los OTM además del adictivo son muy habituales en las redes de atención a las dependencias, pero cómo, a

pesar de su elevada prevalencia, el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias en aquellos pacientes tratados en las redes de salud mental es menor del esperado.

En cuanto a dónde deben ser tratados estos pacientes, todo indica claramente que, para obtener resultados eficientes, deben ser atendidos en un sistema integrado, que garantice el abordaje de la adicción y la otra patología psiquiátrica de forma conjunta y simultánea. Esto implica la necesidad de tener una red única de atención a todos los problemas de salud mental, incluyendo tanto las adicciones como los trastornos mentales, tal y como ya está recogido en todos los sistemas de clasificación de las enfermedades (CIE, DSM). Esto contrasta con la realidad, en la mayoría de las CC.AA., de la existencia de dos redes asistenciales diferenciadas, lo que puede conllevar el riesgo de disminuir la calidad de la asistencia, de que algunos de estos pacientes, especialmente los más graves, queden excluidos de ella o de que, como mínimo, se pierda la continuidad asistencial que precisan.

Este estudio describe las diferencias entre los pacientes con TUS y con OTM como diagnósticos por los que inicialmente están siendo tratados, lo que puede implicar también diversas necesidades de atención médica. Teniendo todo esto en cuenta, creemos que el estudio aporta información valiosa sobre la coexistencia real de trastornos adictivos y otros trastornos mentales en España y sobre el tratamiento proporcionado, esperando que pueda reflejar la comorbilidad en condiciones de práctica clínica habitual y las posibles distorsiones en su diagnóstico y tratamiento. No obstante, es una aproximación preliminar a la situación epidemiológica y asistencial del problema, y es evidente que se necesitan más investigaciones para profundizar en su conocimiento y así poder adaptar la respuesta asistencial con mayor precisión y efectividad.

Ciertamente, la elevada gravedad clínica y social, junto con sus altas prevalencias y las dificultades terapéuticas, de la concurrencia de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, además de la necesidad de tratamientos adecuados farmacológicos y psicosociales, justifica la necesidad de seguir investigando tanto desde la perspectiva epidemiológica y clínica como terapéutica. Los principales retos de futuro en este sentido son la necesidad de proporcionar terapias efectivas para los pacientes duales, comenzando por dónde debe llevarse a cabo el tratamiento y por parte de

qué profesionales, y acabando con cómo deben tratarse tanto en el ámbito farmacológico como en el psicosocial.

Después de obtener datos concretos con respecto a la coexistencia, y el tratamiento, del trastorno por uso de sustancias y otros trastornos mentales, será el momento de definir el modelo asistencial más efectivo para este tipo de pacientes, que siempre pasará por la conformación de equipos multiprofesionales, integrados en la sanidad pública, y con un abordaje integral de la persona, desde una perspectiva biopsicosocial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLAMO, C., López-Muñoz, F., Cuenca, F. (2002). Bases neurológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. En Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C., Santo Domingo, J. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- ÁLVAREZ, Y., Pérez-Mañá, C., Torrens, M., Farré, M. (2013). Antipsychotic drugs in cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*, 45(1): 1-10.
- ARIAS, F., Ochoa, E., López-Ibor J.J. (1997). Trastornos de personalidad en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona. *Psiquiatría biológica*, 3: 45-52.
- ARIAS, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., Babín, F. (2013a). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 6(3): 121-8.
- ARIAS, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., Babín, F. (2013b). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(1): 191-200.
- ARIAS, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., Babín, F. (2013c). Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology, Mental Health and Substance Use. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2): 123-30.
- ARIAS, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Rentero, D. (2017). Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. *Adicciones*, 29(3): 186-194.

- ARIAS, F., Rentero, D., Fernández, S., Balcells, M. (2018). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cannabis y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.
- ARIAS, F., Cortés, M.T., Fernández, S., Fernández, J.J., Flórez, G., Ochoa, E. (2020). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Resumen de intervenciones, Vademecum, Árboles de decisiones lógicas. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.
- AZORIN, J.M., Simon, N., Adida, M., Belzeaux, R. (2016). Pharmacological treatment of schizophrenia with comorbid substance use disorder. *Expert Opin Pharmacother*, 17(2): 231-253.
- CLAUSEN, H., Ruud, T., Odden, S., Šaltytė, J., Heiervang, K.S., Stuen, H.K. et al. (2016). Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1): 1-10.
- COMÍN, M., Redondo, S., Daigre, C., Grau-López, L., Casas, M., Roncero, C. (2016). Clinical differences between cocaine-dependent patients with and without antisocial personality disorder. *Psychiatry Res*, 246: 587-592.
- CONWAY, K.P., Compton, W., Stinson, F.S., Grant, B.F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67: 247-257.
- CROCKFORD, D., ADDINGTON, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Can J Psychiatry*, 62(9): 624-634.
- CUENCA, A.M., Torrens, M., Sánchez, A., Suelves, J.M., Domingo, A. (2013). Comorbilidad psiquiátrica en jóvenes-adultos consumidores de cannabis. *Adicciones*, 25: 45-54.
- DELL'OSSO, B., Albert, U., Atti, A.R., Carmassi, C., Carrà, G., Cosci, F. et al. (2015). Bridging the gap between education and appropriate use of benzodiazepines in psychiatric clinical practice. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11: 1885-1909.
- DONALD, M., Dower, J., Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with cooccurring mental health and

- substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Soc Sci Med*, 60(6): 1371-1383.
- DRAKE, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J., Bond, G.R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*, 24(4): 589-608.
- DRAKE, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1): 123-38. doi: 10.1016/j.jsat.2007.01.011.
- FARREN, C.K., Hill, K.P., Weiss, R.D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep*, 14: 659-666.
- FATSÉAS, M., Denis, C., Lavie, E., Auriacombe, M. (2010). Relationship between anxiety disorders and opiate dependence—a systematic review of the literature: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38: 220-230.
- FEAFES, Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2014). *Aproximación a la patología dual. Propuestas de intervención en la red FEAFES*. Madrid: FEAFES.
- FERNÁNDEZ, J.J., González, G., Portilla, M.P., Sáiz, P.A., Gutiérrez, E., Bobes, J. (2001). Influencia de los trastornos psiquiátricos en la efectividad de un programa de mantenimiento prolongado con metadona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(4): 228-232.
- FERNÁNDEZ, J.J. (2002). Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 18: 421-427.
- FERNÁNDEZ, J.J., GUTIÉRREZ, E. (2005). Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17(2): 179-188.
- FERNÁNDEZ, J.J., Orengo, T., Díaz, S. (2019). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de opioides y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.
- FLÓREZ, G., Balcells, M., Uzal, C. (2018). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de alcohol y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.
- GRANT, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., Kaplan, K. (2004). Prevalence and cooccurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders:

- results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61(8): 807-816.
- GRAU-LÓPEZ, L., Roncero, C., Daigre, C., Miquel, L., Barral, C., Collazos, F. et al. (2014). Observation study of pharmacotherapy in a dual-diagnosis outpatients. *J Addit Med*, 8(2): 84-89.
- GUARDIA, J., FLÓREZ, G. (2018). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de ansiolíticos e hipnóticos y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.
- HARO, G., Bolinches, F., De Vicente, P. (2001). Influencia de los trastornos de la personalidad en la evolución de la conducta adictiva y psicopatología asociada. *Adicciones*, 13(1): 93-94.
- HASIN, D.S., GRANT, B.F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(11): 1609-1640.
- HERRERO, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., Brugal, M.T., ITINERE Investigators (2008). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103: 284-293.
- HUNT, G.E., Large, M.M., Cleary, M., Lai, H.M.X., Saunders, J.B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191: 234-258.
- HUNT, G.E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Summer, C., Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: CD001088.
- KESSLER, K., MERIKANGAS, K.R. (2014). The National Comorbidity Survey Replication (NCSR): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res*, 13: 60-68.
- LANA, F., Fernández, M.I., Sánchez, C., Bonet, E. (2008). Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36: 331-336.
- LARGE, M., Sharma, S., Compton, M.T., Slade, T., Niessen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 68: 555-561.

- LEV-RAN, S., Imtiaz, S., Rehm, J., Le Foll, B. (2013). Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict*, 22(2): 93-8.
- MARTÍNEZ-GRAS, I., Ferre, F., Pascual, J., Peñas, J. et al. (2016). Psychiatric comorbidity in a sample of cocaine-dependent outpatients seen in the Community of Madrid drug addiction care network. *Adicciones*, 28(1): 6-18.
- MANGRUM, L.F., Spence, R.T., Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 30(1): 79-84.
- MAREMMANI, A.G., Rovai, L., Bacciardi, S., Rugani, F., Pacini, M., Pani, P.P., Dell'Osso, L., Akiskal, H., Maremmani, I. (2013). The long-term outcomes of heroin dependent-treatment-resistant patients with bipolar 1 comorbidity after admission to enhanced methadone maintenance. *J Affect Disord*, 151(2): 582-589. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.054.
- MUESER, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. Nueva York: The Guildford Press.
- MUESER, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L.F. et al. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bull*, 39(3): 658-72.
- NESS, O., Borg, M., Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Adv Dual Diagn*, 7(3): 107-117.
- NOCON, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R., Torrens, M. (2007). Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res*, 13: 192-200.
- OCHOA, E., Molins, S., Seijo, P. (2018). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cocaína y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.
- PASCUAL, F., Fernández, J.J., Díaz, S., Sala, C. (2017). *Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Valencia: Socidrogalcohol.

- PEDRERO, E.J. (2018). Trastornos de la personalidad en personas con adicción: conglomerados diagnósticos y variables psicológicas asociadas. *Psicología conductual*, 26(3): 473-493.
- PEREIRO, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M., Becoña, E., COPSIAD Group (2013). Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assistance units of Galicia: The COPSIAD study. *PLoS ONE*, 8(6): e66451.
- PEREIRO, C., FERNÁNDEZ, J.J. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- PRIESTER, M.A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., Seay, K.D. (2016). Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: An integrative literature review. *J Subst Abuse Treat*, 61: 47-59.
- REGIER, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264: 2511-2518.
- RODRÍGUEZ-LLERA, M.C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Silva, T.C., Sánchez-Nubió, A., Torrens, M. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend*, 84(1): 48-55.
- RONCERO, C., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O., Casas, M. (2010). *Patología dual. Protocolos de intervención. Esquizofrenia*. Barcelona: Edikamed.
- RONCERO, C., Fusté, G., Barral, C., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Luna, N., Eiroa-Orosa, F.J., Casas, M. (2011). Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 13(3): 5-16.
- SÁIZ, P.A., Jimenez, L., Díaz, E.M., García-Portilla, M.P., Marina, P., Al-Halabí, S., Szman, N., Bobes, J., Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3): 20-31.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006). *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication No. (SMA) 13-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- SÁNCHEZ-PEÑA, J.F., Álvarez-Cotoli, P., Rodríguez-Solano, J.J. (2012). Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(3): 129-135.
- SMITH, J.P., RANDALL, C.L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res*, 34: 414-31.
- TIET, Q., MAUSBACH, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4): 513-536.
- TIRADO, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., Torrens, M. (2018). Patología dual en depresión: recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones*, 30(1): 66-76.
- TORRENS, M., Fonseca, F., Mateu, G., Farré, M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 78: 1-22.
- TORRENS, M., MARTÍNEZ-SANVISENS, D. (2009). *Patología dual. Protocolos de intervención. Depresión*. Barcelona: Edikamed.
- TORRENS, M., Rossi, P.C., Martínez-Riera, R., Martínez-Sanvisens, D., Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misuse*, 47(8-9): 1005-14.
- TORRENS, M., Mestre-Pintó, J.I., Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Lisboa: EMCDDA.
- WELSH, J.W., Knight, J.R., Hou, S.S. et al. (2017). Association between substance use disorders and other psychiatric disorders. *Journal of Adolescent Health*, 60: 648-652.
- ZHORNITSKY, S., Rizkallah, E., Pampoulova, T., Chiasson, J.P., Stip, E., Rompre, P.P., Potvin, S. (2010). Antipsychotic agents for the treatment of substance use disorders in patients with and without comorbid psychosis. *J Clin Psychopharmacol*, 30: 417-24.



## DESARROLLO DE LAS SIGLAS

|         |   |        |   |
|---------|---|--------|---|
| AP      | antipsicóticos  | NCS    | National Comorbidity Survey                                     |
| ASG     | antipsicóticos de segunda generación  | NCSR   | National Comorbidity Survey Replication                         |
| AUDADIS | Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule                   | NESARC | National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions |
| BZD     | benzodicepinas  | OMS    | Organización Mundial de la Salud                                |
| CIE     | Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS)                                     | ONUDD  | Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito      |
| CIE-10  | (OMS, 1992)   | OR     | odds ratio  |
| CIE-11  | (OMS, 2018)   | OTM    | otros trastornos mentales                                       |
| CSM     | centros de salud mental   | PEP    | primeros episodios psicóticos                                   |
| DSM     | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA)                           | PNSD   | Plan Nacional Sobre Drogas                                      |
| DSM-5   | (APA, 2013)   | SAMHSA | Substance Abuse and Mental Health Services Administration       |
| DSM-IV  | (APA, 1994)   | TAG    | trastorno de ansiedad generalizada                              |
| ECA     | (estudio), Epidemiological Catchment Area (Study)                                     | TB     | trastorno bipolar   |
| EM      | entrevista motivacional   | TCA    | trastorno de la conducta alimentaria                            |
| EMCDDA  | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions                              | TCC    | terapia cognitivo-conductual                                    |
| FEAFES  | Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental | TEPT   | trastorno por estrés postraumático                              |
| ILP     | inyectables de liberación prolongada  | TM     | trastorno mental  |
| IPDE    | International Personality Disorder Examination  | TMG    | trastorno mental grave  |
| ISRN    | inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina                                | TOC    | trastorno obsesivo compulsivo                                   |
| ISRS    | inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina                                   | TP     | trastorno de personalidad                                       |
|         |   | TU     | trastorno por uso   |
|         |   | TUA    | trastorno por uso de alcohol                                    |
|         |   | TUC    | trastorno por uso de cannabis                                   |
|         |   | TUS    | trastorno por uso de sustancias                                 |





EDITA

# SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española  
de Estudios sobre el Alcohol,  
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



FINANCIADO POR

