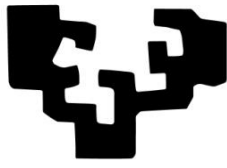


eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

ZUZENBIDE  
FAKULTATEA  
FACULTAD  
DE DERECHO

## **GRADO EN CRIMINOLOGÍA**

CURSO 2017-2018

# **PATOLOGÍA DUAL: DEPENDENCIA A LAS DROGAS Y TRASTORNOS MENTALES, UN RETO PROFESIONAL**

Trabajo realizado por: Alba Morales Chamorro

Dirigido por: Eneko Sansinenea

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>1. RESUMEN</b> .....  | 4  |
| <b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....   | 4  |
| <b>3. METODOLOGÍA</b> .....  | 7  |
| <b>4. EL CONSUMO DE DROGAS: FACTORES DE RIESGO</b> .....   | 8  |
| 4.1. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES .....  | 9  |
| 4.2. FACTORES PSICOLÓGICOS.....  | 10 |
| <b>5. CONSECUENCIAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS</b> .....   | 11 |
| 5.1. CONSECUENCIAS GENERALES .....   | 11 |
| 5.2. COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE DROGA .....   | 12 |
| 5.2.1. <i>Opiáceos</i> .....   | 12 |
| 5.2.2. <i>Cocaína</i> .....  | 15 |
| 5.2.3. <i>Alcohol</i> .....  | 18 |
| 5.2.4. <i>Cannabis</i> .....   | 21 |
| 5.2.5. <i>Drogas de diseño</i> .....   | 24 |
| 5.3. DROGAS Y DELINCUENCIA .....   | 26 |
| <b>6. PATOLOGÍA DUAL COMO CONSECUENCIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS</b> .....  | 29 |
| 6.1. EPIDEMIOLOGÍA: MUESTRAS EMPLEADAS EN ESTUDIOS DE PATOLOGÍA DUAL .....   | 31 |
| 6.2. HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS.....  | 36 |
| 6.2.1. <i>El trastorno por consumo de sustancias es el que provoca que aparezca un problema de salud mental</i> .....          | 36 |
| 6.2.2. <i>Presencia de una enfermedad mental que predispone a que se dé un problema de abuso o dependencia de drogas</i> ..... | 38 |
| 6.2.3. <i>Los dos trastornos aparecen de forma independiente el uno del otro</i> .....   | 40 |
| 6.2.4. <i>La patología dual se ha desencadenado como consecuencia de un factor común de vulnerabilidad</i> .....               | 41 |
| 6.3. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL E INTERVENCIÓN .....  | 41 |
| 6.4. DIFICULTADES EN LA INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL .....                                     | 45 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>7. ALGUNOS TRASTORNOS UNIDOS A ADICCIONES Y TRATAMIENTO ..</b>                       | <b>48</b> |
| 7.1. PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA.....  | 48        |
| 7.1.1. <i>Psicosis y consumo de estimulantes</i> .....                                  | 49        |
| 7.1.2. <i>Psicosis y consumo de sustancias depresoras</i> .....                         | 50        |
| 7.1.3. <i>Diagnóstico</i> .....   | 51        |
| 7.1.4. <i>Tratamiento</i> .....   | 51        |
| 7.2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD<br>(TDAH).....                | 53        |
| 7.3. TRASTORNOS AFECTIVOS.....  | 54        |
| 7.3.1. <i>Depresión y dependencia a los opiáceos</i> .....                              | 55        |
| 7.3.2. <i>Depresión y dependencia al cannabis</i> .....                                 | 55        |
| 7.3.3. <i>Trastornos depresivos y consumo de alcohol</i> .....                          | 56        |
| 7.3.4. <i>Trastorno bipolar dual</i> .....  | 57        |
| <b>8. PATOLOGÍA DUAL EN POBLACIONES ESPECIALES .....</b>                                | <b>58</b> |
| 8.1. COMORBILIDAD Y PRISIÓN.....  | 58        |
| 8.2. PATOLOGÍA DUAL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES .....                                     | 62        |
| 8.2.1. <i>Consumo de drogas entre jóvenes y adolescentes</i> .....                      | 62        |
| 8.2.2. <i>Factores de riesgo del consumo de drogas en adolescentes</i> .....            | 65        |
| 8.2.3. <i>Patología dual en jóvenes</i> .....   | 66        |
| 8.2.4. <i>Intervención con adolescentes en casos de adicción y patología dual</i> ..... | 68        |
| 8.3. MUJERES Y TRASTORNO DUAL.....  | 69        |
| 8.3.1. <i>Consumo de drogas en mujeres: diferencias con los hombres</i> .....           | 69        |
| 8.3.2. <i>Motivaciones para consumir y factores de riesgo específicos</i> .....         | 71        |
| 8.3.3. <i>Chicos y chicas adolescentes</i> .....  | 71        |
| 8.3.4. <i>Comorbilidad en mujeres</i> .....   | 72        |
| <b>9. RESULTADOS .....</b>  | <b>73</b> |
| <b>10. CONCLUSIONES.....</b>  | <b>78</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>   | <b>82</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>94</b> |

## 1. RESUMEN

Los casos de patología dual en los que una misma persona presenta un trastorno por consumo de sustancias y, a su vez, uno psiquiátrico, tienen actualmente un abordaje muy pobre desde el tratamiento. Esto es así porque se presentan dificultades añadidas respecto a casos en los que aparecen de manera individual, debido a la influencia que un trastorno tiene sobre el otro.

Es imprescindible analizar con más profundidad de lo que se ha hecho hasta ahora cuál es la relación que existe entre ambos. Además, es muy relevante cómo afectan a la conducta del individuo ya que, en algunos casos, pueden producir comportamientos antisociales que, incluso, puedan ser considerados delito. Esto tiene un gran interés para la criminología.

En este trabajo se hace una amplia revisión de la investigación que ha habido hasta la actualidad en esta materia, con el fin de comprender mejor este fenómeno y ver cuáles son las limitaciones en este ámbito. Es un aspecto muy importante porque es esencial para poder dar una respuesta de prevención desde la vertiente criminológica, así como un mejor tratamiento.

Además, se realiza un acercamiento, a través de entrevistas en profundidad, al ámbito de la investigación y a las dos redes fundamentales en la intervención en casos de patología dual: la red de salud mental y los centros de desintoxicación.

## 2. INTRODUCCIÓN

El término “droga” está definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una “*sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste*” (WHO, 1969). Son sustancias que han estado presentes desde tiempos inmemoriales, modificándose, con el tiempo, los diferentes usos que se les han dado.

En un principio, el consumo estaba relacionado con la religión. Aquél que comía hojas de coca estaba salvado por Dios, y los hongos alucinógenos permitían conocer el futuro. Había muchas leyendas sobre este tipo de cuestiones. Posteriormente, se añadió el uso medicinal, empleando la droga como medicamento para tratar ciertas enfermedades hasta que, en los últimos años, ha ganado su uso en ambientes de ocio. Lo

que pretenden los consumidores es experimentar una serie de sensaciones, así como evadirse, integrarse en un grupo, etc. (Beltrán Ballester, 1990). Actualmente existe una “masificación” del consumo de drogas, ya que lo hacen personas de todas las clases sociales, con patrones diferentes a los que existían hasta el momento, además de que han aparecido sustancias más novedosas y, en muchos casos, más peligrosas. Ésta es una realidad que siempre ha existido y va a existir, por lo que la mejor alternativa es reducir los riesgos del consumo para que se produzcan los menores daños posibles (Arana et al., 2004)

De acuerdo con la definición dada por la OMS (1994), la dependencia a las drogas es una situación en la cual la persona necesita consumir de forma repetida, con el objetivo de sentirse bien o para evitar encontrarse mal. Se caracteriza por la presencia de síntomas que afectan a la cognición, al comportamiento y otros fisiológicos que muestran la existencia de dependencia psicológica y física. La primera es la incapacidad del individuo de tener el control sobre su consumo (ansia o “craving”), ya que lo sigue haciendo a pesar de las consecuencias negativas que eso le produce. La segunda se basa en la existencia de síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir.

La dependencia a las drogas, muchas veces, tiene consecuencias graves sobre la persona que las consume, por lo que hay que prestar la atención que se merece al incremento del consumo que se está dando, sobre todo entre jóvenes y adolescentes (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2004). En el año 2005 se sabía que 200 millones de personas eran consumidoras de drogas en todo el mundo (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2005) mientras que, en 2016, esta cifra ha aumentado hasta los 247 millones (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

Son muchos y de muy diversa tipología los factores que pueden llevar al consumo de estas sustancias, pero, uno de ellos, es el estigma que sufren ciertas personas por parte de la sociedad como consecuencia de tener una característica determinada que no es considerada “normal” según las normas sociales (Goffman y Guinsberg, 1970). En este colectivo podríamos tener a personas en riesgo de exclusión social, enfermos mentales, etc.

Otro factor que puede conducir al consumo, sobre todo en adolescentes y jóvenes, es la influencia que ejercen los grupos de pares. Hay un gran número de investigaciones

que lo han demostrado, y se debe fundamentalmente al modelado del grupo, es decir, un proceso a través del cual el individuo observa la manera en la que se comportan los miembros del grupo e imita esos comportamientos. Además, ha quedado demostrado que esta influencia que ejercen los amigos respecto al consumo se da mucho más en la etapa inicial (cuando se empieza a consumir) que cuando ya existe dependencia (Gómez y Muñoz, 2000).

Junto con esto, una complicada situación familiar (casos de maltrato, abusos sexuales, familias desestructuradas...) así como la ausencia de apoyos sociales y de habilidades para relacionarse con el resto pueden favorecer la iniciación de una persona en el mundo de las drogas (Roca et al., 2001).

Si el abordaje de las drogodependencias no es una cuestión sencilla, más complicado es en los casos en los que se da una “patología dual”. Este término se refiere a aquellas personas que presentan un trastorno relacionado con el consumo de drogas, además de otro trastorno mental. Hay un gran debate sobre cuál de los dos es la causa del otro, sin haberse llegado a conclusiones claras con los estudios que se han llevado a cabo. Son individuos que requieren mayor atención psicológica, hospitalizaciones en centros psiquiátricos, tienen elevadas tasas de desempleo, son marginados y son relevantes las cifras de su implicación en conductas violentas y criminales (Abram y Teplin, 1991 citado en Mèlich, 2008).

A este respecto, se puede decir que la relación entre la patología dual y la criminalidad es bastante complicada. Hay personas que tienen trastornos mentales, lo cual hace que tengan un amplio historial delictivo y el consumo de drogas es solo un elemento añadido. Por otro lado, hay adictos/as que delinquen por los efectos que las drogas o la ausencia de ellas les producen. Ha quedado demostrado que, cuando una persona presenta un consumo problemático, en períodos de tiempo en los que no se consume o se hace pero en cantidades muy pequeñas y de forma esporádica, la actividad delictiva se reduce considerablemente (Esbec y Echeburúa, 2016).

De esta forma, el entorno en el que se mueve la persona, así como sus rasgos de la personalidad, posibles trastornos mentales, factores familiares y sociales pueden favorecer el consumo de drogas y, además, la probabilidad de cometer delitos (Delgado y Maza, 2013).

La patología dual se presenta como un reto en diferentes ámbitos. En primer lugar, el diagnóstico, que sigue siendo complicado y confuso en muchos casos. El tratamiento, que tiene grandes carencias por la ausencia de recursos materiales y humanos y por la división de las dos redes más relevantes en estos casos: la red de salud mental y los centros de desintoxicación. En la investigación también hay que introducir mejoras ya que las tasas de prevalencia del diagnóstico dual son muy variables de unos estudios a otros (Roncero y Casas, 2016).

### **3. METODOLOGÍA**

El objetivo general de este trabajo es conocer la situación actual de la patología dual, tanto en el ámbito de la investigación como en la intervención y el tratamiento. Para ello, se han fijado una serie de objetivos específicos:

- Determinar cuáles son los factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas y al desarrollo de la comorbilidad entre dependencia a las drogas y otro trastorno mental.
- Describir cuáles son las consecuencias que tiene el consumo de drogas en la salud mental, centrando el foco de atención en la patología dual.
- Analizar la prevalencia y peculiaridades de la patología dual en poblaciones específicas.
- Profundizar en el ámbito más práctico de la investigación y del tratamiento y ver qué papel puede tener la criminología en este fenómeno.

Para el cumplimiento de estos objetivos se ha realizado una búsqueda bibliográfica basada en una amplia revisión de revistas y documentos que tratan el tema de la patología dual. Para ello se ha utilizado el buscador “google scholar” y bases de datos como Dialnet, Psycodoc o Psycinfo. Además, es parte imprescindible la lectura y labor de documentación a través de libros de autores especializados en la materia.

En el momento de plantear el trabajo se tuvo en cuenta que en la patología dual intervienen diferentes disciplinas, por lo que era necesario que estuviesen reflejadas. Para ello, al ser un estudio cualitativo, se han realizado entrevistas a cuatro expertos en investigación y tratamiento de personas con adicciones y trastornos mentales:

- A dos investigadores de universidad que han realizado estudios sobre este tema y que están especializados en drogodependencias. En este caso, se les planteó

cuestiones específicas de la investigación, pero también otras relativas al tratamiento de estos pacientes (Anexo 1).

- Al presidente de la asociación AERGI (Alcohólicos en Rehabilitación de Gipuzkoa), para tener el punto de vista de la red de toxicomanías (Anexo 2).
- A un psicólogo clínico del Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones de Vitoria (COTA), un servicio extra-hospitalario específico de toxicomanías de la red de salud mental de Osakidetza, que está formado por dos unidades: un servicio de consultas externas (psicólogos/os, psiquiatras, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, auxiliares de laboratorio que realizan análisis de orina, etc.) y un hospital de día, para aquellos pacientes que no necesitan un ingreso hospitalario pero sí necesitan un tutelaje. Pasan el día en el centro y llevan a cabo talleres de diferentes tipos como, por ejemplo, de patología dual, teatro, manualidades, de habilidades cognitivas, etc. (Anexo 3).

Fueron entrevistas semiestructuradas, ya que se elaboró un guión previo con unas preguntas orientativas, adaptadas a cada profesional y, a medida que iba avanzando el encuentro, se tocaron otros temas que podían ser de interés en este trabajo. Finalmente, se han comparado las respuestas que habían dado cada uno de los entrevistados para ver los puntos comunes y las discrepancias existentes entre ellos.

#### **4. EL CONSUMO DE DROGAS: FACTORES DE RIESGO**

Tanto los estudios realizados como las distintas corrientes teóricas desde hace décadas han defendido que el consumo de drogas está influenciado por la existencia de numerosos factores de riesgo que afectan a distintos ámbitos de la vida del individuo. Se ha demostrado que hay sujetos que son más vulnerables que otros a ser adictos a las drogas cuando empiezan su consumo, y esta vulnerabilidad es un elemento primordial en el diagnóstico dual. Existen, por tanto, elementos predisponentes implicados tanto en la adicción como en la aparición de trastornos mentales (Rubio et al., 2001).

Las investigaciones más recientes han centrado sus esfuerzos en crear una explicación que pueda ser aplicada a todos los consumidores. Por ello, han determinado que los factores de riesgo más relevantes son los siguientes (Bobes García et al., 2003):



#### 4.1. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

Dentro de los factores sociales y culturales se pueden apreciar:

**Regulación legal:** son muchos los estudios que han analizado la influencia que tiene la *política de drogas* adoptada sobre el consumo. En este sentido, respecto al *precio*, ha quedado demostrado que, cuando éste sube, el consumo se reduce considerablemente. Por el contrario, se analizaron de forma concreta las promociones de algunos locales por las cuales, durante un tiempo determinado, el precio del alcohol baja. En estas situaciones, se tiende a beber mucho más y de forma más intensa.

En cuanto a la *edad*, en Estados Unidos se ha estudiado muchas veces la repercusión que tiene la edad mínima para adquirir determinadas drogas en el consumo, sobre todo el alcohol. Los resultados han sido que, si existe la obligación de ser más mayor para poder consumir, son más bajos los porcentajes de personas consumidoras.

**Cultura:** los tipos de consumo serán diferentes dependiendo del lugar en el que nos encontremos. Hay países en los que el consumo habitual de ciertas sustancias no es visto como un problema, mientras que en otros sucede todo lo contrario. Hay algunas costumbres que tienen asociado el consumo de drogas como, por ejemplo, algunas ceremonias judías en las que se toma alcohol y es parte de la tradición.

Debido a los flujos migratorios, son muchas las personas que abandonan su lugar de origen y se trasladan a un estado completamente diferente, teniendo que adaptarse a una cultura totalmente distinta. En este sentido, hay autores que defienden que las minorías culturales pueden llegar a consumir como consecuencia de la incapacidad de unirse a la cultura mayoritaria. La droga es, en estos casos, una forma de hacer frente a esa inadaptación e incapacidad de relacionarse de forma adecuada con el entorno.

Por otro lado, hay que tener en cuenta los *intereses económicos*. Cuando existe normalización del consumo de determinadas sustancias, se tiende a destacar sus efectos positivos y a mantener en un segundo plano los negativos. Esto se debe básicamente a los beneficios económicos que genera la venta de estas drogas, por lo que no conviene que se dejen de comprar.

*La aceptación social* también es un factor de riesgo importante. Nuestro país es un claro ejemplo de normalización del alcohol. En el día a día son muchos los que toman

bebidas alcohólicas, y se ve como una práctica “normal”. Hay incluso quienes no la consideran una droga, y no valoran sus efectos negativos. Lo mismo sucede con el tabaco, a pesar de que en los últimos años se estén haciendo campañas de concienciación como, por ejemplo, poner en las cajetillas imágenes desagradables de enfermedades derivadas de fumar.

Además, la *disponibilidad de las drogas* también afecta al consumo. Cuanta mayor sea la facilidad para conseguirlas más se consume. Este factor también tiene una relación clara con el aumento de las enfermedades mentales asociadas a estas sustancias. Además, si se propusiesen políticas que creasen *actividades de ocio* alternativas a las que hay actualmente se podría combatir el consumo entre los jóvenes.

**Ambiente social:** tanto la familia como el grupo de pares tienen una gran influencia en el desarrollo de la personalidad. Si la persona ve que su entorno más cercano consume drogas, hay una alta probabilidad de que también acabe consumiendo. Además, unos métodos educativos que no sean adecuados o una mala situación familiar (separaciones, maltratos, abusos, desestructuración familiar, economía inestable, etc.) pueden influir de forma negativa. También hay que incluir aquí la falta de apoyo familiar, necesidad de afecto, ausencia de comunicación en la familia, etc.

Por otro lado, como ya se ha dicho, son muchos los jóvenes que experimentan con estas sustancias por imitación de la conducta de su grupo de amigos o para sentirse integrados y aceptados.

## 4.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

Los factores de riesgo relativos a la personalidad del individuo tienen un gran peso en la iniciación o no del consumo. Han sido muchos los estudios realizados sobre esta materia desde la década de los 60, tratando de ver las diferencias entre los rasgos de personalidad de una persona adicta en comparación de otra que no consume. Si hablamos de la personalidad como causa del consumo de sustancias, hay que tener en cuenta que no ha habido resultados que demuestren que, por sí solos, tengan la influencia suficiente. Sin embargo, unidos con otros ambientales, sí pueden afectar.

Estaríamos hablando de tendencia a la trasgresión de normas, dificultad para controlar los impulsos, conducta antisocial, necesidad de experimentar sensaciones nuevas, presencia de trastornos mentales previos, una baja autoestima, dificultades para

relacionarse con los demás, incapacidad de hacer frente a los problemas, concepto que se tiene de las drogas, etc.

## 5. CONSECUENCIAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

### 5.1. CONSECUENCIAS GENERALES

El consumo de sustancias psicotrópicas es un problema de gran importancia a nivel mundial, tanto en el ámbito sanitario como social, a pesar de que no siempre haya sido así. Fue a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se le empezó a dar esta dimensión y se inició la creación de políticas prohibicionistas (Slapak y Grigoravicius, 2007).

Las drogas tienen numerosos efectos en las personas que las consumen, y las principales consecuencias del consumo son (Lorenzo et al., 2003):

- **Adicción o dependencia:** las drogas tienen la capacidad de producir dependencia. Es una patología en sí misma porque el consumo de ciertas sustancias que pueden producir adicción, sin prescripción médica y en cantidades que no son adecuadas produce modificaciones en el organismo. Las personas adictas tienden a tener recaídas, en lo cual pueden influir numerosos factores como, por ejemplo, la presencia de otro trastorno mental no adictivo (Roncero y Casas, 2016).
- **Reacciones antisociales:** la persona dependiente se focaliza en la droga, por lo que nada tiene más importancia para él. Hará todo lo que sea necesario para conseguirla, independientemente de la moralidad y de las normas sociales y legales.
- **Síndrome de déficit de actividad:** consiste en la disminución o pérdida de capacidades cognitivas, disminución de la actividad motora, etc.
- **Infección o disminución de las defensas:** mayor vulnerabilidad de la persona frente a la enfermedad. En estos casos podemos hablar, por ejemplo, del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido), causado por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), asociado principalmente al consumo mediante la inyección. Sin embargo, ha descendido considerablemente desde 1994 (Galligo, 2007).
- **Peligro de dosificación:** se puede dar cuando un consumidor habitual pasa un período de tiempo sin administrarse la sustancia. En ese instante, una dosis que sea

igual de grande a la que solía consumir es excesiva y puede producirle la muerte. Pasa sobre todo en drogodependientes a opiáceos por vena.

- **Riesgo de escalada:** cuando se consume con frecuencia alcohol, tabaco, etc. hay un riesgo elevado de que se pase a consumir otro tipo de sustancias que son más fuertes y peligrosas. Los ambientes en los que se mueven estas personas, además, suelen estar compuestos por gente que consume otras drogas, viéndose quizá animados a probarlas.
- **Efectos tóxicos:** varían en función de la droga que se consuma y de las características del individuo.
- **Diagnóstico dual:** como ya se ha dicho, consiste en la comorbilidad entre dependencia a las drogas y otro trastorno mental. Es en lo que se va a centrar principalmente este trabajo.

## 5.2. COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE DROGA

Debido a que cada tipo de droga tiene unos efectos distintos (dependiendo, también, de las características de la persona que las consume), cada una de ellas tendrá una serie de consecuencias (más o menos graves) en la salud mental de quien las tome.

### 5.2.1. Opiáceos

Los opiáceos son sustancias creadas a partir de la adormidera o del opio. Se caracterizan, sobre todo, porque tienen efectos calmantes en quien los toman. En este grupo se encuentran, principalmente, la heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína y fentanilo (Roncero y Casas, 2016).

La comorbilidad de la drogodependencia con trastornos psiquiátricos en estas sustancias es muy elevada. Alrededor del 50% de personas dependientes de opiáceos presentan alteraciones psicológicas (Lorenzo et al., 2003). A pesar de esto, no se ha podido demostrar que el consumo de estas sustancias produzca un trastorno mental de forma directa. Hay que hacer un análisis profundo de cada caso para poder ver si existe una patología psiquiátrica y cuál es su origen (primario o inducido por las drogas).

Lorenzo et al. (2003) hicieron una recopilación de las formas en las que afectan los opiáceos a la salud mental:

### ***Efectos psicopatológicos inmediatos al consumo***

Si nos referimos a los efectos psicopatológicos inmediatos al consumo, lo primero que experimenta quien ha consumido son los efectos secundarios (como, por ejemplo, vómitos). Posteriormente, el consumo lleva a un breve período de tiempo de excitación y bienestar (5-15 minutos) cuya intensidad disminuye posteriormente y se da paso a 3-5 horas de relajación. La persona consume para “sentirse bien”, pero, cuando el organismo se adapta y se da la tolerancia, se produce dependencia y se consume para “no estar mal” y disminuir las consecuencias negativas de la abstinencia (el placer y las buenas sensaciones son ya casi inexistentes, y los efectos secundarios inmediatos al consumo también se dan con menor intensidad).

### ***Intoxicación aguda***

En la intoxicación aguda, los síntomas relacionados con cualquier tipo de enfermedad mental no adquieren tanta relevancia, ya que destacan las complicaciones cardiovasculares y de los sistemas respiratorio y nervioso. Sin embargo, esto no quiere decir que los síntomas psiquiátricos no se manifiesten. Nos referimos a disforia, apatía, capacidad de juicio deteriorada, falta de memoria, dificultades para mantener la atención en determinados estímulos, etc.

Solo existe una única variante de los opiáceos, la meperidina, capaz de producir un delirium o un episodio psicótico. Para comprobar que el delirium se debe al consumo es necesario excluir otras causas. Además, hay que demostrar que ha existido el consumo, para lo cual se pueden llevar a cabo exploraciones físicas o análisis de sangre.

Por otro lado, saber el origen del trastorno psicótico supone centrarse en el juicio de la realidad de la persona en el momento en el que tiene las alucinaciones. Si se mantiene intacto, estaremos hablando de una intoxicación con alucinaciones de la percepción mientras que, en el caso de que se encuentre alterado, se tratará de un trastorno psicótico inducido por drogas.

### *Efectos psicopatológicos del consumo crónico*

Respecto a los efectos psicopatológicos del consumo crónico, los estudios realizados han demostrado que hay una alta prevalencia de trastornos mentales en personas con dependencia a los opiáceos. El porcentaje asciende hasta un 75% en los heroínómanos que han presentado un trastorno psiquiátrico (diferente al relacionado con las drogas) en algún momento de su vida. Por el contrario, la relación causal entre consumo y trastorno no ha podido ser demostrada (Kostal et al., 1982, citado en Lorenzo et al., 2003).

Algunos autores atribuyen el deterioro social de estos sujetos a la enfermedad mental, no dando importancia en este ámbito a la adicción. Por otro lado, hay quienes postulan por la idea de que es la forma de vida y las rutinas de un drogodependiente lo que afecta considerablemente a la vida social, sobre todo a las relaciones interpersonales. Según Lorenzo y et al. (2003), los trastornos que más se suelen dar junto con la dependencia a los opiáceos son:

*Trastornos del estado de ánimo:* los adictos a los opiáceos tienen más tendencia que consumidores de otras sustancias de presentar síntomas depresivos durante un corto período de tiempo. Sin embargo, cabe la posibilidad de que se alargue y aumente su intensidad. Puede que aparezca un trastorno depresivo inducido por los opiáceos, o que éstos agraven una enfermedad mental que ya existía previamente. En heroínómanos con depresión hay altas tasas de suicidio (tres veces más elevada que en la población general).

*Episodio esquizofrénico:* para diagnosticarlo es imprescindible analizar si hay antecedentes, tanto personales como familiares, de esquizofrenia. Además, cada vez hay una mayor cantidad de pacientes diagnosticados de esquizofrenia que consumen heroína, principalmente por el efecto antipsicótico que tienen los opiáceos (que permite controlar los síntomas) y para poder sentir adaptación a un grupo. En este último caso, el malestar que le produce su estigma por “enfermo mental” le hace querer sentirse parte de un conjunto, y en el colectivo de drogodependientes encuentra su sitio sin ser juzgado.

*Trastorno psicótico inducido por drogas psicoestimulantes:* no hay que ignorar esta posibilidad a pesar de que la persona niegue que haya consumido, porque puede que no

se haya dado cuenta o no se acuerde. Estos casos son, por ejemplo, un consumo pasivo (ambientes en los que se fuma cannabis en gran cantidad), hay estimulantes en la composición de la heroína o se ha consumido una sustancia estimulante en el pasado y los síntomas se presentan ahora mediante flashbacks delirantes.

*Trastornos de personalidad:* dentro de esta categoría, el que se da con mayor frecuencia es el trastorno antisocial de la personalidad, seguido del trastorno de personalidad límite y de personalidad narcisista. En el caso del primero, los síntomas generan en el individuo una gran dificultad para adaptarse a las normas y reglas que se le imponen, lo cual puede llevar a cometer delitos. La tendencia a consumir alcohol y heroína es mayor entre personas con estos trastornos, siendo una forma de hacer frente al malestar y la inestabilidad emocional que padecen. Los rasgos característicos de estas enfermedades mentales hacen que no estén abiertos a cambios, lo cual hace del tratamiento una tarea complicada.

*La politoxicomanía* se da con gran frecuencia entre consumidores dependientes de opiáceos (20%), lo cual puede aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos adicionales y dificulta considerablemente el proceso de deshabitación.

Las personas que presentan dependencia a los opiáceos se caracterizan por un elevado número de recaídas. La heroína es, dentro de este grupo, la sustancia con la tasa más alta de patología dual, a pesar de que es cada vez más frecuente que se dé con opiáceos consumidos bajo prescripción (Roncero y Casas, 2016).

### **5.2.2. Cocaína**

La cocaína está dentro del grupo llamado “psicoestimulantes”, y se caracteriza porque hace que el sistema nervioso central tenga una mayor actividad. Es una sustancia que trae consigo numerosas complicaciones, porque las vías de administración no se limitan a una sola y, además, es una droga que en raras ocasiones se consume sola. Cuando se toma en ambientes de ocio, en el 90% de los casos se acompaña con alcohol. Los efectos que produce la cocaína en la persona a nivel psicológico son (Lorenzo et al., 2003):

### ***Efectos inmediatos al consumo***

Los efectos inmediatos producidos como consecuencia del consumo se clasifican en dos grandes grupos: aquellos deseados por la persona y los efectos secundarios. Los primeros se caracterizan por ser una ilusión, es decir, las percepciones que tiene el sujeto sobre sus capacidades no son reales. Abarcan, por tanto, los llamados por los consumidores como “aumento de las cualidades psicológicas” (hiperactividad, sensación de mayor capacidad de hacer cosas, egocentrismo, etc.) y un “aumento de las cualidades corporales” (aumento de la energía, ausencia de hambre, sed, sueño...). Dentro de los secundarios se incluyen taquicardias, nerviosismo, temblores, apatía, malestar general, etc. La relación que existe entre estos dos tipos de efectos se puede explicar de la siguiente manera: cuanto más breves e intensos sean los positivos, más duraderos serán los negativos, hecho que puede llevar a consumir más droga.

### ***Intoxicación***

Respecto a la intoxicación por cocaína, hay que tener en cuenta que hay vías de administración que son más peligrosas que otras, y la dosis mortal se encuentra entre 0,5g-1,5g. En un primer momento, cuando se consume, se presentan efectos positivos, pero se acaban de forma brusca y dan paso a una acentuada ansiedad. Como consecuencia, se inicia un consumo repetido y compulsivo que se conoce como “atracones” (cada 5 o 10 minutos se consume una dosis). Hay veces en las que se produce un episodio maníaco (los síntomas se mantienen cuando la cocaína ya no está presente en el organismo, por lo que estaríamos hablando de un trastorno mental). Además, también se pueden dar:

*Trastornos de la ansiedad:* aparecen en el 50% de los consumidores, sufriendo crisis de pánico consistentes en un miedo desmesurado a morir de forma inminente.

*Trastornos psicóticos agudos con ideas delirantes paranoides:* en estos casos, la percepción de la realidad la tienen muy alterada, lo que provoca comportamientos violentos y, en ocasiones, homicidas. Lo más común es que se produzcan alucinaciones relacionadas con la sensación de que insectos están recorriendo su piel.

*Cuadros de delirium:* se producen en raras ocasiones y consiste en una psicosis orgánica de bastante gravedad caracterizada por la desorientación.



*Trastornos depresivos* que se desarrollan durante los efectos negativos que produce la sustancia. Se da con más frecuencia cuando el consumo se hace de forma repetida y las dosis son altas. Son síntomas cuya duración es bastante escasa, teniendo tendencia suicida muy relevante que, a pesar de durar poco tiempo, puede tener consecuencias letales para la persona.

### ***Consumo crónico***

En el consumo crónico de cocaína, por su parte, se pueden apreciar varias fases por las que pasan los individuos con dependencia a esta sustancia. En un primer momento, hay un período de “silencio clínico” en el cual no parece que la droga produzca complicaciones, ni orgánicas ni psicológicas, y tampoco afecta significativamente a la vida social de la persona. Cuando el consumo se vuelve crónico, se produce un fenómeno conocido como “kindling” (de encendido o sensibilización) que consiste en una mayor respuesta de los sistemas neuronales a la misma dosis, por lo que se aumenta la ansiedad, la irritabilidad y las ideas paranoides con una cantidad similar (Post et al., 1992, citado en Lorenzo et al., 2003).

Autores como Gold (1997) explican que un porcentaje muy elevado de personas que consumen cocaína de forma crónica sufren alteraciones psicológicas significativas. Sin embargo, no ha quedado demostrado si se debe a la dependencia a la droga o a la existencia de trastornos mentales previos. Los efectos más comunes son la pérdida de peso, insomnio, ansiedad, depresión, confusión mental, alteraciones cognitivas, etc.

Los trastornos psicológicos que se pueden presentar en el consumo crónico de cocaína son:

*Esquizofrenia paranoide*: aquellos que presentan trastornos psicóticos inducidos tienen un comportamiento bastante agresivo y, además, tienen ideas delirantes. Suele durar meses e, incluso, hay veces que puede ser permanente.

*Trastornos del estado de ánimo*: de las personas que tienen este tipo de patologías, un 50% cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo, y un 20% de un trastorno bipolar.

*Crisis de pánico:* si se dan en un primer momento, cuando se consume, es producida por la sustancia. Si, por el contrario, los síntomas permanecen cuando ya no quedan restos de la droga, habría que diagnosticarlo como un trastorno primario.

*Trastornos sexuales:* la cocaína tiene efectos sobre los sistemas de recompensa del cerebro, provocando ausencia del interés por el sexo porque lo sustituye. La consecuencia de esto puede ser la ruptura de vínculos afectivos y relaciones interpersonales, produciéndose un deterioro importante de la vida social.

*Trastornos de alimentación:* aproximadamente un 15% de cocainómanos presentan anorexia o bulimia. En el 50% de estos casos, es el trastorno de alimentación el que aparece antes y, posteriormente, se desarrolla la dependencia. El caso contrario (en el cual el consumo se llevaba a cabo antes de la enfermedad mental) abarca un 36%

Por lo general, aquellos trastornos que aparecen como consecuencia de la cocaína tienen una evolución independiente. Lo que quiere decir esto es que dejar de consumir no necesariamente conllevará mejoras en esta patología, a pesar de que es recomendable para que el tratamiento sea más eficaz. Es una droga que requiere mayor atención en el plano de la psicología y psiquiatría, para ver si es necesario iniciar, además de la deshabitación, terapias o tratamiento psicológico (Schottenfeld, 1997, citado en Lorenzo et al., 2003).

### **5.2.3. Alcohol**

El consumo de alcohol es un fenómeno que está creciendo, sobre todo entre jóvenes y adolescentes. Es un problema de salud pública en muchos países pero, aún así, es una sustancia socialmente aceptada que se consume con total normalidad a diario (Martínez Hurtado, 2002). Más del 90% de la población entre 15 y 64 años en 2015 había consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida. De ese porcentaje, un 62,1% había consumido en los últimos 30 días, siendo bastante elevado. Es a los 16 años de media cuando se prueba por primera vez esta sustancia (Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, 2017).

El consumo excesivo de esta droga constituye la causa de un 10% de la mortalidad en España (Pulido et al., 2014) y de un 5,9% de todas las muertes que se producen a nivel mundial, ascendiendo a un 25% en personas de entre 20 y 39 años (WHO, 2018). Por todo esto, es necesario prestar especial atención a esta sustancia.

La intoxicación crónica se produce cuando se consume más cantidad de lo que el organismo es capaz de metabolizar. Para llegar a la dependencia de esta sustancia, hay que pasar por una serie de fases (Jellineck, 1952, citado en Lorenzo et al., 2003):

- a) *Fase pre-alcohólica*: se consume en un ambiente social para facilitar las relaciones interpersonales, convirtiéndose en una forma de hacer frente a situaciones que producen vergüenza. No es visto como un problema por nuestra sociedad.
- b) *Fase prodrómica*: el consumo pasa a convertirse en una necesidad y la persona es consciente de ello. Comienza a tener comportamientos que ya no son considerados como “normales”, ya que bebe en situaciones en las que no se suele hacer y en cantidades bastante más grandes. Aparece, en este momento, el sentimiento de culpa.
- c) *Fase crucial*: es cuando se pierde el control, y con frecuencia fallan los intentos de dejar de beber o recuperar las relaciones sociales que se han ido perdiendo como consecuencia del consumo.
- d) *Fase crónica*: la persona ingiere alcohol diariamente hasta llegar a un estado de embriaguez. Con pocas cantidades se dan síntomas característicos de la intoxicación.

Son muchos los trastornos mentales que pueden estar relacionados con esta sustancia. De acuerdo con los diferentes estudios realizados en esta materia, se pueden destacar:

*El delirium* tiene especial relevancia, ya que se trata de una alteración grave que puede darse, sobre todo, durante el síndrome de abstinencia. Se trata de un estado de confusión caracterizado por perturbación de la conciencia, alteraciones en la percepción (alucinaciones visuales o táctiles que producen angustia o euforia, dependiendo del caso), alteraciones psicomotoras, etc. La consecuencia son conductas agresivas como forma de autodefensa ante lo que está sintiendo. Junto con esto se suele dar el “delirio ocupacional”, es decir, la creencia del individuo de que está en su puesto de trabajo y, por tanto, realiza actividades que suele desempeñar en el mismo (Moreno et al., 2007).

En esta línea, hay que mencionar la *alucinosis alcohólica*, que se encuentra recogida en el CIE-10 dentro de los trastornos psicóticos, en el apartado de “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”. Se da cuando la persona lleva alrededor de 10 años consumiendo alcohol de forma habitual. Su síntoma más importante son las alucinaciones auditivas, que colaboran a que la persona cree ideas paranoides persecutorias. Ante eso, reacciona huyendo o defendiéndose de forma activa. Normalmente, desaparece junto con el consumo (Ochoa Mangado et al., 2009).

En cuanto a la *paranoia alcohólica*, tiene la misma clasificación que el trastorno anterior en el CIE-10. Aparece sobre todo en hombres, y su contenido se basa en celos. Alonso Fernández (1988) crea tres categorías dentro de esta patología (Lorenzo et al., 2003):

- El “bebedor celoso”, que es aquel que tenía la desconfianza y los celos presentes pero es el alcohol quien provoca que los libere.
- Celos por vivencias implicadas en una situación, cuando el individuo tiene disfunción sexual y culpa de ello a su pareja y sus “amantes” agrediendo a veces físicamente, empleando el alcohol para tratar de olvidar estos pensamientos.
- El delirio de celos en sentido estricto, pudiendo tratarse del inicio de un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide por el consumo habitual de alcohol.

En el caso de los *trastornos del estado de ánimo*, la depresión es la más frecuente (80%). Para que sea inducida por el alcohol, es necesario que los síntomas permanezcan durante todo el consumo o hasta 4 semanas después de la abstinencia. Su evolución es bastante favorable en un período de tiempo breve. Respecto a los *trastornos de ansiedad*, la probabilidad de que haya un diagnóstico independiente de esta patología entre las personas alcohólicas es prácticamente la misma que entre la población general. Sin embargo, episodios aislados son experimentados por un 80% de los individuos con dependencia aproximadamente (Lorenzo et al., 2003).

Respecto a los *trastornos del sueño*, es necesario destacar que el alcohol, en un primer momento, produce sueño y contribuye a que la persona duerma. Sin embargo, con un consumo habitual, lo que se consigue es tener dificultades para dormir, no descansar el tiempo que se duerme y tener pesadillas continuas. También se puede dar *disfunción sexual*, ya que es una sustancia depresora que actúa sobre el sistema nervioso

central, produciendo problemas sexuales que, frecuentemente, es lo que llevan al individuo a acudir al médico. Se reduce considerablemente la capacidad de excitación, dándose impotencia en los hombres y anorgasmia tanto en varones como en mujeres. La prevalencia de esta disfunción entre las personas que consumen alcohol de forma habitual es considerablemente mayor que en la población general (Madruga et al., 2004).

La *amnesia transitoria* es otro efecto relevante del consumo de esta droga. Son episodios de amnesia anterógrada (ésta consiste en la incapacidad para mantener en la memoria y recordar los nuevos acontecimientos que se producen tras el suceso que lo provocó que, en este caso, es consumir alcohol). La persona, cuando bebe mucho, se adentra en un estado en el cual parece estar despierto, pero no se acuerda de nada de lo ocurrido durante ese período de tiempo. También lo pueden experimentar aquellos que no tienen costumbre de beber en el momento en el que lo hacen, pero es mucho más probable que en alcohólicos dependientes (De Compostela, 2006).

Para tratar este tipo de dependencia, se debe llevar a cabo un proceso llamado “desintoxicación”, en el cual se eliminan los efectos que el alcohol ha producido en la persona. Es aquí cuando se cesa el consumo. Posteriormente, se inicia la “deshabitación”, consistente en mantener la abstinencia y tratar los problemas mentales que puedan haber derivado de la adicción. También se atiende a los trastornos que puedan surgir como consecuencia de la adaptación al nuevo modo de vida que inicia el sujeto. Se trabaja también la reinserción social, haciendo hincapié en la prevención de recaídas, dándoles estrategias con las que afrontar estresores y situaciones vitales que le puedan tentar a consumir nuevamente (Lorenzo et al., 2003).

#### **5.2.4. Cannabis**

El cannabis tiene la consideración en nuestro país de droga ilegal. Si atendemos a los datos del Informe Mundial sobre las Drogas de 2017, es la sustancia de este tipo más consumida, sobre todo por los/las jóvenes en todo el mundo, siendo en 2015 alrededor de 183 millones los consumidores de la misma. Concretamente en Europa Occidental y Central esta cifra ha aumentado considerablemente (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017). La edad de inicio es cada vez más temprana. En estos casos, si son personas con cierta vulnerabilidad, pueden desarrollar trastornos psicológicos. Según el informe de 2016, es muy elevada la cifra de aquellos que han

recibido tratamiento para trastornos relacionados con el cannabis (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

Las consecuencias que puede tener esta sustancia a nivel psiquiátrico se pueden clasificar en tres grupos diferentes (Lorenzo et al., 2003): el cannabis como “factor psicopatológico causal” (cuando queda comprobado que existe relación directa entre el consumo y la aparición de los síntomas); como “factor desencadenante” (existencia de rasgos que hacen que el individuo sea más vulnerable para desarrollar una patología lo cual, unido al consumo de cannabis, produce la aparición de un episodio) y, por último, la “automedicación” (existe una alteración previa que conduce a consumir como forma de aliviar los efectos, lo cual produce dependencia y, lejos de mejorar la enfermedad mental, la empeora).

Respecto a los efectos que los consumidores de cannabis buscan, podemos hablar de euforia y alucinaciones leves. Esto dura alrededor de 10-30 minutos desde que se empieza a consumir, dependiendo de las características de la persona. Cuando llega el momento álgido, siente que tiene mayor ingenio, percepción más intensa de los estímulos externos, más facilidad para tener ideas y confusión mental, además de la conocida como “euforia fatua”, es decir, todo lo que le rodea le produce risa. Las alucinaciones experimentadas son visuales, sin llegar a perder el sentido de la realidad. El sentido del tiempo, por su parte, puede verse alterado. Hay estudios que han demostrado que los consumidores de cannabis, en el momento en el que están bajo sus efectos, se centran exclusivamente en el presente y dejan a un lado el pasado y el futuro. La consecuencia de esto es un gran sentimiento de despersonalización (García Garrido, 2017).

Tras 1-4 horas desde el consumo comienza el “abatimiento”, cuando el efecto principal es el cansancio y el sueño, además de la sensación de tener el estómago vacío. A pesar de que el cannabis parece una droga que no tiene graves consecuencias, y que incluso muchas personas la consumen diariamente (Tziraki, 2012), se han hecho muchas investigaciones que demuestran que se producen alteraciones a nivel psicomotor y cognitivo. Algunos autores han afirmado que conducir bajo los efectos de esta droga es igual o más peligroso que hacerlo tras haber consumido alcohol (Lorenzo et al., 2003).

El consumo de cannabis puede estar relacionado con numerosas patologías psiquiátricas tal y como ha quedado demostrado en diversos estudios (Roncero y Casas, 2007):

*Delirium por intoxicación*: no es muy habitual. Para demostrar que ha sido inducido por el cannabis es necesario excluir otras posibles causas, además de demostrar que ha habido consumo a través de ciertas pruebas al individuo, como exploraciones físicas, analíticas, etc.

*Trastorno psicótico*: es similar a un episodio agudo de esquizofrenia paranoide. Se puede diferenciar entre un delirio paranoide (si lo que más se da son las ideas delirantes), conocido como “psicosis cannábica”, y la alucinosis cannábica (cuando predominan las alucinaciones), dándose esta última con menos frecuencia. Hay autores que piensan que, para que se dé, es imprescindible que exista predisposición. En estos casos, puede ser el principio de una patología permanente. Otros expertos, sin embargo, creen que consumir una cantidad importante puede producir este episodio.

En este sentido en 2011, Large et al. investigaron si el consumo de esta sustancia afectaba de alguna manera a la edad de aparición de trastornos psicóticos. Demostraron que se éstos se presentan 2,7 años antes en consumidores que en la población general. De esta forma, quedaría patente el relevante papel que tiene esta droga como “precipitador” (Tziraki, 2012). Además, y teniendo en cuenta que cada vez la edad de inicio del consumo es menor, hay que ver qué es lo que pasa en el caso de los adolescentes. Parolaro, en 2010, atendió a esta situación y mostró que los efectos del cannabis son más intensos en el cerebro de personas jóvenes, por lo que son más vulnerables ante la posible aparición de psicosis.

*Trastornos de ansiedad*: son los que se dan con más frecuencia. Se producen porque el consumidor no sabe cómo gestionar adecuadamente los efectos de la droga. Se da, sobre todo, en los primeros consumos o cuando la persona tiene una situación personal y anímica que pueda influir. Para poder diagnosticarlo, es necesario que el principal síntoma sea la ansiedad en el momento de la intoxicación o, como mucho, hasta un mes más tarde, produciéndose deterioro en diferentes ámbitos de la vida de la persona y experimentando un malestar clínicamente significativo. Habrá que descartar, en su caso, otras posibles causas para confirmar que ha sido inducido por el cannabis (Tziraki, 2012).

*Alteraciones cognitivas:* aparece con un consumo más habitual. Se reduce la capacidad de mantener la atención en estímulos concretos, así como el rendimiento intelectual. Respecto a la memoria, aparecen grandes dificultades para retener información a corto plazo, todo lo cual puede tener incidencia negativa en el ámbito laboral y en el rendimiento escolar en el caso de los adolescentes (Lorenzo et al., 2003).

*Alteraciones afectivas:* pueden derivar en el “síndrome amotivacional”, es decir, un conjunto de síntomas depresivos unidos a alteraciones en el sistema psicomotor, teniendo como consecuencia la ausencia de la voluntad de la persona y el deterioro de su vida laboral y social. El sujeto se convierte en vulnerable y muy influenciado, lo que puede desencadenar en la comisión de delitos. La diferencia con otro trastorno depresivo es la pérdida de la capacidad del individuo de hacer un análisis de su estado de ánimo y pensar sobre el mismo. Esto dificulta que pida ayuda y reciba el tratamiento adecuado. Es un trastorno que permanece tiempo después de haber dejado de consumir (Lorenzo et al., 2003).

*Alteraciones de los instintos:* el nivel de agresividad de una persona consumidora cuando se encuentra bajo los efectos de la sustancia depende del nivel de excitación que tenga antes de consumir.

*Alteraciones sensorio-perceptivas y del pensamiento:* pueden aparecer trastornos psicóticos, pero no se ha podido demostrar la relación causa-efecto con la sustancia. También cabe la posibilidad de aparición de “flashbacks”, es decir, una alteración de la conciencia que se da cuando la persona no ha consumido, experimentando efectos similares a los que produce el cannabis y es vivido como una mala experiencia

Teniendo en cuenta todo esto y que, como ya se ha dicho, el cannabis es una droga muy consumida, es imprescindible crear campañas de concienciación y prevención, sobre todo de la población más joven (Madoz-Gúrpide y Ochoa Mangado, 2014).

### **5.2.5. Drogas de diseño**

Las drogas de diseño han aparecido hace relativamente poco. Entre ellas, la más importante es el MDMA, que es una droga psicoactiva que produce efectos similares a los del éxtasis (Burillo-Putze et al., 2011). Estas sustancias son creadas en laboratorios clandestinos, por lo que no se lleva ningún control sanitario. Se utilizan además en



entornos de ocio, y son un 12,5% de los jóvenes de entre 14 y 19 años los que han afirmado haberlas probado en algún momento de su vida. (Royo-Isach et al., 2004).

Es en la década de 1990 cuando se empiezan a hacer más estudios con el objetivo de conocer con mayor profundidad sus efectos y las complicaciones que puede tener a nivel físico y psicológico. Los que lo consumen suelen ser poli-consumidores, lo cual puede facilitar la aparición de trastornos mentales y dificultar el posible tratamiento. Sin embargo, para analizar si estas sustancias son la causa de estas patologías, los investigadores se encuentran la dificultad de que los síntomas pueden manifestarse cuando se está bajo los efectos de la intoxicación o, por el contrario, pasar meses desde que se consume (Lorenzo et al., 2003).

En un primer momento, se experimenta el “subidón”, que dura 10-30 minutos aproximadamente. Aparece la euforia, hiperactividad, insomnio, etc. Cuando cesan, el bajón es importante y puede provocar un nuevo consumo con el objetivo de hacer desaparecer los efectos negativos. De hecho, suelen ser bastantes los jóvenes que ingresan en urgencias de centros hospitalarios como consecuencia de un consumo excesivo (Farré-Abaladejo, 1989, citado en Royo-Isach et al., 2004).

Si se hace un uso habitual se puede desarrollar dependencia, tanto física como psicológica, además de tener un mayor riesgo de presentar patología dual o de agravar un trastorno mental previo (Royo-Isach et al., 2004). Las patologías que suelen tener comorbilidad con las drogas de diseño con más frecuencia son (Martínez et al., 2003):

*Trastornos psicóticos:* son los que se dan con mayor frecuencia. Se caracterizan por la presencia de ideas delirantes de celos, persecución, grandeza, etc. No suelen ir acompañados de alucinaciones ni tampoco de trastornos del estado de ánimo, pero hay casos en los que se produce una gran ansiedad, pudiendo en las situaciones más extremas desembocar en el suicidio. Su tratamiento se hace con antipsicóticos que, por regla general, mejoran estos episodios.

*Flashbacks:* no es muy común, pero sí existe la posibilidad de que se den junto con alucinaciones visuales y auditivas. No tienen una duración prolongada, pero son vividos con gran angustia por el consumidor.

*Ataques de pánico y crisis de angustia:* son bastante frecuentes. Es necesario tener en cuenta que hay que diferenciar entre trastorno de pánico inducido por el consumo y

aquellos episodios que pueden aparecer en la fase de “subidón”. Estos últimos pueden ser vistos como un efecto de la propia sustancia, y solo podrán ser considerados como una patología mental independiente en el caso de que se repitan pasados unos días desde que se ha tomado la droga. Pueden ir acompañados de sentimientos de despersonalización y desrealización, así como de alucinaciones visuales. Normalmente, duran el tiempo que se mantienen los efectos de las drogas, pero hay excepciones en las cuales su evolución es crónica.

*Depresión:* es de las complicaciones psiquiátricas que menos se da con las drogas de diseño, pero es relevante ya que incide en prácticamente todos los ámbitos de la vida de quien la padece.

Además de todo esto, cuando el consumo se hace de forma regular, el tiempo que la persona duerme es considerablemente menor que antes, la memoria pierde capacidad para retener información, sobre todo a corto plazo, y se presentan otros déficits como el de atención, por ejemplo. Actualmente, se siguen haciendo más investigaciones que tratan de demostrar cuáles son las secuelas psicológicas persistentes en consumidores de MDMA, pero cabe mejorar ciertos aspectos respecto a las que se han hecho hasta ahora como por ejemplo: as muestras que se han analizado por el momento han sido muy pequeñas; la técnica mayoritaria empleada para conseguir voluntarios es la de “bola de nieve”, existiendo sesgos en la representatividad; los participantes son muy diferentes entre sí respecto al grado de consumo (algunos pocas veces en su vida y otros consumo regular); y dificultades para confirmar que la droga es causa del trastorno mental (Martínez et al., 2003).

### 5.3. DROGAS Y DELINCUENCIA

La relación existente entre la drogodependencia y la delincuencia es una cuestión que está muy de manifiesto en nuestra sociedad, lo cual provoca que se analice con más frecuencia y profundidad (Gómez Garvía, 2016). Ninguno de estos dos fenómenos ha sido completamente comprendido individualmente en los estudios que se han llevado a cabo hasta el momento, porque hay muchos factores que pueden actuar como “causa”. Respecto al análisis de los dos juntos, en pocas ocasiones se ha podido establecer cuál de los dos es consecuencia del otro. Desde el punto de vista de la sociología, la droga es un elemento que interfiere de forma negativa en la forma de relacionarse con los demás, provocando conflictos en las relaciones interpersonales. Lo único que queda claro es

que en ambos casos estamos hablando de “conductas desviadas”, es decir, aquellas que se llevan a cabo en contra de las leyes y las normas sociales, actos que no son considerados “normales” de acuerdo a nuestra cultura y creencias (Gómez Garvía, 2016).

No se puede afirmar que aquellos con drogodependencias y/u otros trastornos mentales vayan a ser delincuentes, debido a que hay muchos consumidores de drogas que no cometen delitos así como individuos que llevan a cabo ilícitos que no consumen drogas (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2007). Lo que sí es cierto es que ambos tienen ausencia de apoyos en muchos casos, así como de recursos económicos, sociales, etc. Por este motivo, se ven involucrados en un proceso de adaptación continua a su situación sin estar preparados, desarrollando sentimientos de frustración y rabia. Son etiquetados como “criminales” o como “locos”, todo lo cual puede desencadenar conductas antisociales. Y la cárcel es la forma utilizada actualmente como castigo para estas personas (Lledó et al., 2014).

Ha habido en las últimas décadas un incremento tanto de personas que consumen drogas como de aquellos que cometen delitos (Jiménez Peinado, 2015). Este aumento ha afectado, sobre todo, a jóvenes y adolescentes. Pero, para poder entender bien esta problemática, es necesario mencionar que, de acuerdo con el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2005), los delitos relacionados con las drogas son únicamente los que se realizan estando la persona influenciada por sus efectos, en el contexto de mercados ilegales o yendo en contra de la legislación en esta materia.

De esta forma, se debe tener en cuenta que hay tres tipos de delincuencia en este ámbito (Delgado Bueno, 1999, citado en Jiménez Peinado, 2015): inducida, funcional y relacional. La delincuencia inducida es aquella que se da como consecuencia de la intoxicación que produce una sustancia, destacando delitos contra las personas, la libertad sexual, seguridad vial y contra la propiedad.

Por su parte, la funcional es aquella llevada a cabo con el fin principal de lograr los medios que necesita para adquirir la droga. A este respecto, priman los robos, con fuerza en las cosas o con violencia o intimidación en las personas; hurto y, a veces, delitos de falsedades.

Por último, la relacional abarca todas las conductas prohibidas que se producen en el ambiente de estas sustancias y que facilitan el consumo. Se incluyen en este grupo el cultivo, elaboración, tráfico, facilitación del consumo, etc.

También hay que tener en cuenta que en función de la situación legal de las drogas habrá más o menos delitos, es decir, esta delincuencia está estrechamente ligada a la forma en la que se legisla en materia de estas sustancias (Gómez Garvía, 2016).

Atendiendo a estas consideraciones, de acuerdo con el Informe Europeo sobre Drogas realizado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en 2017 (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017), en 2015 en la Unión Europea fueron 1,5 millones los delitos que se cometieron relacionados con estas sustancias, y más de la mitad (57%) eran infracciones que estaban relacionadas con la posesión y el consumo de cannabis. A partir de esto podemos ver cómo desde 2006 la cantidad de ilícitos en este ámbito ha aumentado considerablemente (un 31%).

Se han realizado investigaciones que demuestran que aquellas personas drogodependientes que son también delincuentes tienen un historial más largo y con un inicio más temprano en la delincuencia que en el consumo de drogas (Marquez Cervilla, 1990, citado en Jiménez Peinado, 2015).

Por su parte, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 1996 hizo una macroencuesta en la cual se cogió una muestra de 15.000 personas. Los lugares de procedencia de los mismos eran las provincias españolas en las cuales se concentraba el 80% de los delitos de todo el país, y se demostró que el motivo principal de la comisión de delitos era la dependencia a las sustancias psicotrópicas (Jiménez Peinado, 2015).

La gran parte de los estudios que se han hecho para analizar la relación drogas-delincuencia se han realizado en EEUU. La mayoría de ellos han tenido como muestra colectivos que han sido privados de libertad, tales como drogodependientes que se encuentran en tratamiento o individuos que están en la cárcel. Por ello, no se puede decir que los resultados que se han obtenido se puedan dar por válidos entre la población general. La cifra negra en delitos relacionados con drogas es muy elevada actualmente, por lo que las estadísticas oficiales no ofrecen la información real y completa (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007).

Averiguar cuál es la relación que existe entre estos dos fenómenos es esencial, ya no solo a nivel teórico, sino también a nivel práctico para poder crear las líneas generales de las políticas de drogas que se deberían adoptar. Por ello, es imprescindible seguir investigando y eliminar los obstáculos que se encuentran los investigadores con el objetivo de poder reducir tanto las cifras de delincuencia como las de consumo de drogas.

## **6. PATOLOGÍA DUAL COMO CONSECUENCIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS**

Las drogas son sustancias que han sido empleadas durante miles de años con el objetivo de provocar diversos efectos o modificar sentimientos o estados de humor. Este uso ha estado socialmente aceptado, siempre y cuando se llevase a cabo en unas condiciones determinadas. Por el contrario, están aquellos que se desvían y consumen más cantidad de la que deberían, y en situaciones en las que no se suele hacer. Algunos las toman de forma esporádica, pero hay otros que sienten impulsos de hacerlo continuamente, lo que dificulta enormemente la posibilidad de abandonar esa dependencia (Rubio et al., 2001)

Como consecuencia del consumo (sea cual sea la forma de hacerlo), puede darse comorbilidad con otros trastornos mentales, de ahí que surgiese el término “*patología dual*”. Fue definido por la Organización Mundial de la Salud en 1994 como “*coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona*” (WHO, 1994, p.32).

Hay unos 29 millones de personas consumidoras de drogas que sufren trastornos mentales relacionados con ellas, y solo uno de cada seis recibe tratamiento por ello (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016). Aquellos que presentan esta patología son personas especialmente vulnerables. Además de la exclusión social y la marginación que sufren por el hecho de ser drogodependientes, tener un trastorno psiquiátrico empeora considerablemente su situación, y se violan muchos de sus derechos fundamentales (Arana y Germán, 2005).

Puede suceder que la ingesta de estas sustancias lleve a la aparición de alguna enfermedad mental, pero también hay personas con patologías psicológicas previas que consumen y tienen dependencia. En cualquiera de estos dos casos se habla de

“*diagnóstico dual*”. Diferenciar estos dos casos no es tarea fácil, ya que es muy complicado determinar si un trastorno psicológico ha sido activado por el consumo de una droga o ya estaba presente anteriormente. Solo el tiempo puede determinar si ha sido un efecto puntual como consecuencia de la administración de la sustancia o si, por el contrario, constituye un trastorno como tal. Lo realmente importante es valorar si el trastorno va a ser una dificultad en el tratamiento de la drogodependencia, o al revés. Además, se ha analizado cuál es la etapa de la vida en la que se desarrolla la patología dual, y los resultados han demostrado que el período de edad adulta tiene una gran relevancia y que la mayoría se presentan en este momento (Ruiz Porras, 2014). Se ha demostrado también que el hecho de ser drogodependiente supone mayor riesgo para tener un problema de salud mental, y viceversa (Minoletti, 2000, citado en Arana y Germán, 2005).

Existe la posibilidad de que ambos se den en la misma persona, en un momento determinado, por azar (López Clofent, 2015). Aun así, el uno tiene influencia sobre el otro, complicando los tratamientos. El abordaje de estos casos debe ser más flexible que aquellos en los que solo se presenta una problemática. A la hora de intervenir, es necesaria la comunicación entre profesionales para proporcionar un tratamiento completo y complementario (Roncero y Casas, 2016).

El diagnóstico de la patología dual no es sencillo. El principal motivo de esto es que los efectos que produce el consumo de drogas son habitualmente similares a los síntomas de algunos trastornos mentales. Por ello, es complicado diferenciar los efectos del consumo o la abstinencia de la sintomatología de una psicopatología autónoma (Mateu et al., 2005).

En cuanto a la intervención, es una realidad que no hay muchos profesionales suficientemente capacitados y formados para abordar estos casos de forma adecuada, además de la ausencia de recursos materiales, siendo la atención de estos pacientes un desafío en la actualidad. La red FEAFES (Confederación de Salud Mental de España) en 2014 llevó a cabo un estudio en el cual entrevistaba a 95 entidades que colaboraban con ellos para saber su opinión sobre su situación actual en materia de patología dual. De éstas, destaca que 29 de ellas no tratan estos casos por no disponer de personal preparado para ello (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014).

En los últimos años se ha llegado a contemplar la posibilidad de acuñar nuevos términos como “*patología trial*” o “*multicomorbilidad*”, porque hay situaciones en las cuales una persona, además de presentar la problemática de la patología dual, tiene enfermedades como el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o Hepatitis C (Arana y Germán, 2005).

En resumen, ha quedado ampliamente demostrado que la prevalencia de la dependencia a las drogas entre personas con trastornos mentales, y viceversa, es bastante más alta que en el resto de la población, y que el tratamiento es más complejo en estos casos. Por ello y, teniendo en cuenta que el concepto de “trastorno dual” es relativamente nuevo, es imprescindible analizar más en profundidad esta patología, así como su relación con la criminalidad.

### 6.1. EPIDEMIOLOGÍA: MUESTRAS EMPLEADAS EN ESTUDIOS DE PATOLOGÍA DUAL

La investigación es la base fundamental de cualquier disciplina, para poder aprender, avanzar y mejorar en la práctica. En el caso de la patología dual, contribuye a tener mayor conocimiento y poder diseñar tratamientos que satisfagan mejor las necesidades del paciente. Se debe adaptar a sus especificidades para lograr resultados óptimos. Las investigaciones que se han hecho sobre comorbilidad entre dependencia de drogas y trastornos mentales se pueden clasificar en tres períodos diferentes: una etapa precientífica, sobre 1940, en la cual se analizaban casos clínicos pero no se llevaba a cabo ningún estudio de forma sistemática. Por otro lado, otra etapa científica, destacando Jellinek como autor principal, en la que se produjo hicieron más estudios siguiendo pautas similares, sobre todo en el alcoholismo. Por último, la era post-Jellinek, que abarca las investigaciones más recientes en esta materia (Babor, 1996, citado en Saavedra, 2001).

Son muy distintas las tasas de patología dual en unos estudios y otros. La prevalencia de la misma varía en función de las características que tengan las personas seleccionadas para la muestra y, en patología dual, existen varios tipos de poblaciones (Rubio et al., 2003): la población general, personas en atención médica primaria, individuos ingresados en centros psiquiátricos o de desintoxicación, así como población penitenciaria, jóvenes y adolescentes y mujeres.

Por un lado, se encuentra la **población general**. Son investigaciones que requieren más esfuerzo y financiación que el resto, ya que se llevan a cabo mediante entrevistas a una muestra representativa. Roncero y Casas en 2016 hicieron una recopilación de los estudios más relevantes que se han hecho a lo largo de las últimas décadas, a nivel internacional, empleando muestras de la población general:

- *National Comorbidity Survey (NCS)*: se hizo en EEUU entre 1990 y 1992. En este caso, el trastorno dual tenía una prevalencia (a lo largo de la vida) de un 51% de la muestra seleccionada. Además, de entre los que tenían una patología psiquiátrica, un 50,9% habían presentado anteriormente, en algún momento de su vida, un problema de dependencia a las drogas. En cuanto a los últimos 12 meses, el porcentaje de patología dual desciende a un 42,7% y a un 14,7% el porcentaje de individuos con una enfermedad mental que habían tenido un consumo problemático de sustancias.

Esta investigación tuvo una continuación, el NCS-2. Se hizo entre 2001 y 2003 y, en este caso, se empleó una parte de la muestra seleccionada para el estudio original para comprobar cuál había sido la evolución. Quedó demostrado en este trabajo que el hecho de tener un trastorno mental es considerado un factor de riesgo para desarrollar un trastorno por uso de sustancias. Posteriormente, se hace el NCS-R utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV para actualizar los resultados, y éstos son prácticamente los mismos a los que se obtuvieron en el primer NCS.

- *International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE)*: fue realizado en 1998 por la OMS con la finalidad de comparar las tasas de trastornos mentales y patología dual en distintos países. En todos ellos se empleó la misma metodología y los mismos criterios diagnósticos para hacerlos comparables. Los resultados mostraron elevadas tasas de comorbilidad, y el alcohol resultó ser la sustancia que menos relación tenía con otros trastornos mentales. Respecto al resto de drogas, de entre aquellos que presentaban dependencia en torno a un 35% de ellos había cumplido, en algún momento de su vida, los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo, un 45% trastorno de ansiedad, 50% trastornos de la conducta y 50% trastorno antisocial de la personalidad.
- *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*: se hizo en EEUU entre 2001 y 2002 utilizando los criterios diagnósticos del



DSM-IV. Tres años más tarde (2004-2005) se llevó a cabo el NESARC-II con la misma muestra para ver la evolución de las tasas de comorbilidad, añadiendo otros trastornos que no habían sido incluidos en el primero (como, por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Los resultados obtenidos fueron los siguientes: un 30,9% de los que tenían en el estudio original un trastorno por uso de sustancias lo seguían teniendo. Para explicar esto, se vio que el hecho de tener diagnosticado un trastorno de la personalidad era un predictor de bastante relevancia.

Más recientemente, entre 2012-2013 y con una muestra distinta, se hizo el NESARC-III, empleando el DSM-5 como guía. El elemento novedoso de este estudio es que quedó demostrado que la dependencia al alcohol puede relacionarse con trastornos del pánico, fobias y trastorno de ansiedad generalizado, patologías que no habían sido muy mencionadas en este campo hasta ese momento.

- *National European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*: entre 2001 y 2003 se realizó esta investigación de metodología transversal para obtener datos sobre las tasas de patología dual. Durante un año se analizó la evolución del trastorno dual, y se demostró que la dependencia al alcohol tenía una fuerte relación con intentos suicidas. El problema es que tan solo abarca trastornos como el de ansiedad, depresión y trastornos por uso de alcohol.

Por otro lado, se encuentra la **atención médica primaria**. Abarca a aquellos que acuden al médico en busca de ayuda por la presencia de síntomas que le causan malestar (ya sea por la presencia de un trastorno mental no diagnosticado, dependencia o ambas). En algunas ocasiones se les diagnostica patología dual (comorbilidad visible) o sucede lo explicado anteriormente, y solo se diagnostica uno de los trastornos (comorbilidad oculta). Son derivados a la red de salud mental o al tratamiento ambulatorio de abuso y dependencia de sustancias, y pasan a formar parte de otro de los grupos que ha sido ampliamente analizado: individuos en tratamiento ambulatorio (Arias et al., 2013).

Los estudios que se han hecho empleando esta muestra presentan coincidencias: todos ellos muestran altas tasas de patología dual. Las enfermedades mentales que se presentan con mayor frecuencia son la depresión, el trastorno de estrés postraumático, fobias y trastorno antisocial de la personalidad. Roncero y Casas (2016), además de afirmar esto, hacen un análisis de las investigaciones realizadas sobre estos pacientes.

Aquí el *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) es el estudio europeo más destacado y analizó sujetos que tenían un trastorno por uso de sustancias. La gran mayoría de ellos tenían síntomas de enfermedades psiquiátricas, más en mujeres que en hombres. Un 20% de ellos había recibido en los dos años anteriores tratamiento por parte de un psiquiatra. Los demás estudios tienden a confirmar estos resultados, es decir, muestran una prevalencia muy elevada de comorbilidad.

En España, el denominado *Estudio Madrid* (Arias et al., 2013) es el de más relevancia hasta el momento. Mostraba que un 61,8% de la muestra seleccionada tenía patología dual, 36,1% en los pacientes de la red de salud mental y 70,3% en la de toxicomanías. Este último porcentaje tan elevado supone que los profesionales de estos centros tienen que estar debidamente preparados para manejar este tipo de pacientes. El 78,1% de los pacientes duales eran hombres, la mayoría con estudios primarios, y un 21,9% presentaba Hepatitis B o C. Además, hacen la apreciación de que las cifras que han obtenido pueden no corresponderse con la realidad, por la existencia de muchos casos que no han sido diagnosticados de forma adecuada.

Hay, además, personas que no han tenido suficiente con la atención primaria y requieren de un **ingreso en centros psiquiátricos o unidades psiquiátricas de hospitales**, muestras que han sido de especial interés en muchas investigaciones. Son casos más graves y por ello necesitan hospitalización.

En el Hospital de Basurto se llevó a cabo una investigación en la cual el objeto de estudio fueron personas que habían sido ingresadas como consecuencia de un trastorno esquizofrénico. En el momento en el que se les dio el alta, un 15% presentaba dependencia a drogas. Con el tiempo, se volvió a analizar la misma muestra, y ese porcentaje ascendía hasta un 35,6%. Esto demuestra que, tras la detección del trastorno, aumenta el consumo (Guimón, 1989).

En 2008 en el hospital 12 de Octubre de Madrid se hizo un análisis de las historias clínicas de 257 pacientes que habían sido internados bien por derivación de atención primaria bien porque habían acudido a urgencias del centro hospitalario. Se vio que un 24,9% de ellos presentaban dependencia o abuso de sustancias (sin incluir el tabaco) junto con otro trastorno mental. De los mismos, un 81,2% tenían esquizofrenia o psicosis esquizofreniforme (frente al 35,1% entre aquellos que no tenían problemas con

las drogas). La depresión, por otra parte, era menor en personas con patología dual que en el resto (Rodríguez-Jiménez et al., 2008).

Otro estudio relevante en este ámbito es el realizado por Esfors Hernández et al. (2014) en el cual seleccionaron como muestra personas que se encontraban ingresadas en la Unidad de Hospitalización del Programa de Patología Dual de Castellón. El punto positivo de este trabajo es que tiene una metodología transversal, y analiza la evolución de la muestra a lo largo de un año. La edad media de estos sujetos era de 36,7 años, siendo más hombres (80%) que mujeres. Los trastornos que presentaban mayor comorbilidad eran trastornos psicóticos (45,5%), de la personalidad (20,7%), demencias (11,7%) y trastornos del estado de ánimo (10,4%). Por otro lado, las sustancias más consumidas eran alcohol, cocaína, cannabis y opiáceos.

El estudio más importante sobre patología dual porque fue pionero y abarca todas las muestras que se han explicado hasta ahora es el “*Epidemiological Catchment Area*”, conocido como ECA. Fue realizado entre 1980 y 1985 por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Se tuvo en cuenta si los sujetos analizados habían recibido algún tratamiento psicológico o psiquiátrico anteriormente, dividiendo la muestra en dos grupos: tratados y no tratados. Además, le diferencia de la mayoría de los estudios que se habían hecho hasta el momento en que emplea mecanismos para diferenciarlos efectos secundarios de la sustancia de síntomas de una patología independiente. De esta manera, las tasas de comorbilidad son mucho más fiables (Reiger et al., 1990, citado en Rubio et al., 2001).

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: el trastorno de personalidad antisocial presentó comorbilidad en un 83,6% de personas con abuso o dependencia a las drogas, siendo la enfermedad con un porcentaje de patología dual más elevado que el resto. El trastorno bipolar era el siguiente más frecuente (60,7%), siendo especialmente relevante ya que quienes lo tienen diagnosticado tienen un riesgo 11 veces mayor de consumir drogas que la población general.

Por otro lado, la proporción de pacientes que padecían esquizofrenia entre drogodependientes era significativamente superior que en individuos sanos (47% y 1,5% respectivamente). Respecto a la probabilidad de consumir, era seis veces mayor entre esquizofrénicos que entre aquellos que no presentan ninguna alteración

psiquiátrica. El trastorno de angustia y el obsesivo-compulsivo también presentaban tasas elevadas de comorbilidad.

Finalmente, destacar que hay otras muestras que, a pesar de que no se hayan estudiado tanto como las mencionadas anteriormente, también han sido protagonistas en los últimos años. Se incluirían aquí la **población penitenciaria, mujeres y jóvenes y adolescentes**. Las investigaciones han aumentado en estos ámbitos como consecuencia de que ha habido un aumento considerable consumo desde hace unas décadas hasta ahora, y se ha reducido considerablemente la edad de inicio (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013). Todos ellos van a ser explicados con mayor profundidad a lo largo del trabajo.

## 6.2. HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

Para comprender mejor este fenómeno, a lo largo del tiempo se ha estudiado considerablemente la forma en la que la drogodependencia y el trastorno mental se pueden relacionar en el momento de aparición del trastorno dual. Para ello, diferentes autores han aportado diversas hipótesis:

### *6.2.1. El trastorno por consumo de sustancias es el que provoca que aparezca un problema de salud mental* (López Clofent, 2015).

Hay investigaciones que demuestran que el abuso de drogas puede producir o empeorar trastornos psicológicos de tipo afectivo, de la conducta, de ansiedad, depresión, etc.

Cabe la posibilidad de que la aparición de síntomas que anteriormente no estaban presentes se produzca por la intoxicación por una sustancia o como consecuencia el síndrome de abstinencia, lo cual podría ser considerado como un Trastorno Mental Inducido por Sustancias de acuerdo con el DSM-5. Respecto a la comorbilidad del trastorno mental inducido con un Trastorno por Consumo de Sustancias, la mayoría de los estudios explican que no se pueden dar los dos juntos, pero Zimberg apuesta por lo contrario, acuñándolo “Diagnóstico Dual Tipo II” (Solomon et al., 1996, citado en Santis Barros y Casas, 1999).

Dentro de esta hipótesis hay que destacar el modelo diátesis-estrés, que se trata de una teoría que establece que el hecho de consumir sustancias psicotrópicas actúa como

un desencadenante de un trastorno mental en los casos en los que una persona es especialmente vulnerable por sus características personales. La droga, por tanto, no es más que un factor que actúa como precipitador. Ha tenido un considerable apoyo empírico porque ha quedado demostrado que el consumo está relacionado con la aparición temprana de la patología psiquiátrica (Roncero y Casas, 2016).

- **Estudios sobre esta hipótesis etiológica**

Muchas de las investigaciones en este ámbito utilizan una metodología *transversal*. Guimón, en 1989, hizo una revisión de alguna de ellas, entre las que se encuentra la llevada a cabo por Amy Dryman, en 1989, que demostró que el abuso de alcohol provocaba un aumento en la aparición de ansiedad, depresión, hostilidad, y otros síntomas, independientemente del género. Por otro lado está el estudio de Kleiman, en 1990, que demostró que el 47% de una muestra formada por personas adictas a la cocaína tenían depresión, así como trastorno de la personalidad antisocial (21%), borderline (18%) y conducta autodestructiva (18%). Además Guimón et al. (1989) llevaron a cabo una investigación entre la población general de Bizkaia. Descubrieron que, con el aumento del consumo de cannabis, alucinógenos, estimulantes y tranquilizantes aumentaba también la depresión, la ansiedad y la hostilidad.

El problema es que existen contradicciones con otras investigaciones de este tipo, que determinan lo contrario, por lo que no se establece una relación causal clara entre los síntomas que se manifiestan como consecuencia de la afección mental y el consumo dependiente de drogas o fármacos (Guimón, 1989).

Los estudios *longitudinales*, sin embargo, arrojan mayor luz sobre esta relación causal. Por un lado, el anteriormente mencionado proyecto E.C.A. (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, 1980-1985) comprobó mediante una encuesta en la población general que el riesgo de tener síntomas psicóticos era bastante mayor en personas que consumen alcohol, marihuana, cocaína, ansiolíticos y otras drogas que en aquellos que no consumen (viéndose que hay más probabilidad en hombres que en mujeres).

Por su parte, sustancias como LSD, cocaína y anfetaminas puede llevar a la aparición de cuadros de esquizofrenia, y el cannabis tiene la capacidad de producir episodios psicóticos breves. También ha habido casos en los que se han apreciado síntomas de

esquizofrenia, pero no se ha podido comprobar que la causa sea el cannabis. Por ello, solo se puede considerar como un factor de riesgo en el desarrollo de una psicosis de tipo esquizofrénico (Guimón, 1989).

#### *6.2.2. Presencia de una enfermedad mental que predispone a que se dé un problema de abuso o dependencia de drogas* (López Clofent, 2015)

Existen varios modelos explicativos. El primero de ellos es la “hipótesis de la automedicación”, que fue desarrollada por Khantzian en 1985 (Raposo Hernández e Ivanov Batolsky, 2016). Según Rubio et al. (2001), es aquella que explicaría que la droga es una herramienta empleada por el enfermo mental o por personas con estados psicológicos “insoportables” para intentar contrarrestar el sufrimiento que le producen los síntomas del trastorno.

Los expertos han realizado distintas formulaciones de esta idea. La primera de ellas, y la más estricta, es la que defiende que existe un trastorno mental que produce en el individuo una serie de síntomas, y el consumo de sustancias psicotrópicas tiene el objetivo de hacerlos desaparecer o, al menos, mejorarlos. Khantzian, en este sentido, realizó estudios en los cuales relacionó los problemas psicológicos con el tipo de droga que la persona tiende a consumir. De esta forma, aquellos que tienen ansiedad y reaccionan con agresividad consumen opioides, porque tienen efectos de relajación. Por otro lado, quienes tienen síntomas depresivos tienden a consumir cocaína para experimentar una mayor excitación, y personas con trastornos de déficit de atención (hiperactividad) optan por los psicoestimulantes. En cualquiera de estos casos, si se consiguen los efectos deseados, hay una elevada probabilidad de que se siga consumiendo y se desarrolle un problema de abuso o dependencia de la sustancia (Rubio et al., 2001).

Es una hipótesis que ha recibido cierto apoyo empírico. Varias investigaciones demostraron que, en personas que tienen diagnosticada esquizofrenia, el consumo de drogas mejora la sintomatología negativa. (Roncero y Casas, 2016).

Rubio et al. en 2001 recogieron una serie de resultados de estudios realizados en esta materia. Entre ellos se encuentra el trabajo de Kostal et al. en 1986 que demostró que la presencia o reaparición de síntomas depresivos aumentan de forma significativa las

recaídas en el consumo de opioides. Sin embargo, es complicado establecer una relación causa-efecto entre el trastorno mental y la droga.

Por otra parte, dentro de esa recopilación también se encuentra la investigación de Castaneda et al. (1994), en la cual se intentó confirmar la hipótesis partiendo de la idea de que la automedicación se produce solo en los casos en los que la persona que consume espera conseguir, con ello, una mejora de los síntomas que presenta como consecuencia del trastorno mental que padece. Para eso, diseñaron una encuesta mediante la cual comprobaron que solo en consumos problemáticos de heroína se tiene la creencia de que los síntomas van a verse aliviados. Por parte del alcohol y la cocaína, los pacientes eran conscientes de que su sintomatología no iba a mejorar, sino que todo lo contrario y, sin embargo, no dejaban de consumir.

Otra formulación de esta hipótesis, un poco más flexible que la anterior, es la que opta por el consumo de sustancias como una manera que tiene el enfermo mental de recudir el malestar que le produce su patología. Defiende que es el trastorno mental el causante del consumo pero no de manera independiente, sino unido a otros factores de riesgo. Es sobre la que más se ha estudiado y, en las últimas décadas, se está trabajando en cuatro líneas de investigación diferentes respecto a esta teoría (Casas, 2007):

- *El individuo presenta una disfunción en el sistema nervioso central (SNC) y, como consecuencia, presenta otro tipo de problemas en distintos ámbitos de su vida. Esto le lleva a consumir drogas intentando mejorar su situación.*
- *Presencia de factores de vulnerabilidad hacia la dependencia en el sistema central, lo cual llevará a desarrollar disfunciones diversas, así como síntomas psicopatológicos, en el momento del consumo. Pueden ser graves o, incluso, permanentes.*
- *Existencia de un trastorno mental previo al consumo como factor de riesgo para desarrollar dependencia.* La hipótesis de la automedicación, en este caso, apuesta por que estas personas toman drogas para evitar los efectos secundarios que producen los fármacos recetados.

➤ *Algunos individuos presentan especial vulnerabilidad al consumo de determinadas sustancias, desarrollando trastornos mentales graves y duraderos, de difícil tratamiento si no se abandonan las drogas.*

En cualquier caso, si se somete a terapias o toma medicamentos bajo prescripción médica pero no obtiene resultados satisfactorios, antes o después volverá al consumo con la intención de conseguir eso que los fármacos no le proporcionan (Bizzarri et al., 2009, citado en Torrens et al., 2015).

El segundo modelo explicativo es la *acumulación de riesgos*. Algunos autores defienden que aquellas personas que han sido diagnosticadas de un trastorno mental tienen más probabilidades de acabar consumiendo drogas debido a que tienen un nivel educativo inferior, están en una mala situación económica, sus habilidades cognitivas se encuentran deterioradas y tienen un nivel de vida y unas circunstancias peores que aquellos que no tienen ninguna patología. De esta manera, sería todo esto lo que le llevaría a consumir. Esta hipótesis, sin embargo, no ha recibido apoyo empírico como para ser contrastada (Roncero y Casas, 2016).

- **Estudios sobre esta hipótesis etiológica**

Si hablamos, concretamente, sobre la esquizofrenia, algunas investigaciones han demostrado que un porcentaje superior al 60% de pacientes que han sido diagnosticados de esta enfermedad termina abusando de drogas consideradas “ilegales”. Por esto, se confirma que personas esquizofrénicas tienen más problemas de dependencia a las drogas que el resto de la población general. Además, prefieren drogas estimulantes frente a las demás (Alterman y cols. 1990, citado en Guimón, 1989).

En cuanto al trastorno antisocial de la personalidad, la relación que tiene el paciente con las drogas es bastante compleja. En este sentido, cabe la posibilidad de que haya psicópatas con síntomas de ansiedad, depresión, inquietud, etc., los cuales responden al tratamiento de manera más favorable, y también los hay que no presentan este tipo de sintomatología (Alterman, 1990, citado en Guimón, 1989).

### ***6.2.3. Los dos trastornos aparecen de forma independiente el uno del otro***

En este sentido se puede hablar de la *hipótesis de la sintomatología primaria*, la cual defiende que, tanto el consumo de drogas como el trastorno mental, deben ser



considerados conjuntamente como síntomas de patología dual. De esta manera, no hay una patología primaria y otra que surja como consecuencia de la misma, sino que las dos aparecen de forma independiente la una de la otra y son igual de relevantes. Muchas teorías, sin embargo, no apoyan este planteamiento como el mayoritario (Roncero y Casas, 2016).

#### *6.2.4. La patología dual se ha desencadenado como consecuencia de un factor común de vulnerabilidad*

Este factor puede ser biológico (como, por ejemplo, una alteración en el sistema de neurotransmisores), psicológico (malas experiencias, traumas, trastornos mentales previos, impulsividad, ansiedad, etc.) o relacionado con el ambiente (circunstancias de vida, apoyo social, pobreza, etc.), interactuando entre ellos y dando lugar a la patología dual (Arana y Germán, 2005).

Sin embargo, también hay otras vías de investigación abiertas, como las basadas en los elementos ambientales y su influencia en el comportamiento como causa de la patología dual, teniendo que tenerla en cuenta de cara al futuro de cara a analizar el origen de los dos trastornos (Mofitt et al., 2002, citado en López Clofent, 2015).

### 6.3. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL E INTERVENCIÓN

Determinar si una persona presenta patología dual es una tarea difícil. Esto es así principalmente por la existencia de síntomas que hacen complicado discernir si son la expresión un trastorno mental independiente o si, por el contrario, son efectos esperados del consumo de la droga (Mateu et al., 2005).

Según Torrens et al. (2015), tanto las distintas versiones del DSM como el CIE-10 han hecho hincapié en la necesidad de aclarar y delimitar los criterios diagnósticos de trastornos mentales en personas consumidoras de drogas. Esto es debido a la especial problemática de estos casos y a que, como ya se ha dicho a lo largo de este trabajo, los casos de comorbilidad tienen una representación importante en nuestra sociedad actual.

La forma de abordar la comorbilidad por la A.P.A. (American Psychological Association) en las diferentes ediciones del DSM ha ido cambiando. En el DSM-III (A.P.A., 1980) y DSM-III-R (A.P.A., 1987) el diagnóstico se basaba en la existencia de

dos categorías dicotómicas: trastorno orgánico o trastorno no orgánico. Con “orgánico” hacían referencia a una enfermedad mental que había sido causada por cuestiones físicas, es decir, por un problema de salud médico o neurológico. Sin embargo, no se detallaba más y se comprobó a través de numerosas investigaciones que este sistema no tenía fiabilidad ni validez. Era necesario crear otro método de diagnóstico y, por ello, el DSM-IV (A.P.A., 1995) sustituyó estas dos categorías por otras tres más precisas, (Torrens et al., 2015):

- **Efectos esperados del consumo:** se dan cuando no se aplican ni los criterios para un trastorno primario ni los de un trastorno inducido por sustancias. Son aquellos que pueden ser iguales a los de otra patología, pero que, sin embargo, se pueden esperar como consecuencia del abuso o dependencia de una sustancia. Cada droga tiene unos efectos propios, que varían también en función de las características de la persona.
- **Trastorno inducido por sustancias** se da cuando se ha descartado la opción de un trastorno primario. El episodio se debe dar durante el consumo de las sustancias o dentro de las cuatro semanas siguientes al cese del mismo. Además, los síntomas deben ser más intensos de lo que se esperaría por intoxicación o abstinencia.
- **Un trastorno primario** se diagnostica cuando la sintomatología que se presenta no es consecuencia de los efectos fisiológicos de la droga. Para hacerlo más fácil, se han determinado cuatro condiciones bajo las cuales un episodio que se da junto con la intoxicación por sustancias o la abstinencia se puede considerar un trastorno primario: cuando los síntomas son significativamente superiores a lo estimado por la cantidad de droga consumida o la duración que se espera; si hay un historial en el cual se demuestra la existencia de otros episodios anteriores estando ausentes sustancias psicotrópicas; en caso de que los síntomas se hayan iniciado antes de consumir o si la sintomatología sigue presente un tiempo después de que se acabe la intoxicación o la abstinencia (es decir, al menos un mes).

Para realizar el diagnóstico en patología dual se utilizan tres tipos de herramientas: entrevistas diagnósticas, cuestionarios autoaplicados y cuestionarios que son específicos para ciertas drogas. Algunos de estos instrumentos vienen recogidos en la siguiente tabla (Roncero y Casas, 2016):

| Entrevistas diagnósticas   | Cuestionarios autoaplicados   | Cuestionarios específicos  |
|--|---|--|
| <i>EuropASI</i> : entrevista empleada en Europa que valora el nivel de gravedad de la dependencia.   | <i>BDI</i> : Inventario de depresión de Beck.                       | <i>CCQ</i> : mide las ganas que tiene la persona de consumir cocaína.  |
| <i>SDSS</i> : igual que la anterior, es su versión española.   | <i>STAI</i> : Inventario de Ansiedad.                               | <i>EMCA</i> (Escala Multidimensional del Craving de Alcohol): para pacientes alcohólicos.                                |
| <i>SCID I y II</i> : ambos emplean los criterios del DSM-IV y diagnostican trastornos del eje I (por ejemplo, de ansiedad) y II (de personalidad) respectivamente. | <i>ZKPQ</i> : Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman.    | <i>OWS</i> : evalúa los síntomas relativos al síndrome de abstinencia de drogas pertenecientes al grupo de los opiáceos. |
| <i>PRISM</i> (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders): ayuda a distinguir entre enfermedad mental primaria e inducida por las drogas.   | <i>BIS-11</i> : Escala que mide la impulsividad.                    | <i>FTND</i> (Fagerström Test of Nicotine Dependence): para la nicotina.  |
| <i>CAADID</i> (Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV): para diagnosticar el TDAH.   | <i>SF 36</i> : valora cómo está la persona a nivel físico y mental. | <i>AUDIT</i> : cuestionario dirigido a diagnosticar trastornos por uso del alcohol.                                      |

Una vez que se ha diagnosticado la patología dual, a la hora de intervenir con estos pacientes, actualmente no hay acuerdo entre los profesionales sobre la forma en la que se debe hacer. Existen dos preguntas fundamentales: cómo tratar estos casos y dónde hacerlo (Roncero y Casas, 2016).

En cuanto a *cómo*, se puede hacer mediante fármacos o llevando a cabo terapia con profesionales de la psicología. En este sentido, es necesario destacar que los medicamentos no están suficientemente desarrollados para tratar el problema de dependencia a las drogas y el trastorno mental a la misma vez. La consecuencia de ello es que en muchas ocasiones se sobre-medica y se corre el riesgo de que estos químicos interactúen entre sí, o con la droga que se consume, y produzcan efectos negativos. Es imprescindible darle mayor importancia de la que se le da a la asistencia psicológica. Sin embargo, se deben buscar nuevas técnicas ya que la efectividad de las utilizadas hoy en día es muy baja de acuerdo a estudios realizados al respecto (Torrens et al., 2012, citado en Roncero y Casas, 2016).

Si nos centramos en *dónde* tratar los casos de patología dual, uno de los mayores problemas es que la red de salud mental y la de adicciones se encuentran totalmente

separadas la una de la otra. Es la principal dificultad para obtener resultados óptimos en el tratamiento. En este nivel, según Roncero y Casas (2016) existen tres modelos de intervención:

- **Modelo secuencial:** esta técnica consiste en tratar primero uno de los dos trastornos, dejando el otro a un lado hasta que el primero se estabiliza. Es ahí cuando se inicia la segunda intervención y se atiende la otra patología. La única relación que existe entre las dos redes de las que se ha hablado es que el paciente es derivado de una a otra. Es una técnica que presenta numerosas limitaciones, ya que la dependencia a las drogas y el trastorno mental no deben ser vistos como dos problemas independientes, sino que se influyen mutuamente y se deben tratar de forma conjunta. Por ello, las tasas de recaídas son bastante elevadas.
- **Modelo paralelo:** las dos patologías se tratan a la vez, pero en dos redes diferenciadas y alejadas. Por lo general, la forma de intervenir de los profesionales de los centros de investigación, de psicólogos y de psiquiatras es bastante diferente, lo cual implica una dificultad añadida. Muchos pacientes con patología dual, además, no son derivados a uno de estos servicios, por lo que solo reciben tratamiento de uno de sus trastornos y se enfrentan a la incertidumbre de si éste va a dar los resultados esperados.
- **Modelo integrado:** según algunos estudios, es la forma más efectiva de abordar los casos de comorbilidad entre drogodependencia y trastornos mentales. Lo que se pretende es conseguir un abordaje integral uniendo las dos redes fundamentales de este proceso. Sin embargo, este modelo no existe actualmente en nuestro país y hay grandes dificultades para que se pueda lograr. Se han creado servicios que intentan acercarse como, por ejemplo, las comunidades residenciales de patología dual, pero aún queda mucho por hacer.

Han sido varias las sugerencias que se han hecho a nivel internacional sobre la forma en la que se debe realizar el tratamiento de pacientes con patología dual. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003) propuso que era necesario clasificar a las personas con adicción a las drogas dependiendo de sus características y del trastorno mental para poder hacer una intervención adecuada con cada uno de ellos. Para eso es necesario tener en cuenta las características personales, nivel de estudios, situación económica, familiar, tipo de consumo, factores de riesgo y protección, etc.

El NIDA (Instituto sobre Abuso de Drogas) pone énfasis en lo imprescindible que es atender a las necesidades de cada persona y tener en cuenta todas las características personales que se acaban de mencionar en el párrafo anterior (Kirschman Mc Kenzie, 2014).

En definitiva, cualquier intervención con personas que tienen patología dual debe empezar por un diagnóstico adecuado, para poder diseñar un tratamiento a medida de sus necesidades. Es imprescindible formar mejor a los profesionales que intervienen en el proceso y, además, la investigación debe ir más allá para desarrollar técnicas que permitan obtener mejores resultados. Por último, y lo más importante, hay que unir las redes de salud mental y adicciones o, por lo menos, acercarlas más (Roncero y Casas, 2016).

#### 6.4. DIFICULTADES EN LA INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL

Hay diversos aspectos que han dificultado mucho que se haga una valoración adecuada de la patología dual, así como la investigación y el tratamiento, ya que es un campo que aún debe tener mucho desarrollo:

##### ***La ausencia de conocimiento sobre los efectos de las drogas***

Aún es necesario formar a los profesionales en materia de patología dual, ya que hoy en día no se suele tener en consideración que las sustancias psicotrópicas tienen consecuencias diferentes en personas mentalmente sanas que en quienes presentan un trastorno mental adicional (Bobes et al., 2011).

##### ***Algunos autores consideran que no se puede dar comorbilidad entre drogodependencia y un trastorno de la personalidad***

Esto se debe a que, para ellos, los síntomas no se corresponden con una enfermedad independiente, sino que forman parte de la conducta y del estilo de vida de la persona adicta. Sin embargo, la mayoría de los estudios incluyen los trastornos de la personalidad en casos de comorbilidad. En esta línea, la investigación de Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000) ha afirmado que los trastornos que más se presentan relacionados con la dependencia a las drogas son los trastornos de la personalidad (Arana y Germán, 2005).

*Algunos autores piensan que es un problema la consideración de la drogodependencia como una enfermedad mental o, incluso, como un problema social.*

Opinan que, con esta concepción, se está dejando a un lado la visión la adicción como una enfermedad cerebral, la cual debe ser tenida en cuenta. En los últimos años se ha recuperado este punto de vista, apoyándolo con estudios y trasladando el tratamiento al ámbito de la biomedicina (Bobes et al., 2011).

*Dificultad para determinar el momento apropiado para realizar la entrevista diagnóstica*

Es un inconveniente diagnóstico bastante importante. La situación en la que se encuentra el paciente, su gravedad y los síntomas varían a lo largo del tiempo, no se mantienen estables, por lo que es esencial saber cuándo entrevistarle (Rubio et al., 2001).

*En muchos casos solo se diagnostica uno u otro*

El tratamiento en estos casos no es efectivo. Está demostrado que es mucho más difícil tratar casos en los que se presenta un trastorno mental junto con una drogodependencia que si aparecen por separado. Estos profesionales se encuentran con casos en los cuales existe un trastorno por uso de sustancias que puede influir de forma negativa en el otro trastorno mental, y al revés también. Por ello, hay veces que se tiende a diagnosticar solo uno de ellos, evitando, así, tener que hacer un abordaje más complejo, que es todo un reto en el ámbito clínico (Rubio, 2000, citado en Arana y Germán, 2005).

*La separación que hay entre las redes clínicas relativas a drogodependencias y trastornos mentales*

Esto lo que produce es una gran dificultad en el abordaje de estos casos, ya que es un problema tratado desde dos puntos de vista diferenciados. A lo que se ha llegado es a tener en cuenta el síndrome calificado como “de la puerta equivocada” (Szerman, 2017), para hacer referencia a que estas personas van de una red a otra, pero no consiguen un tratamiento integral para resolver su problema. Son pacientes cuyo tratamiento entraña una mayor dificultad y, en la mayoría de los casos, están mal atendidos. Esto sucede

porque su perfil no encaja ni en los centros que tratan problemas de salud mental ni en aquellos para personas con dependencia a las drogas (Rego, 2002, citado en Arana y Germán, 2005).

La consecuencia de esto es la existencia de profesionales muy cualificados en su ámbito, pero sin formación suficiente para tratar los casos de patología dual (Vega et al., 2015).

### ***Insuficiencia de recursos y falta de programas específicos para pacientes de patología dual***

Existe cierto consenso respecto a la necesidad de que estos casos se traten atendiendo a las necesidades de las personas a las que se está tratando pero, en la realidad, esto no se hace a pesar de que últimamente se están desarrollando algunas propuestas de intervención que podrían ser más efectivas. Los propios profesionales reconocen la existencia de este problema (Szerman et al., 2014, citado en Vega et al., 2015).

### ***Ausencia de conocimiento por parte de los profesionales de los recursos existentes***

Vega et al. (2015) hicieron una revisión de una encuesta realizada por Szerman et al. en 2014 en la cual se recabó la opinión de los profesionales que participan en la intervención de los casos de patología dual. En ella se demostró que no conocían todos los medios de ayuda que existen para este tipo de pacientes.

### ***Problemas relacionados con la investigación***

La presencia de numerosos estudios transversales sobre patología dual y muy pocos longitudinales. Los longitudinales permiten hacer una valoración adecuada de la evolución que tienen los casos de patología dual, ya que analizan distintos momentos de la enfermedad a diferencia que los transversales, que no tienen esa capacidad. A pesar de esto, han sido mayoritarios estos últimos (Bobes et al., 2011).

En muchos estudios ha existido una tendencia general de dar por hecho relaciones de causalidad entre el consumo de drogas y aparición de otro trastorno mental sin haber evidencia empírica suficiente que lo avalase (Miller, 1995, citado en Rubio et al., 2001).

Según Rubio et al. (2001), es imprescindible tener en cuenta las muestras que se emplean en cada trabajo, porque las tasas de prevalencia de patología dual no va a ser la

misma entre la población general que en personas con trastornos psiquiátricos diagnosticados. Además, no todos utilizan los mismos criterios diagnósticos, lo cual puede dar lugar a errores si se hacen comparaciones de las tasas de prevalencia de la patología dual.

## **7. ALGUNOS TRASTORNOS UNIDOS A ADICCIONES Y TRATAMIENTO**

### **7.1. PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA**

Las personas con psicosis son un colectivo de bastante relevancia dentro de la sociedad. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), esta patología puede ser definida como una enfermedad mental que tiene gran importancia y cuya característica principal es la existencia de alucinaciones, delirios y otros trastornos del comportamiento (Ortuño y Gutiérrez-Rojas, 2011). Sus síntomas afectan a numerosos ámbitos de su vida, tienen muchas limitaciones y, además, sus relaciones interpersonales se deterioran de forma considerable (Tizón, 2013).

La esquizofrenia es un trastorno que se encuentra dentro de la psicosis y, según el DSM-5 (A.P.A., 2013), los síntomas más significativos y de los cuales deben estar presentes al menos dos son delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos como, por ejemplo, expresión emotiva disminuida. Para que se pueda diagnosticar es necesario que los signos estén presentes al menos seis meses. Además, hay que tener en cuenta que por un período de tiempo significativo uno o más aspectos como las relaciones con los demás, el cuidado personal o el ámbito laboral se ven claramente afectados. Un aspecto relevante es que, para que se pueda diagnosticar como trastorno ajeno al consumo, debe constatarse que no se puede atribuir al consumo de sustancias.

Los pacientes diagnosticados con esta patología que presentan comorbilidad, en su gran mayoría, es con un trastorno por uso de sustancias. Aquellos que tienen este tipo de patología dual tienen características específicas como, por ejemplo, que la edad de inicio de la psicosis es menor. La sustancia que más consumen es el tabaco, seguido del alcohol, por la facilidad de disponer de las mismas. Son diversos los motivos que pueden llevar a un esquizofrénico al consumo (Ortiz Lobo, 1998):



- **Modelo etiológico:** la psicosis es producida como consecuencia del consumo de drogas psicoactivas. Este modelo también postula por la teoría de que la adicción es un síntoma de la enfermedad mental.
- **Modelo biológico:** la persona tiene ciertas características que lo hacen más vulnerable, tanto a desarrollar dependencia a las drogas como a la aparición de la esquizofrenia.
- **Modelo de socialización:** como consecuencia de la exclusión social de los pacientes psicóticos, consumen para adaptarse a un grupo y sentirse aceptados por alguien.
- **Modelo de la automedicación:** como ya se ha explicado en otros apartados de este trabajo, algunos autores ven el consumo como una forma que tiene la persona de tratar de paliar los efectos negativos de su enfermedad o los efectos secundarios de la medicación.
- **Modelo de independencia:** hay expertos que apuestan por la hipótesis de que el consumo problemático de drogas y la esquizofrenia se presentan de forma independiente y no se influyen entre sí.

Ha quedado demostrado que el género es un factor a tener en cuenta a la hora de analizar la patología dual entre personas esquizofrénicas, ya que las mujeres presentan resultados de recuperación más positivos que los hombres. Esto se debe básicamente porque la aparición de los trastornos se produce en edades más avanzadas y es más fácil de tratar (Miquel et al., 2013, citado en Roncero y Casas, 2016).

Según Roncero y Casas (2016), es imprescindible diferenciar los tipos de sustancias, ya que cada una de ellas tiene un efecto diferente en el paciente y sus síntomas:

### *7.1.1. Psicosis y consumo de estimulantes*

Son escasos los datos que se tienen al respecto, ya que se han hecho pocos estudios y las tasas de consumo son muy variables, pero la proporción de estos pacientes que consumen psicoestimulantes es cuatro veces mayor en comparación con la población general (Roncero et al., 2007, citado en Roncero et al., 2010).

El tabaco es la sustancia estimulante más consumida por personas con esquizofrenia (90%). Cabe la posibilidad de plantear políticas de reducción de daños en los casos en los que el consumo no se abandone de manera completa. La segunda droga más consumida de este tipo es la cocaína (22%-30%) y, después, la anfetamina (10%).

En cuanto a los efectos que tienen, se ha comprobado que los síntomas negativos del trastorno mental se ven disminuidos (entre ellos el aplanamiento afectivo), lo cual apoya la hipótesis de la automedicación. Sin embargo, también hay investigaciones que muestran que producen numerosos efectos secundarios y hacen más difícil la intervención, lo cual contradice lo dicho anteriormente.

### *7.1.2. Psicosis y consumo de sustancias depresoras*

Las drogas más consumidas de este grupo son el cannabis (64,4%), el alcohol (60%) y la heroína (12%). En el caso del alcohol, los pacientes psicóticos que lo consumen son tres veces más que en la población general. El cannabis merece especial mención, debido a que es la droga ilegal que más se consume actualmente en la sociedad, lo cual se refleja en personas con esquizofrenia. Es aún problemático determinar la relación que hay entre el cannabis y la psicosis, aunque se puede afirmar que este consumo es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad mental. Algunos estudios se atreven a afirmar que es incluso la causa de la misma (Roncero et al., 2010).

Estos consumos en algunos estudios han sido considerados positivos, porque actúan como ansiolíticos, además de reducir los síntomas de la esquizofrenia. Por otro lado, también se producen efectos negativos, ya que el cannabis es considerado un precipitador del desarrollo de psicosis en los grupos más vulnerables (Roncero y Casas, 2016).

El consumo de sustancias puede producir distintas complicaciones clínicas en la esquizofrenia. La más evidente es que tienen una menor adherencia al tratamiento, además de la dificultad para diagnosticar un trastorno por uso de sustancias ya que muchos de ellos niegan que tengan un problema con las drogas. Actúan de forma más violenta, las tasas de suicidio son más elevadas que las de la población general y recaen con mayor facilidad. Suelen tener problemas con la justicia y su situación laboral se ve

gravemente afectada. En resumen, el pronóstico de personas con esta patología dual es peor que el de quien tiene tan solo uno de los trastornos (Ortiz Lobo, 1998).

### 7.1.3. Diagnóstico

El diagnóstico de la psicosis en casos de patología dual es especialmente problemático porque algunas drogas tienen la capacidad de producir episodios psicóticos. Es difícil diferenciar esos episodios aislados de un trastorno mental como tal. Por todo esto, es imprescindible ver si estamos ante una *psicosis primaria* (cuando el trastorno mental no es consecuencia de una causa ajena como, por ejemplo, otra patología) o *secundaria* (cuando la esquizofrenia se desarrolla como consecuencia, por ejemplo, del consumo de sustancias) para determinar la intervención que se va a llevar a cabo (Keshavan y Kaneko, 2013).

A la hora de hacer la valoración de la situación del paciente, es necesario atender a la edad en la que se inició el consumo, la frecuencia con la que se hace el mismo, antecedentes de dependencia de drogas o de trastornos mentales en la familia, momento en el que apareció la enfermedad mental, factores de riesgo, etc. además, hay que hacer una evaluación de los síntomas que presenta el paciente y ver si en algún momento de su vida ha necesitado tratamiento psicológico o psiquiátrico. Una vez hecho esto, hay que esperar entorno a un mes de abstinencia para poder diferenciar el tipo de psicosis ante la que nos encontramos (Roncero y Casas, 2016).

### 7.1.4. Tratamiento

En el momento de tratar a pacientes con esquizofrenia y dependencia a las drogas hay que tener en cuenta que es muy escasa la evidencia empírica que se tiene sobre fármacos que sean eficaces. Los resultados son muy variables, y funcionan mejor medicamentos llamados “antipsicóticos atípicos”, es decir, los que tienen menos tiempo de historia, y se emplean más en estos casos que los clásicos. Además, cuando se emplean tratamientos que perduran durante un período de tiempo amplio, se consigue mayor adherencia por parte del paciente. Sin embargo, hay que tener cuidado con posibles interferencias de los químicos y con los efectos secundarios que se pueden producir (Roncero y Casas, 2016).

Junto con esta forma de intervenir se encuentra, de forma complementaria, la terapia psicológica. Se debe centrar en que el paciente se mantenga sin consumir, además de darle las herramientas necesarias para evitar recaídas y que se pueda enfrentar a su vida diaria sin recurrir a las drogas. Hay varias formas de llevarla a cabo: individual con el paciente, en grupo y también se puede incluir a los familiares (Roncero et al., 2010).

A parte de esto, hay que tener en cuenta que estos pacientes tienen ciertas particularidades, algunos de ellos tienen problemas con la justicia, están en situación de exclusión social o no suelen pedir ayuda a profesionales. Por todo ello, un abordaje integral es lo ideal en estos casos. El tratamiento que se diseñe para personas con esquizofrenia dual debe tener las siguientes características (Roncero y Casas, 2016):

- **Accesible:** tratar de eliminar los obstáculos que se pueden encontrar a la hora de buscar ayuda para su problema.
- **Tiene que plantear objetivos que se puedan alcanzar:** no se debe poner como condición para iniciarlo la abstinencia, sino que debe ser un objetivo y no hay que desechar la opción de optar por una política de reducción de daños, sin llegar a abandonar el consumo de manera absoluta.
- **Buscar efectividad a largo plazo:** tiene que estar adaptado a las necesidades del paciente, y se debe tener presente que es un proceso lento, no hay que hacer algo para lo que la persona aún no se encuentra preparada.
- **Participación de diferentes profesionales:** para lograr los resultados esperados, es necesario que la psicología, psiquiatría y las redes de desintoxicación participen en el proceso, habiendo unidad entre ellos.
- **Flexibilidad:** las recaídas del paciente no son un atraso en la evolución ni algo negativo, sino que se toman como parte del proceso.

Una vez que se cumplan estos requisitos, algunos autores han sugerido otros elementos que debería incluir un tratamiento integrado: hospitalización total o parcial, dependiendo de las necesidades de cada paciente y de la gravedad de su situación, contemplando la posibilidad de que el internamiento sea forzoso en caso de que sea imprescindible; análisis de sangre y orina para ver si la persona consume o no e incluir

al entorno del paciente en el tratamiento, siendo parte activa de su recuperación (Roncero et al., 2010).

## 7.2. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una patología que suele iniciarse a edades muy tempranas (durante la niñez) y que se caracteriza por la incapacidad de mantener la atención, una elevada actividad y una destacada impulsividad. Más de un 50% de los pacientes con este trastorno lo mantienen cuando se convierten en adultos, aunque se producen cambios en los síntomas. La hiperactividad disminuye de manera considerable, mientras que se mantiene la inatención y la impulsividad, lo cual puede llegar a ser un problema en el ámbito laboral (Ramos-Quiroga et al., 2007).

Son muchos los estudios de comorbilidad entre TDAH y drogodependencia que se han hecho en estos últimos años, a pesar de que la investigación en este ámbito aún debe tener mucho más desarrollo (Pedrero Pérez, 2009).

Se ha estimado que entre un 17% y un 45% de personas adultas con TDAH han tenido algún problema con el alcohol, bajando esos porcentajes hasta un 9%-30% en caso de las drogas ilegales. Por su parte, de entre aquellos con un trastorno por uso de sustancias, un 20%-30% tienen diagnosticado TDAH. Los pacientes con esta patología tienen entre 3 y 4 veces más probabilidades de desarrollar dependencia a sustancias psicotrópicas que la población general. La existencia de esta patología dual supone una gran dificultad para el tratamiento. Hay algunos factores de riesgo relacionados con el TDAH que pueden llevar al desarrollo de una drogodependencia (Morais Nogueira et al., 2014):

- Un trastorno por déficit de atención con hiperactividad grave durante la niñez.
- Sujetos con TDAH de tipo hiperactivo/impulsivo tienen más probabilidades.
- Existencia de otras enfermedades mentales junto con el TDAH de inicio en la infancia. De entre ellos, algunos autores opinan que el trastorno disocial de la personalidad es el que más predice la aparición de adicción a sustancias.
- Maltrato durante la niñez en personas con TDAH.

El *diagnóstico* de esta patología dual es un tema complicado, porque los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden confundirse con los efectos del consumo de sustancias. Se recomienda que la persona esté entre dos y cuatro semanas sin consumir. Según Morais Nogueira et al. (2014) para hacer un diagnóstico fiable es imprescindible tener en cuenta ciertos aspectos:

- Hay que realizar entrevistas y cuestionarios al paciente para valorar la sintomatología durante la infancia.
- Analizar los momentos de aparición del TDAH y del trastorno por uso de sustancias.
- Valorar los síntomas cuando no se consumen drogas por un período de tiempo.

En cuanto al *tratamiento*, existen investigaciones que han demostrado que si se trata el TDAH desde la infancia con medicamentos psicoestimulantes se puede reducir de manera considerable el riesgo de tener problemas de consumo de drogas posteriormente. Intervenir en los casos de patología dual es más complejo, ya que no hay evidencia empírica suficiente sobre los fármacos que se deberían emplear. Algunos autores han propuesto pautas sobre la forma en la que se debe llevar a cabo el tratamiento en estos casos (Levin et al., 1999, citado en Ramos-Quiroga et al., 2007): es esencial en primer lugar conseguir la estabilización del consumo y, después, tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además es imprescindible la intervención de la psicología en estas situaciones. La forma más recomendada de terapia para estos casos es la cognitivo-conductual.

### 7.3. TRASTORNOS AFECTIVOS

Los trastornos depresivos se presentan con bastante frecuencia junto con un trastorno por uso de sustancias y, además, hace que sea mucho más complicado llevar a cabo una intervención efectiva. Estos pacientes presentan más problemas a nivel funcional, responden peor al tratamiento y los síntomas tienen mayor gravedad. Aún no se ha llegado a la conclusión de cuál es la mejor manera de abordar estos casos, pero sí hay un consenso respecto a la manera de realizar el diagnóstico: es esencial esperar entre dos y cuatro semanas de abstinencia para poder comprobar si se trata de un trastorno depresivo primario o si, por el contrario, es inducido por la sustancia. Es imprescindible diferenciar por tipos de sustancias (Roncero y Casas, 2016):

### 7.3.1. Depresión y dependencia a los opiáceos

La proporción de personas depresivas que tienen un trastorno por uso de opiáceos es del 50%. Debido a que no es una tasa baja, es necesario atender a los posibles síntomas depresivos en el momento de hacer un diagnóstico. El hecho de que un drogodependiente presente rasgos de depresión supone una dificultad añadida en el intento de mantener la abstinencia (Roncero y Casas, 2016).

En el *tratamiento* es imprescindible la desaparición del consumo. Cuando el paciente lo haya conseguido o se le haya estabilizado mediante, por ejemplo, el suministro de metadona, se procederá a hacer una nueva evaluación del trastorno depresivo. En muchos pacientes, los medicamentos antidepressivos son muy importantes, ya que pueden ayudar a evitar una recaída cuando se ponga fin a la metadona. De esta forma, existen más posibilidades de obtener resultados positivos (Strain et al., 1991, citado en Roncero y Casas, 2016). Sin embargo, no significa que automáticamente la desaparición o reducción de los síntomas depresivos suponga el abandono del consumo (Mateu et al., 2005).

### 7.3.2. Depresión y dependencia al cannabis

El cannabis es la droga más consumida por personas que tienen diagnosticado un trastorno depresivo (Aspis et al., 2015, citado en Roncero y Casas, 2016). Para que sea posible diagnosticar un trastorno depresivo es necesario que los síntomas que presenta el paciente sean más de los que se esperarían como consecuencia de la intoxicación o de la abstinencia (Gutiérrez-Rojas et al., 2006).

Según Fernández-Artamendi et al. (2011), el *síndrome amotivacional* ha sido muy asociado a este tipo de consumo. Se trata de un cuadro cuyas características principales son la apatía, el desinterés, la pasividad, lentitud, menor movimiento, etc. y que afecta a diferentes ámbitos de la vida del individuo (menor rendimiento escolar o laboral, pérdida de relaciones interpersonales...). Si durante años se consume cannabis de forma habitual, puede aparecer esta patología, permaneciendo en algunos casos incluso cuando se finaliza el consumo. Aún así, no ha quedado claramente demostrado que haya una relación causal clara entre la sustancia y este síndrome.

Hay autores que defienden en estos supuestos la “*hipótesis de la automedicación*”, la cual ya ha sido explicada en este trabajo. El cannabis sería un medio a través del cual intentar reducir los síntomas depresivos. Sin embargo, hay investigaciones que demuestran que esta sustancia podría aumentar esta sintomatología (Fernández-Artamendi et al., 2011).

La mayoría de los estudios conciben este consumo como un factor de riesgo relevante para tener un trastorno afectivo, sobre todo en aquellos casos en los que éste se inicia a edades tempranas. Hay más probabilidades de desarrollar una patología depresiva cuanto más frecuente sea el consumo y en mayores cantidades. Además, las mujeres tienen más posibilidades que los hombres (Roncero y Casas, 2016).

Según Roncero y Casas (2016), en cuanto al tratamiento, algunos profesionales ven necesario tratar las dos patologías, pero de manera separada, proporcionando los fármacos y la terapia que el paciente requiera. Requisito imprescindible para la recuperación es lograr la abstinencia durante, al menos, de dos a cuatro semanas pero, en la práctica, no se espera hasta ese momento y se hace una valoración de la gravedad del paciente en función de su malestar y su sintomatología. Se intenta también eliminar o disminuir los síntomas depresivos. Con todo ello, se pretende reducir las probabilidades de recaída, proporcionándole las herramientas necesarias para lograr un funcionamiento psicosocial adecuado e interviniendo también con los familiares.

### *7.3.3. Trastornos depresivos y consumo de alcohol*

Depresión y dependencia al alcohol están estrechamente unidas. Puede haber dos casos diferentes: que los síntomas sean inducidos por el consumo, en cuyo caso desaparecen cuando se deja de beber de forma automática, o que se dé como un trastorno primario, en cuyo caso es necesario que se inicie un tratamiento, ya que son muy pocas las probabilidades de que desaparezca sin él (Roncero y Casas, 2016).

Para diferenciar estas dos situaciones, según Casas y Guardia (2002) hay que hacer un análisis exhaustivo de si el individuo ha tenido trastornos mentales anteriormente, de si los síntomas aparecieron antes de iniciar el consumo o si tiene antecedentes familiares.

El tratamiento debe abarcar las dos patologías de forma conjunta, y buscar el cese o reducción del consumo. Tener este tipo de comorbilidad supone que la evolución va a



ser más lenta y difícil que si solo se tuviese una de las dos patologías, incluso a veces es complicado saber la forma en la que va a evolucionar la depresión debido al alcohol. Hay que tener en cuenta que las personas depresivas tienen un riesgo mayor de tener conductas suicidas, además que recaen en el consumo con mayor facilidad (Casas y Guardia, 2002).

#### *7.3.4. Trastorno bipolar dual*

El trastorno bipolar es una enfermedad mental de carácter grave, reiterado, que se mantiene durante toda la existencia vital de la persona que la padece. Su característica fundamental son los cambios del estado de ánimo, que varían desde la depresión hasta la manía (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Según Roncero y Casas (2016), esta patología tiene altas tasas de comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias, y las mujeres representan un porcentaje mayor que los hombres. Además, las sustancias más consumidas son el tabaco, el alcohol y la cocaína. En función del ciclo en el que se encuentre la persona tiende a consumir un tipo de droga u otro: cuando está depresivo/a opta más por ansiolíticos, mientras que en episodios de manía la sustancia que tiende a consumir es un estimulante.

Estos mismos autores hablan respecto al *diagnóstico* de estos casos. Cuando a una persona se le diagnostica, debe ser informado de que es peligroso para su salud mental que consuma drogas, porque el trastorno bipolar puede adquirir mayor gravedad y el tratamiento será menos eficaz. Es imprescindible realizar en estos casos una labor de prevención y de detección precoz, sobre todo en personas jóvenes. Además, el diagnóstico diferencial es esencial respecto a episodios de manía inducidos por determinadas sustancias. Para ello, se recomienda esperar un tiempo de, al menos, dos semanas desde que se consumió y revisar si ha presentado síntomas con anterioridad.

En cuanto al *tratamiento*, son casos de especial gravedad, ya que estos pacientes suelen requerir más ingresos hospitalarios y atención ambulatoria más frecuente. Debe incluir tanto medicación como terapia psicológica, tratando los dos trastornos a la vez. En este sentido, se ha probado en numerosas ocasiones la terapia en grupo y ha dado muy buenos resultados (Roncero y Casas, 2016).

## 8. PATOLOGÍA DUAL EN POBLACIONES ESPECIALES

### 8.1. COMORBILIDAD Y PRISIÓN

En las últimas décadas se está dando un incremento significativo de las personas que están siendo encarceladas debido, principalmente, a dos razones fundamentales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006): un aumento de la delincuencia y la existencia de penas cada vez más duras como consecuencia de las reformas realizadas en el Código Penal. Los perfiles de las personas que se encuentran en estos centros, al igual que la población general, van cambiando, por lo que se debe disponer de los recursos necesarios para dar un tratamiento adecuado a todos ellos.

La finalidad de la prisión, de acuerdo con el artículo 25.2 de la Constitución Española, consiste en la reeducación y la reinserción social, por lo que las Instituciones Penitenciarias deben hacer todo lo necesario para poder lograrlo. Y, para ello, el tratamiento es un elemento fundamental (Burón, 2013).

Las drogas y la prisión se relacionan en dos sentidos diferentes: por un lado, una gran parte de los presos están condenados por delitos relacionados con sustancias ilegales (venta o consumo) pero, por otro lado, es muy alto el porcentaje de adicción a las drogas entre la población penitenciaria, bastante más alto que el de la población general (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

En la población penitenciaria, el porcentaje de personas que sufren dependencia a las drogas o que tienen un trastorno mental es superior al de la población general. Además, los presos con dependencia a las drogas que se encuentran en prisión tienden a tener más trastornos de la personalidad, incluso más graves, que el resto de personas (Casares López, 2010, citado en Lledó Sainz et al., 2014). Según Bilbao y Lledó Sainz (2014), la prisión puede contribuir al agravamiento de enfermedades mentales, así como al consumo de determinadas sustancias.

Todo esto confirma las advertencias de diferentes instituciones internacionales, como la OMS que, en 1995, calculó que en sociedades de occidente el porcentaje de individuos con patologías psiquiátricas es hasta siete veces mayor entre la población reclusa que en la población general (Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión, 2006). Además, se realizó un estudio en 2011 en las cárceles del estado español, el

llamado “estudio PRECA”, que dejó patente la estrecha relación existente entre el consumo de drogas y la aparición de un trastorno mental (Grupo PRECA, 2011).

La salud mental, la dependencia a las drogas y la delincuencia están relacionadas de diversas maneras (Arana y Germán, 2005): por ejemplo, tener una patología psiquiátrica puede predisponer a quien lo padece a cometer delitos. Ser drogodependiente, por su parte, podría llevar a delinquir con la finalidad de conseguir la sustancia que se quiere tomar. Los que tienen trastornos de la personalidad tienen, además, problemas para acatar las normas y las leyes. Incluso como consecuencia de las experiencias que se viven en la cárcel, cabe la posibilidad de desarrollar un trastorno mental (siendo este uno de los efectos más negativos de esta forma de castigo). Por otro lado, cabe la posibilidad de que quien tenga una patología previa experimente una activación de la misma como consecuencia de diversas emociones asociadas a la cárcel una vez que están dentro de la misma (estrés, miedo, ansiedad, frustración...).

La cárcel supone para personas mentalmente sanas una experiencia traumática y desagradable, que puede llevar al desarrollo de un trastorno mental, una adicción a las drogas o de ambos juntos. La probabilidad de desarrollar un trastorno mental dentro de estos ambientes es de un 41,2% de acuerdo con el ya mencionado estudio PRECA. Teniendo esto en cuenta, cabe pensar que este porcentaje es aún mayor en el caso de que se tenga una drogodependencia. Se debe a que son especialmente vulnerables, y para ellos es mucho más complicado acatar las normas tan estrictas y la disciplina que caracteriza a las prisiones (Lledó Sainz et al., 2014).

Aquellos que dejan de consumir cuando están presos lo hacen como consecuencia de la presión que sufren y de que no es tan fácil el acceso a la sustancia como en el exterior. Sin embargo, cuando esas trabas desaparezcan, lo más probable es que se retome el consumo. Abandonar el consumo de drogas por este tiempo no conlleva un cambio en la relación que tiene la persona con las mismas, factor que es esencial para poder desarrollar estrategias de afrontamiento para hacer frente a su vida normal cuando salga sin recurrir a sustancias psicotrópicas (Lledó, 2011, citado en Lledó Sainz et al., 2014)

De acuerdo con un estudio realizado por Pato (2003) en la población penitenciaria de la cárcel de Villabona, una proporción de tres cuartas partes tiene problemas de salud mental. De ellos, un 68,18% son consumidores habituales de drogas. Que haya una tasa

de comorbilidad tan alta se debe, basándonos en esta misma investigación, a dos factores: por un lado, el alto porcentaje de personas con trastornos psiquiátricos en prisión y, por otro, que el tratamiento que se les proporciona es inadecuado. La patología dual, además, está altamente relacionada con la criminalidad.

Las cárceles de la Comunidad Catalana (la única que tiene competencias en materia penitenciaria) han sido analizadas entre 2001 y 2002 (Arana y Germán, 2005). Se ha encontrado que, de todos los presos, un 2,20% están diagnosticados de psicosis, un 2,60% de trastornos de la personalidad y un 0,40% de retraso mental. Además, se estima que la prevalencia dentro de estos grupos de individuos de la patología dual es de 52,59%, 80,46% y 46,15% respectivamente. A pesar de estos elevados porcentajes, tan solo un 2% de todos los estudios que se han hecho en el ámbito penitenciario se centran en la patología dual. Además, los pocos que se han llevado a cabo, presentan algunas debilidades (Casares-López et al., 2011): se han escogido muestras muy pequeñas, la población está demasiado pre-seleccionada y tienen una evaluación sistemática.

En 2003 Cacciola y Dugosh (Casares-López et al., 2011) hicieron una revisión como consecuencia de la gran prevalencia de la patología dual en las prisiones de EEUU. Tan solo seis investigaciones estaban hechas en cárceles, y mostraban básicamente porcentajes de prevalencia y perfiles de personas que presentan tanto drogodependencia como un trastorno mental. Vieron que se daba con mayor frecuencia los trastornos de personalidad antisocial, trastornos depresivos y de ansiedad. Respecto a la reincidencia, compararon un grupo de reclusos con patología dual y otro sin ningún tipo de problema mental y no se apreciaron diferencias significativas.

Por su lado, Casares-López et al. (2010) hicieron una investigación en la cual escogieron una muestra de 76 presos que, de forma voluntaria y durante el 2006, decidieron su ingreso en una unidad libre de drogas dentro de la cárcel. El trastorno mental que se vio que tenía mayor prevalencia en este colectivo era el trastorno antisocial de la personalidad (47,4%), seguido de trastorno delirante (39,5%), trastorno de pensamiento del tipo psicótico (26,7%) y depresión mayor (23%).

Habitualmente, aquellos internos que tienen trastorno dual tienden a autolesionarse, habiendo intentos de suicidio (sobre todo durante la abstinencia o desintoxicación). También, suelen presentar una conducta poco predecible, tienen insomnio y síntomas depresivos, ansiosos y psicóticos (WHO 2004, citado en Arana y Germán, 2005).

Además, en estos casos se consumen más sustancias, hecho que empeora considerablemente la evolución del trastorno mental y su tratamiento.

Aquellas personas internas en la cárcel que tienen un trastorno por abuso de sustancias tienden a consumir más de una, presentándose politoxicomanía. Hay una mayor prevalencia de conductas violentas en prisión como consecuencia de la patología dual si se compara con la población general (Jiménez Peinado, 2015).

Hay numerosas dificultades si hablamos del tratamiento que reciben personas con patología dual dentro de prisión por las condiciones de vida que se experimentan en la misma. Por un lado, es evidente el aislamiento derivado de esa situación. Esto podría favorecer que se mantenga el consumo o que se inicie con la finalidad de olvidar los sentimientos que le producen su estancia en la cárcel. Se les separa de su entorno familiar y social, por lo que aquello que se supone que es la solución (encerrar al individuo como forma de castigarlo) se convierte en un problema como tal. Está clara la vulnerabilidad de estos individuos, tanto en la sociedad como en el ámbito penitenciario. La intervención adecuada no se basa en la medicación mediante fármacos únicamente, ya que, actualmente, existe un exceso de suministro de este tipo de medicamentos. Es necesario optar por vías más terapéuticas, centradas en el tratamiento psicológico y el desarrollo de diferentes habilidades. Es imprescindible emplear las dos técnicas (medicar y terapia) para conseguir resultados positivos (Lledó Sainz et al., 2014).

Algunos profesionales defienden la teoría de que las prisiones se están convirtiendo en un recurso sanitario para personas que se encuentran excluidas de la sociedad. Debido a sus problemas con las drogas y sus trastornos mentales, los cuales no son tratados o al menos no de forma adecuada, desarrollan comportamientos violentos que les llevan a la cárcel. Es ahí cuando se hace un diagnóstico (ya que no hubiesen acudido a los servicios de salud mental habituales porque no tienen la misma accesibilidad debido a su situación de marginación) y se les proporciona una atención continuada, siendo beneficioso tanto para los presos como para la sociedad en general, ya que estas personas tras la intervención tendrán menos tendencia a cometer delitos (Arana y Germán, 2005).

La realidad es que los presos con patología dual tienen un perfil de “reincidente”, es decir, fracasa la finalidad de reinserción social que pretende tener la cárcel. Por tanto,

no se está cumpliendo el artículo 25.2 de la Constitución Española, según el cual la prisión debe reeducar y reinserir al delincuente. No se está dando suficiente importancia a otro tipo de alternativas que tienen un carácter más terapéutico que serían de mucha mayor utilidad que la prisión en estos casos debido a los altos riesgos que entraña este entorno en cuanto al consumo de drogas. Estas otras vías cuentan con importante apoyo empírico (Lledó Sainz et al., 2014).

Para poder dar una respuesta óptima, es imprescindible la intervención de profesionales de diferentes ámbitos. Además, en las cárceles debería existir un mayor control para evitar la compra-venta de sustancias, así como su consumo (Jiménez Peinado, 2015).

## 8.2. PATOLOGÍA DUAL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

### 8.2.1. *Consumo de drogas entre jóvenes y adolescentes*

El consumo de sustancias psicotrópicas en personas que se encuentran entre la infancia y la edad adulta es un problema que tiene un abordaje mucho más complejo, ya que es una etapa en la cual estamos creando nuestra personalidad. Es el momento en el que algunos inician un consumo experimental en diferentes ambientes y situaciones, debido a la curiosidad que sienten por ellas o a la reproducción de ciertas conductas de sus grupos de pares. El problema reside en los casos en los cuales el consumo pasa a formar parte de la vida del individuo y se crea un hábito y una dependencia. Estas sustancias interfieren en el rendimiento escolar, así como en el desarrollo del cerebro de la persona ya que en estas edades aún se encuentra en proceso de maduración, el cual se completa a los 18 años o incluso más tarde. Puede, además, aparecer una enfermedad mental unida a estas sustancias, casos que cada vez son más frecuentes (Delgado García, 2015).

La adolescencia es una época de la vida en la cual se producen muchos cambios, se pasa de la infancia a la vida adulta, es un tiempo en el que tenemos una escasa capacidad para ver las consecuencias negativas de nuestros actos, lo cual hace que este colectivo sea especialmente vulnerable al consumo de drogas. Existe entre ellos/ellas una percepción del riesgo muy escasa y, además, muchos adolescentes no se preocupan por lo que les puede pasar, sino que consumen las sustancias que pueden conseguir fácilmente (Royo-Isach et al., 2003).

Una cuestión que suscita gran preocupación es el tipo de consumos que se hacen: el alcohol ha pasado a ser una sustancia que se consume con normalidad por los jóvenes, durante los fines de semana y, además, en grandes cantidades en períodos de tiempo muy breves, siendo los efectos mucho más perjudiciales (Goti Elejalde et al., 2016).

Por todo esto, es imprescindible estudiar las cifras de prevalencia de consumo entre los jóvenes y adolescentes. En los últimos años se han hecho numerosas investigaciones en este campo, sobre todo en Norteamérica y Europa, que demuestran que el consumo de drogas entre adolescentes se ha estabilizado. Las autoridades españolas también vieron necesario prestar a esta cuestión la importancia que se merece, realizando una serie de estudios específicos en este colectivo. En 1994 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad comenzó a realizar la llamada “Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias”, conocida como “ESTUDES”. Su principal objetivo era analizar cuál era la situación del consumo de drogas entre estudiantes de Enseñanza Secundaria 14 a 18 años en España cada dos años. Se complementa este análisis con un estudio en profundidad de cuáles son los factores que pueden influir en este ámbito (Observatorio sobre Drogas para Asturias, 2015).

Por otro lado en Asturias, en 2015, el Observatorio sobre Drogas llevó a cabo una investigación en este ámbito con el principal objetivo de obtener información fiable sobre la relación que mantienen jóvenes y adolescentes de entre 14 y 18 años con las drogas. Como muestra, seleccionaron a todos aquellos en ese rango de edad de esta Comunidad Autónoma que se encontraban cursando 3º y 4º de la E.S.O., además de Bachillerato o Ciclos Formativos de Grado Medio, siendo 2.024 personas en total.

En los cuestionarios que se pasaron se distinguen cuatro tipos de consumo que permiten que los porcentajes sean más fiables. En primer lugar, se valoraron los consumos experimentales mediante la expresión “alguna vez en la vida”. Se intentó también analizar los consumos que se hacen de forma esporádica en los “últimos doce meses” y los más frecuentes en los “últimos treinta días”. La dependencia o hábito, por su parte, se evaluó en los ítems en los que se habla de consumo “diario en los últimos treinta días”.

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación fueron los siguientes: las drogas más consumidas “alguna vez en la vida” son el alcohol (87,6%), el tabaco (42,1%) y el cannabis (31,2%). Respecto a la dependencia, el tabaco pasa a primera

posición (11,4%), seguido del alcohol (3,3%) y el cannabis (2,1%). Según el género, las chicas consumen más drogas legales que los chicos, pero se produce lo contrario si se hace de una forma más habitual. Las drogas ilegales, por su parte, tienen más consumidores entre el género masculino. La edad media de inicio en el mundo de las sustancias psicotrópicas son los 14 años, manteniéndose prácticamente estable desde el año 2000.

En cuanto a la percepción del riesgo, un 43,9% no creen que el consumo de alcohol los fines de semana sea peligroso para la salud (5 o 6 consumiciones), mientras que el tabaco es considerado más dañino que el cannabis. El consumo tiene relación directa con el ámbito del ocio y, más concretamente, con las veces que se sale por la noche y la hora a la que se llega a casa. De entre las personas que regresan más tarde de las 2 de la mañana, un 90% ha consumido algún tipo de droga legal (alcohol, tabaco o hipnosedante).

La XII Edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España fue realizada en los años 2016-2017 entre 35.369 estudiantes de entre 14 y 18 años y recoge datos muy parecidos a los mostrados por la investigación en el Principado de Asturias, con la diferencia de que abarca todo el territorio nacional. Se ve un claro descenso del consumo de alcohol, tanto esporádico como habitual, mientras que aumenta el de cannabis en los últimos 12 meses (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Un dato especialmente relevante está relacionado con el alcohol: en torno a un 47% de los encuestados que habían bebido en el último mes lo habían hecho en forma de “atracción”, es decir, tomar de manera compulsiva una cantidad demasiado grande en un tiempo muy escaso, existiendo una probabilidad mayor de coma etílico, ya que el cuerpo a estas edades no está completamente desarrollado y no se tiene la capacidad de metabolizarlo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

La hipótesis etiológica que más apoyo ha tenido es la existencia de factores de riesgo individuales que interrelacionan con otros ambientales. Algunos jóvenes y adolescentes son más vulnerables a desarrollar un trastorno psiquiátrico, por lo que el consumo de sustancias puede actuar como desencadenante. Para un buen tratamiento, es necesario identificar cuáles son esos factores para crear un plan de intervención personalizado (Goti Elejalde et al., 2016).



### 8.2.2. Factores de riesgo del consumo de drogas en adolescentes

Es necesario analizar por qué muchos jóvenes hacen un consumo esporádico y posteriormente lo abandonan para seguir avanzando en su vida y otros desarrollan dependencia. En esencia, la base es la conexión que se da entre la sustancia y la persona, entrando aquí ciertas necesidades o carencias que se pueden ver cubiertas con la droga. (Delgado García, 2015).

Hay factores relacionados con la *familia* que pueden influir en el inicio o no del consumo con gran fuerza debido a la importancia de esta institución social en el individuo. Numerosas investigaciones han demostrado que la ausencia de la figura paterna, la separación de los progenitores, la aparición de una nueva pareja por parte de alguno de ellos, la ausencia de disciplina y de interés por la educación de los hijos, la falta de comunicación entre miembros de la familia y de muestras de afectividad, la incapacidad de participar en decisiones en el seno familiar por parte del/la joven así como la existencia de malas relaciones y de numerosos conflictos son factores de riesgo que llevan a los adolescentes a entrar en el mundo de las drogas (Muñoz-Rivas y Graña López, 2001).

Tener antecedentes familiares de consumo de sustancias o de enfermedades mentales, así como progenitores que tienen un problema de abuso o dependencia en el momento en el que el joven está pasando por la inestabilidad característica de la adolescencia también conlleva un elevado peligro para él/ella (Goti Elejalde et al., 2016).

*Fuera de la familia*, el fracaso académico también es considerado un factor de riesgo, junto con la facilidad de acceso a las sustancias psicotrópicas, la aceptación que existe en nuestra sociedad hacia ciertas drogas (como, por ejemplo, el alcohol y el tabaco) y los hábitos de consumo del grupo de pares (López Larrosa y Rodríguez Arias Palomo, 2010). Según Goti Elejalde et al. (2016) lo son, igualmente, vivir en la pobreza, estar en riesgo de exclusión o marginación social, fácil acceso a las sustancias y ciertas costumbres de algunas culturas.

En cuanto a los *factores de riesgo personales*, cabe mencionar la falta de autoestima, la existencia de un trastorno psiquiátrico previo al consumo, la escasa percepción del riesgo del consumo (no hacen caso a los consejos que les puedan dar los adultos, ya que

tienen demasiada confianza en ellos mismos), dificultades en las relaciones y ausencia de habilidades sociales, conductas antisociales, escaso autocontrol, dificultades para afrontar problemas, ser más sensible a los refuerzos que pueden presentar las drogas, tener una mayor tolerancia a los efectos, inmadurez y la insatisfacción personal (Cáceres et al., 2006).

Un aspecto fundamental es el hecho de que el cerebro de los adolescentes no está totalmente desarrollado, por lo que los sistemas que dirigen a la persona a experimentar y buscar sensaciones que no han vivido anteriormente están excesivamente activados en comparación con los adultos. Además, tienen unas expectativas muy altas de los efectos que les van a producir las drogas, y es por ello por lo que consumen (Goti Elejalde et al., 2016).

Los factores de riesgo socioculturales hacen referencia, por ejemplo, al hecho de vivir en una sociedad consumista, bajo nivel de conocimiento del peligro que conlleva el consumo de drogas y uso de sustancias como costumbre o tradición (Goti Elejalde et al., 2014).

### *8.2.3. Patología dual en jóvenes*

Algunas investigaciones han demostrado que entre el 60% y el 88% de los jóvenes y adolescentes que son tratados por un problema de abuso o dependencia de drogas presenta comorbilidad con otra enfermedad mental, es decir, patología dual. A pesar de esto, al igual que en los estudios realizados en personas adultas, los resultados son muy variables y poco fiables (Ribas-Siñol et al., 2015).

Normalmente es complicado saber qué es lo que ha aparecido en primer lugar y cuál es la influencia que tiene un trastorno sobre el otro. Hay diversas hipótesis etiológicas, al igual que en el caso de los adultos, para tratar de explicar la relación que existe entre ambas patologías (Goti Elejalde et al., 2014):

- El consumo de sustancias ha sido el que ha producido o ha precipitado la aparición de la patología psiquiátrica.
- Existe un trastorno mental previo que predispone al consumo. Entre los adolescentes, esta hipótesis sería la explicación del 80% de los casos en los que se da patología dual. La hipótesis de la automedicación también tiene cabida entre los jóvenes y adolescentes.

- Hay factores de riesgo que son comunes tanto al consumo como al trastorno mental y, por ello, aparece la patología dual. Estaríamos hablando en este punto de “vulnerabilidad biológica” (en los sistemas de neurotransmisores), “psicológica” (desesperanza, sensibilidad a la ansiedad, impulsividad y búsqueda de nuevas sensaciones) y “social” (familia, experiencias traumáticas en la infancia, etc.).

Independientemente de cuál aparece primero, cabe la posibilidad de que se influyan mutuamente, complicando el desarrollo de ambos trastornos, o que se presenten de manera paralela y sean independientes entre sí. Sin embargo, según Goti Elejalde et al. (2014) esta última posibilidad no ha sido suficientemente apoyada por los estudios realizados.

### ***Delincuencia***

Haciendo referencia al sistema de justicia juvenil, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2017 publicó un Boletín en el que se recogían los datos de 2015 relativos a medidas impuestas en este año a personas de entre 14 y 21 años que habían cometido delitos. Las medidas firmes que fueron notificadas a lo largo de los doce meses fueron 26.623, mientras que las ejecutadas (su notificación se pudo producir en el año anterior y se siguen ejecutando en el año analizado) ascendían 35.533. El internamiento fue la segunda más utilizada (13,2%), con un porcentaje muy inferior a la libertad vigilada (42,5%), que fue la más empleada por los órganos judiciales. El género masculino cometió más infracciones que el femenino. Respecto a las medidas cautelares impuestas, entre notificadas y ejecutadas sumaron un total de 3.809, diferenciándose de las firmes en que el internamiento es en estos casos la más utilizada.

Como resumen de esta información se puede destacar la existencia de un aumento considerable en estas sanciones respecto a 2013 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Los estudios realizados en este ámbito han demostrado los siguientes resultados según Ribas-Siñol et al. (2015): los trastornos mentales tienen una alta prevalencia entre los jóvenes ingresados en centros de reclusión. Los más frecuentes son los trastornos de conducta (del 30% al 75%) y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias

tienen una prevalencia de entre 41% y 56%. Por su parte, la dependencia a las drogas también es un problema en este ámbito, ya que entre un 25 y un 67% de adolescentes que tienen problemas con la justicia tienen un problema con el consumo de estas sustancias, el cual es asociado a la reincidencia en la comisión de delitos. En cuanto al trastorno dual, se da con una elevada frecuencia teniendo un porcentaje del 43%.

#### *8.2.4. Intervención con adolescentes en casos de adicción y patología dual*

Al estar trabajando con adolescentes hay más dificultades que con adultos porque, como ya se ha dicho, no perciben el riesgo al que se exponen consumiendo drogas y tienen una menor predisposición a participar en el tratamiento. La detección también es más compleja ya que, en muchos casos, las familias no son conscientes de que estos jóvenes tienen problemas que necesitan ser tratados o no están capacitados para hacer frente a la situación. Es complicado, además, determinar cuál de los trastornos aparece primero si se dan prácticamente al mismo tiempo. Sin embargo, en edades tan tempranas es más frecuente que la enfermedad mental aparezca antes de que se inicie el consumo. Para poder crear un tratamiento adecuado a las necesidades de cada caso, es imprescindible realizar una entrevista previa con el paciente en la cual se obtengan datos que permitan determinar el orden de aparición de las patologías, con el objetivo de determinar cuál es el modelo de intervención que se debe aplicar (Goti Elejalde et al., 2016).

Es necesario llevar a cabo un abordaje basado en la responsabilidad de hacer una detección e intervención lo más rápida posible, identificando cuáles pueden ser los factores de riesgo en casa caso e interviniendo desde diferentes disciplinas para poder satisfacer todas las necesidades de estas personas (Delgado García, 2015).

El momento de hacer la *evaluación* es clave, porque la información que más útil va a resultar es la que se obtiene de los pacientes. Sin embargo, los jóvenes y adolescentes tienen dificultades para reconocer su adicción o expresar los síntomas que están experimentando. Hay factores que pueden influir en que no se abran por completo, como puede ser el sentimiento de culpa, la preocupación de que lo que cuenten va a llegar a oídos de sus familiares o tener que reconocer lo que les está sucediendo. Por todo esto, algunos autores propusieron una serie de recomendaciones para realizar la evaluación de jóvenes con patología dual (Goti Elejalde et al., 2016).

Lo primero que debe hacer el profesional es distinguir qué partes del relato que cuenta el paciente son reales y cuáles pueden estar agrandadas para tener un punto de vista más objetivo. Además, hay que tener cuidado y evitar la posible estigmatización del adolescente por el hecho de tener adicción a las drogas o una patología psiquiátrica. Las entrevistas que se realicen deben ser, aparte de con la persona a la que se va a dar tratamiento, con todo su entorno más cercano. Se debe trabajar en la motivación del joven ya que, por lo general, suele estar ausente. Para ello, se puede recurrir a la retroalimentación, es decir, darle información de cuál es su situación específica, cómo va evolucionando y advertirle de los efectos negativos que puede producir el consumo de sustancias psicotrópicas.

En cuanto al *tratamiento*, existe unanimidad entre todos los autores sobre la forma en la que se debe intervenir en estos casos. El consumo problemático y el trastorno mental deben ser tratados de manera paralela y coordinada. La realidad, sin embargo, no se corresponde con lo que teóricamente habría que hacer. Realizar un abordaje conjunto de las dos enfermedades supone un costo económico bastante elevado y difícil de llevar a cabo, ya que son dos redes diferentes las que entran en juego: la de salud mental y la de trastornos por uso de sustancias. Son escasos los programas creados específicamente para adolescentes que presentan trastorno dual, por lo general se adaptan los programas de adultos los cuales no incluyen las especificidades que tendrían que ser tomadas en cuenta en el caso de los jóvenes. Además de esto, la intervención presenta otras dificultades como ausencia de motivación en el paciente para el cambio, consumo de más de una sustancia en mucho de los casos y factores que dificultan un pronóstico favorable (como, por ejemplo, una mala situación familiar). Es esencial, siempre que se pueda, detectar lo antes posible la patología dual, además de llevar a cabo acciones preventivas. Alimentar la motivación y crear un vínculo terapeuta-paciente es la base para obtener los resultados esperados (Goti Elejalde et al., 2016).

### 8.3. MUJERES Y TRASTORNO DUAL

#### *8.3.1. Consumo de drogas en mujeres: diferencias con los hombres*

Hay grandes diferencias entre mujeres y hombres en el consumo de sustancias y el desarrollo de trastornos mentales. Las características biológicas no son las mismas, ni siquiera las causas que pueden llevar al consumo o los factores de riesgo y protección (Arana y Germán, 2005).

Hace unas décadas las drogas eran mucho más consumidas por hombres que por mujeres debido al estilo de vida que se llevaba. Mientras que el género masculino era el que trabajaba fuera de casa y tenía vida social, la mujer se quedaba en casa durante todo el día haciendo las labores del hogar y cuidando de los hijos. Sin embargo, en el momento en el que la sociedad empieza a cambiar y los roles se van modificando, las mujeres empiezan a consumir y se empiezan a igualar los porcentajes (Sánchez, 2012).

Actualmente, aún se refleja estos cambios en las distintas generaciones. Entre los más mayores prevalece un consumo bastante más elevado entre hombres, mientras que en el colectivo de los jóvenes está más igualado. Hay nuevas formas de tomar drogas que se dan, sobre todo, entre los adolescentes (personas de entre 14 y 15 años). Una de ellas es el llamado “binge drinking”, es decir, beber mucho en poco tiempo. Esta práctica está más extendida entre chicas que chicos (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2017).

Otra de las consecuencias de que perdure, en cierto modo, este modelo tradicional, es que se tiene peor imagen de la mujer dependiente que del hombre adicto, y que se sigue generalizando al hablar de consumidores sin especificar en el género, lo cual supone no atender a las necesidades de cada grupo (Sánchez, 2012). Esto también interfiere en la investigación. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre patología dual y consumo de drogas no hacen distinciones entre géneros. No son muy numerosas las investigaciones sobre mujeres. El efecto más directo de esto es que los programas desarrollados para pacientes con patología dual no son específicos y no se adaptan a las necesidades que puede presentar el género femenino (Arana y Germán, 2005).

La Diputación de Alicante elaboró una guía informativa sobre el género y las drogas (Sánchez, 2012), incluyendo datos muy relevantes. Actualmente, las mujeres consumen más drogas legales que los hombres, mientras que respecto a las drogas ilegales se produce lo contrario. Las chicas tienen una tasa mucho menor de consumo diario y, cuanto más grave es más aumenta esa diferencia. Todo esto quiere decir que el género femenino toma drogas menos a menudo y, además, menos cantidad, lo que se puede deber a que tienen una mayor conciencia de las consecuencias negativas de estas sustancias.

Debido a todas estas diferencias, es imprescindible prestar más atención al colectivo de la mujer consumidora y analizar más en profundidad sus características y necesidades.

### *8.3.2. Motivaciones para consumir y factores de riesgo específicos*

Algunos autores han hecho investigaciones para analizar cuáles son los motivos que pueden llevar a una mujer a consumir drogas, para comprobar si son los mismos que los de los hombres. De esta manera, se han encontrado puntos comunes y otros diferentes (Arana y Germán, 2005; Sánchez, 2012):

- El género femenino ha ido modificando su rol, y tiene una mayor participación en la vida social y laboral, adquiriendo conductas que antes solamente estaban presentes en los hombres, entre las que se incluyen el consumo de sustancias.
- Uno de los consumos que se da más entre las mujeres es el de somníferos. Esto se puede deber a todo lo relacionado con el rol que ejercen, y la presión que eso conlleva (maternidad, cargas familiares, mantenimiento de ciertas creencias y hábitos del patriarcado, etc.).
- Tener una pareja dependiente o que consume también es considerado como un factor de riesgo, unido a la dependencia afectiva.
- Baja autoestima, presión de la sociedad por la imagen física, necesidad de cumplir los estereotipos establecidos y trastornos alimenticios.
- Mala situación laboral.
- Violencia física y psicológica ejercida por sus parejas.
- Ausencia de tiempo de dedicación a una misma y al ocio.

Además de estos, hay otros factores de riesgo comunes a los hombres como, por ejemplo, antecedentes familiares, falta de apoyo social y familiar, abusos en la infancia, traumas, existencia de un trastorno mental, etc.

### *8.3.3. Chicos y chicas adolescentes*

Las sustancias que más consumen los jóvenes son el alcohol, el tabaco y el cannabis, en las cuales las tasas de consumo entre chicos y chicas están bastante igualadas. La

tendencia de consumo de somníferos es mayor también en adolescentes chicas, y el consumo habitual de cannabis y de drogas ilegales en general es mayor entre el género masculino. Las edades de inicio son ligeramente inferiores en estos últimos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010).

Otra clara diferencia respecto a los adultos es que las motivaciones para consumir son prácticamente las mismas independientemente del género, ya que la mayoría de ellos lo hacen en ambientes de ocio, lo cual les lleva a querer experimentar y a buscar los efectos que les producen las mismas. La percepción del riesgo es también mucho menor en chicas jóvenes que en las adultas, principalmente por el modelo de educación recibido. Las generaciones actuales viven en una sociedad que continuamente está luchando por la igualdad entre hombres y mujeres, por lo que hacen prácticamente las mismas actividades, lo que les lleva a no ver peligroso el consumo que se hace muy de vez en cuando (Sánchez, 2012).

#### *8.3.4. Comorbilidad en mujeres*

En los últimos años ha aumentado el consumo de sustancias entre el género femenino, lo cual supone un aumento también de los casos de patología dual (Arana y Germán, 2005). Szerman et al. (2015) hicieron una recopilación de los estudios recientes más relevantes en este ámbito que muestran datos interesantes:

- **Chen et al. (2011):** la muestra estaba formada por personas de un centro de tratamiento de adicciones. Descubrieron que las mujeres consumidoras tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno mental que los hombres. Además, en el género femenino, aquellas enfermedades mentales que se presentaban de forma más habitual junto con un trastorno por uso de sustancias eran trastornos del estado del ánimo (32,6%), de ansiedad (31,1%), de la personalidad límite (27,7%) y psicóticos (13,1%).
- **Drapalski et al. (2011):** en este caso, se trata de una investigación realizada entre personas con trastornos mentales severos y con dependencia a la cocaína. La conclusión más importante que obtuvieron es que las mujeres tenían más trastornos afectivos que los hombres.
- **Morse et al. (2015):** la muestra seleccionada en este caso era de pacientes con patología dual. Se demostró que los hombres tienen más dificultades para seguir



el tratamiento que las mujeres. Además, estas últimas presentaban una prevalencia mayor de trastorno depresivo mayor (82,7%), de ansiedad (87,8%), por déficit de atención e hiperactividad (1,9%) y de alimentación (1,3%).

Respecto al origen de la comorbilidad entre dependencia a las drogas y otro trastorno mental, ha quedado confirmado que entre un 55% y un 99% de las mujeres que la presentan han sufrido traumas o abusos en algún momento de la vida, habiendo grandes diferencias con los hombres también en los casos de abuso sexual durante la infancia (Molnar et al., 2001, citado en Szerman et al., 2015).

Hay que tener en cuenta, además, que es más difícil que las mujeres reconozcan que tienen un problema con el consumo de drogas o de otro trastorno mental por cuestiones como la posibilidad de perder la custodia de los hijos, la visión negativa que se tiene de la mujer toxicómana, etc. El tratamiento debe ser específico en función del género, ya que se ha demostrado que, de esta manera, la persona responde mejor y se obtienen resultados más positivos (Szerman et al., 2015).

## **9. RESULTADOS**

Las entrevistas entre sí presentan algunas similitudes, pero también considerables diferencias.

Respecto a la investigación, como se ha explicado en la metodología, fueron dos investigadores especializados en drogadicciones los entrevistados. Explicaron que fue en la década de 1980 cuando aparece el interés por analizar los consumos y la patología dual. Se empezaba a ver que algunos consumidores presentaban características especiales que podían señalar que había algo más detrás. Sin embargo, no había medios suficientes. Es actualmente cuando la comunidad científica está muy interesada en hacer estudios sobre patología dual, básicamente porque se ha ido demostrando que es un problema que tiene una gran prevalencia a nivel internacional.

Sin embargo, no es un tema fácil. Las investigaciones de este tipo tienen una serie de *limitaciones y dificultades*. La principal de ellas es lo complicado que es acercarse a la parte más práctica del problema:

- Son muchos los ámbitos que hay que estudiar para poder tener una información completa de este fenómeno, por lo que hay que tener recursos suficientes para hacer un buen estudio.
- Los propios pacientes constituyen una realidad que es necesario analizar en primera persona. Sin embargo, no es fácil acceder a ellos. Los menores son personas especialmente protegidas en este sentido, se necesita su consentimiento y el de sus padres o tutores. A prisiones no se puede entrar si no eres un trabajador, por lo que la mayor aproximación que se puede hacer es entrevistar a empleados o voluntarios que tengan relación con ese mundo.
- Si se consigue una entrevista con un paciente de patología dual, hay que tener en cuenta que suelen tener un deterioro importante, lo cual hace complicado obtener información o que la persona se abra con el entrevistador.

En cuanto a la *perspectiva de género* en los estudios de patología dual, los dos coinciden en que son muy escasas las investigaciones específicas de mujeres. Es necesario fomentarlas, ya que existen peculiaridades que deberían ser analizadas en profundidad.

Entre los dos hicieron una recopilación de lo que se puede hacer *desde la criminología* en el ámbito de la comorbilidad. Lo primero, se requiere que la psicología y la psiquiatría hagan una buena labor respecto al diagnóstico. Teniendo en cuenta que muchos de estos pacientes tienen problemas con la justicia por la comisión de delitos, la criminología debe:

- Actuar como intermediarios entre la Administración de Justicia y la comunidad terapéutica, defendiendo alternativas a la prisión para este tipo de individuos. La patología dual se puede ver gravemente empeorada en el ambiente penitenciario, además de que no van a recibir el tratamiento que necesitan. Se puede recurrir a internamientos en otro tipo de centros (psiquiátricos, de rehabilitación...).
- Predecir el riesgo de que estos pacientes cometan delitos.
- Realizar informes criminológicos que complementen los psicológicos y psiquiátricos (en ningún caso los van a sustituir) que aporten otro tipo de conocimientos, basándose en la valoración de otros profesionales y en entrevistas con aquellos que estén siendo analizados.

Además, los criminólogos tenemos una importante tarea respecto a la imagen que actualmente se tiene en la sociedad de los consumidores y de los enfermos mentales. Se debe llevar a cabo una gran sensibilización y valorar los factores de riesgo para reducir la estigmatización que puedan sufrir.

En cuanto a las entrevistas realizadas a AERGI y al Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones de Álava (COTA), hay algunos puntos en común pero son destacables las diferencias en las respuestas de ambos. El *perfil* de pacientes con los que tratan viene recogido en la siguiente tabla:

| AERGI  | COTA  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Prácticamente todos los adictos tienen un trastorno mental adicional.</b></li> <li>- <b>La mayor parte de ellos están siendo atendidos en la red de salud mental.</b></li> <li>- <b>Las mujeres tienen un perfil más ansioso.</b></li> <li>- <b>Los hombres tienen un perfil depresivo.</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 50 y 60 pacientes.</li> <li>- En la unidad del hospital de día es muy elevado el porcentaje de personas con patología dual.</li> <li>- Los trastornos que más se ven junto con la adicción son los de personalidad, depresivos, bipolares, antisociales y psicóticos.</li> <li>- Las sustancias más consumidas son la cocaína y las anfetaminas. Los opiáceos han descendido considerablemente.</li> </ul> |
| <p><b>Más mujeres que hombres.</b></p>   | <p>Hay más hombres que mujeres. Éstas presentan una evolución más favorable.</p>  |
| <p><b>Jóvenes: hay cada vez más, desde hace dos años ha crecido la cifra de forma preocupante y, además, tienen problemas graves.</b></p>  | <p><i>Jóvenes:</i> son un grupo muy pequeño, tienen una asistencia muy irregular y hay una parte específica en el hospital de día para atenderlos. Muchos están enviados por comisión de delitos leves.</p>   |

En ambos casos, la cantidad de pacientes que han tenido *problemas con la justicia* no es muy elevada. En AERGI hay algunos que son enviados por los juzgados, siendo la rehabilitación una condición que tienen que cumplir para estar en libertad. Sin embargo, no por ello tienen una motivación más baja. El hecho de relacionarse con un grupo que tiene problemas similares a los suyos les hace sentirse integrados, y se dan cuenta de que si han cometido delitos es, normalmente, por su problema con las drogas. Por su parte, en COTA han apreciado un considerable descenso de este tipo de pacientes desde que el consumo de heroína empezó a bajar.

Los dos entrevistados estuvieron de acuerdo cuando se les preguntó por *los factores de riesgo* que pueden llevar al consumo:

- La sociedad en su conjunto es el mayor peligro. La normalización que existe actualmente del consumo de ciertas sustancias favorece claramente que se consuman.
- La familia ejerce mucha influencia (padres consumidores, historias de maltrato, abusos, falta de apoyo, etc.).
- Grupo de pares: repetición de la conducta de los amigos para sentirse integrado/a.
- Vulnerabilidad genética: no todas las personas que consumen acaban desarrollando dependencia, solo aquellos que son vulnerables. Por otro lado, el consumo puede destapar o adelantar la aparición de un trastorno mental.
- Automedicación: algunos pacientes con trastornos mentales consumen para tratar de aliviar el malestar que sienten. No es casual la droga que eligen, sino que seleccionan aquella que les proporciona un equilibrio psicológico.

La existencia o no de *separación entre la red de salud mental y la de adicciones* ha sido la cuestión que más discrepancias ha provocado en todas las entrevistas. Tanto los dos investigadores como la asociación AERGI opinan que es una realidad, y que para dar un abordaje integral de la patología dual es necesario que se produzca la unión. Sin embargo, COTA es un centro de adicciones que se encuentra dentro de la red de salud mental de Osakidetza y que, con su funcionamiento, contradice todo lo dicho por los demás.

| ARGUMENTOS AERGI  | ARGUMENTOS COTA  |
|---|--|
| Existen servicios separados que tratan de forma individual las adicciones y los trastornos mentales.  | En el Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones, el cual está integrado en la red de salud mental de Osakidetza, se trata la patología de forma integral.  |
| Los psicólogos apenas participan en los casos de patología dual, son los psiquiatras los que hacen el seguimiento, y su función es llevar la medicación no hacer terapia. | El equipo de COTA, en el que hay psicólogos, realiza terapias individuales y grupales, dando a los pacientes una atención individualizada y multidisciplinar.  |
| Los psicólogos y psiquiatras deben abandonar la idea de que un consumo esporádico no es malo. Lo que se debe conseguir es la abstinencia total.                           | En este centro, cuando se plantea el tratamiento, se evalúan las características de cada persona y se establecen objetivos realistas. Hay veces que no se puede conseguir la abstinencia total, por lo que se recurre a la reducción de riesgos. |

El tema de la *regulación legal* de las drogas también es una cuestión en la que difieren las cuatro entrevistas. Uno de los investigadores apuesta por un modelo en el que se creen leyes para llevar a cabo un control mayor del consumo de ciertas sustancias. La alternativa sería permitir adquirirlas mediante prescripción médica, protegiendo así a colectivos vulnerables como los jóvenes, personas con trastornos mentales, adictos y pacientes con patología dual. Esta teoría es apoyada por el psicólogo de COTA, y opina que no necesariamente tendría repercusiones negativas en las tasas de comorbilidad.

El fundador de AERGI no está de acuerdo con este planteamiento y opta por todo lo contrario. Opina que, si con la prohibición de fumar en determinados lugares la cifra de muertos al año a causa del tabaco ha descendido en más de 10.000 personas, la línea a seguir iría más por ahí. El otro investigador, por su parte, piensa que no hay evidencias empíricas suficientes como para valorar si una regulación afectaría a la prevalencia de la patología dual ni la manera en la que lo haría.

Mientras que tres de los entrevistados piensan que para la *sensibilización* respecto al consumo de drogas y para dar mayor visibilidad la patología dual es necesario que se informe más, sobre todo en los colegios, el psicólogo de COTA expone un punto de vista diferente, explicando que información hoy en día hay de sobra. Los jóvenes saben las consecuencias de las drogas, pero no atienden a las recomendaciones de los profesionales, por lo que, para él, la solución está más en crear nuevas alternativas de ocio desde el sistema político con el objetivo de que la alternativa de las drogas sea la menos elegida por los jóvenes.

Todos ellos coinciden en que la *patología dual es un problema que tiene un abordaje complicado*, y que es necesario prestar especial atención a la alarmante subida del consumo de cannabis en nuestro país. Todos ellos mencionaron el *síndrome amotivacional*, con una alta prevalencia entre la juventud que consume esta sustancia, el cual debe ser mejor atendido, dándole la importancia que se merece.

## 10. CONCLUSIONES

El consumo de drogas es un problema social y sanitario que tiene una gran prevalencia a nivel mundial. Son muchas las personas que consumen, incluso se ha producido una “masificación” del consumo. Esto es así porque lo hacen personas de todas las clases sociales, culturas, edades, etc. Se han creado patrones de consumo novedosos, y han ido apareciendo nuevas drogas que, en muchos casos, son muy peligrosas para quien las toma por los efectos que producen. Cada sustancia tiene una serie de complicaciones, tanto físicas como psicológicas, que pueden llegar a derivar en secuelas que perduran de por vida. La interacción de factores sociales, culturales, familiares y personales puede favorecer el consumo de drogas.

Si abordar casos de adicción a sustancias psicotrópicas no es una tarea fácil, menos lo es en aquellos en los que, además, existe otra enfermedad mental. A esta situación se le llama patología dual, y es necesario valorar en estos pacientes la forma en la que va a influir un trastorno sobre el otro. En cualquier caso, la forma de intervenir será diferente. La patología dual hoy en día sigue siendo un reto en diferentes ámbitos, debido a que es un concepto relativamente nuevo y que necesita una mayor evolución.

En el **diagnóstico**, el principal conflicto es diferenciar si los síntomas que presenta el paciente son efectos producidos por la sustancia o forman parte de un trastorno mental

adicional. Por ello, para hacer un diagnóstico adecuado, hay que tener cuidado y distinguir bien entre un trastorno primario, uno inducido o efectos esperados del consumo.

En el **tratamiento**, las dificultades que se presentan están relacionadas principalmente con la ausencia de recursos materiales y humanos, así como con la separación existente entre la red de salud mental y la de adicciones, lo cual imposibilita llevar a cabo una intervención integral.

En los últimos tiempos, se han ido creando recursos que superan esta separación como, por ejemplo, el Centro de Orientación y Rehabilitación de Adicciones de Álava, que se encuentra integrado en la red de salud mental de Osakidetza y consta de dos unidades (consultas externas y hospital de día) en las cuales se trabaja de forma multidisciplinar. Sin embargo, estos servicios son muy escasos. Es de gran importancia la creación de más centros de este tipo para dar al paciente con patología dual un tratamiento específico que se adapte a sus necesidades.

No hay consenso sobre la forma en la que se deben abordar estos casos, ya que el tratamiento farmacológico empleado va dirigido únicamente a mitigar el trastorno mental y puede interactuar de forma negativa con la droga consumida, empeorando la situación. La realidad es que actualmente no se ha conseguido el tratamiento que sea realmente efectivo.

Parece que el modelo que más apoyo a recibido y que atiende mejor los casos de comorbilidad es el integrado, utilizando las medicaciones que sean menos dañinas y peligrosas para el paciente junto con terapias individuales y de grupo que les permitan desarrollar las herramientas necesarias para abandonar el consumo. Es una necesidad dar formación específica sobre patología dual a los profesionales para que tengan las habilidades y los conocimientos de los que precisan para intervenir en estos casos.

El tratamiento debe cumplir una serie de requisitos cuando se está atendiendo a un paciente que presenta comorbilidad: debe ser accesible para todos los que necesiten ayuda, tiene que plantear objetivos realistas y adecuados a la persona y sus limitaciones, los resultados que se obtengan deben ser efectivos a largo plazo, y tiene que ser multidisciplinar y flexible para que se adapte a sus necesidades.

En la **investigación**, son muchas las dificultades que se encuentran los investigadores. Hay una gran variabilidad en las tasas de patología dual reflejadas por los diferentes estudios, lo cual indica que algo falla. Lo primero que hay que tener claro es la metodología que se va a emplear ya que, para obtener información precisa, se compararán aquellas investigaciones que utilicen el mismo método de trabajo. La muestra es esencial, porque no se pueden hacer comparaciones entre análisis hechos a la población general y otros que hayan seleccionado a, por ejemplo, pacientes que están ingresados en centro psiquiátrico.

Por otro lado, no hay acuerdo sobre los criterios diagnósticos a emplear. En algunas ocasiones se emplean los del DSM-IV, en otras los del DSM-IV-TR o el DSM-5. Los resultados obtenidos no serán los mismos, por lo que es conveniente que haya consenso en este aspecto para tener datos fiables sobre patología dual.

Por último, hay que hacer hincapié en la necesidad de realizar más estudios transversales en esta materia para poder evaluar cuál es la evolución que tienen los pacientes y valorar la efectividad o no de los tratamientos empleados hasta el momento.

Existen **grupos de personas que son especialmente vulnerables** pero que, sin embargo, no han sido suficientemente analizados y la intervención se encuentra mucho más limitada aún.

Uno de estos casos es el de la *población penitenciaria*. Una cantidad importante de los pacientes con patología dual han tenido en algún momento problemas con la justicia. A pesar de que no se haya demostrado que el consumo de drogas o la presencia de un trastorno mental sean por sí solos causantes de la conducta delictiva, sí que ha quedado acreditado que son factores de riesgo muy importantes. Las tasas de comorbilidad entre las personas que están presas son muy elevadas en comparación con la población general, y la prisión lejos de solucionar el problema lo agrava. No hay recursos para proporcionarles el tratamiento del que precisan y, además, se les separa del mundo exterior, poniendo en peligros lazos familiares y sociales.

Los *adolescentes y los jóvenes* también merecen una atención especial. Existen actualmente cifras muy elevadas de consumo entre este colectivo, y el porcentaje de personas con patología dual también es bastante alto. Presentan factores de riesgo específicos y muchos han tenido problemas con la justicia. En la intervención con ellos



se presentan más dificultades que con los adultos, porque no suelen pedir ayuda y, en muchas ocasiones ni los familiares son conscientes del problema.

Hay que trabajar mucho en la motivación por el tratamiento, ya que suelen presentar peor adherencia y tienen una asistencia muy irregular a las consultas. También es esencial crear un vínculo terapeuta-paciente para que se encuentre en un ambiente de confianza.

La realidad es que son muy pocos los programas de patología dual específicos para este colectivo. Se suelen utilizar programas para adultos con ciertas modificaciones, lo que supone un gran error porque no se está prestando atención a los factores específicos.

Respecto a las mujeres, se necesita introducir la perspectiva de género en mayor medida en las investigaciones de patología dual, ya que se sabe que son casos distintos a los de los hombres pero no se ha desarrollado una forma de intervención que sea efectiva y que se adapte a las dificultades añadidas que conlleva el hecho de ser mujer.

Finalmente, destacar que son muchos los puntos de acuerdo que muestran los distintos profesionales que forman parte de la patología dual, pero son muy importantes aquellos en los que muestran desacuerdo. Existe una visión totalmente diferente entre los centros de adicciones y la red de salud mental sobre la realidad del tratamiento de estos pacientes, por lo que es necesaria la coordinación entre ellos. En lo que sí coinciden todos es en que la comorbilidad es un fenómeno de gran relevancia en nuestra sociedad, y que aún queda mucho camino por avanzar para conseguir mejores resultados de los que se están obteniendo en la actualidad.

Se abren nuevas líneas de trabajo para la criminología en la patología dual, ya que los criminólogos son uno de los profesionales que deben investigar de cara a llevar a cabo una mejor prevención y elaborar alternativas que puedan favorecer un mejor tratamiento de los casos de patología dual, complementando la labor de psicólogos y psiquiatras.

## BIBLIOGRAFÍA

Álvarez López, M. (2014). *Perfil del consumidor de drogas en pacientes con trastorno mental grave hospitalizados. Estudio situacional para el desarrollo de intervenciones terapéuticas grupales*. Universidad de la Rioja, España.

Arana, X., Mancebo, I. G., de la Cuesta Arzamendi, J. L., y Laguía, I. M. (2004). *Delimitación del "status" jurídico del ciudadano "consumidor de drogas": propuesta de carta de derechos de los usuarios de drogas*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Arana, X., Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Eguzkilore*, (19), 169-215.

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, revisión de la 4ª edición.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición.

Beltrán Ballester, E. (1990). *Breve historia social y jurídica del consumo y tráfico de drogas*. Valencia, España: Fundación Universitaria San Pablo CEU.

Bilbao, C. M., y Lledó, M. Á. (2014). Enfermedad mental y drogas en prisión. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 12(1), 27-35.

Bobes García, J., Casas Brugué, M., y Gutiérrez Fraile, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona, España: Ars Médica.

Bobes García, J., Casas Brugué, M., y Gutiérrez Fraile, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos*. Recuperado de: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Trastornos-Adictivos.pdf>

Burillo-Putze, G., Climent, B., Echarte, J. L., Munné, P., Miró, O., Puiguriguer, J., y Dargan, P. (2011). Drogas emergentes (I): las «smart drugs». *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(2), 263-274.

Burón, J. N. (2013). El futuro de la cárcel y la cárcel del futuro. *Quadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses*, (20), 34-41.

Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.

Casares-López, M.J., González, A., Torres, M., Secades, R., Fernández-Hermida, J.R. y Álvarez, M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (10) 225-243.

Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A., y Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, 23(1), 37-44.

Casas, M. (2007). *Hipótesis de la automedicación en drogodependencias*. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/adicciones/hipotesis-de-la-automedicacion-en-drogodependencias/>

Casas, M., y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5), 195-219.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental FEAFES (2014). *Aproximación a la patología dual: propuestas de intervención en la red FEAFES*. Recuperado de:

<http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf>

De Compostela, C. U. S. (2006). Alcohol y sistema nervioso central. *Adicciones*, 18(1), 71-91.

Delegación del Gobierno (2006), Encuesta estatal sobre salud y consumo de drogas entre la población penitenciaria. *Farmacéuticos*, (317), 35-39.

Delgado, S., y Maza, J.M. (2013). *Psiquiatría legal y forense: tratado de medicina legal y ciencias forenses*. Madrid, España: Bosch.

Delgado García, M. (2015). Adolescentes y jóvenes con patología dual. Intervención desde un CAD (Centro de Atención a la Drogodependencia). *Revista de patología dual*, 2(3).

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1).

Esfors Hernández, J., Villar García, M., Rubio Perlado, B., Juan i Porcar, M., & Romero Marmaneu, F. (2014). *Unidad Hospitalaria de Patología Dual Grave: un año de experiencia*. Recuperado de:

<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/47638/5013684.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., y García-Portilla, P. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(3), 180-190.

Galligo, F. (2007). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Recuperado de:

<http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>

García Garrido, M. (2017). *Proyecto para el desarrollo de habilidades sociales en personas drogodependientes adultas*. Universidad de Valladolid, España.

Goffman, E., y Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gold, M.S. (1997). *Cocaína*. Barcelona, España: Ediciones en Neurociencias.

Gómez Garvía, E. (2016). *Drogas y su relación con la delincuencia*. Universidad de Alicante, España.

Gómez, J., y Muñoz, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.

Goti Elejalde, J., Díaz Hurtado, R. y Arango, C. (2014). *Patología Dual, protocolos de intervención. Adolescentes*. Recuperado de:

[http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo7.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo7.pdf)

Goti Elejalde, J., Díaz Hurtado, R. y Arango, C. (2016). *Protocolos de intervención en patología dual: adolescentes y patología dual*. Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/7-PDUAL-adolescentes.pdf>

Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (2006). *Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión*. Zaragoza, España: Editorial Cometa.

Grupo PRECA (2011). *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (estudio PRECA)*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>

Guimón, J. (1989). *Psicoanálisis y conductas adictivas: del doble diagnóstico a la automedicación*. En: Ponencias del seminario “El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias”. Barcelona, España: Editorial Grupigia.

Gutiérrez-Rojas, L., Irala, J. D., & Martínez-González, M. A. (2006). *Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Martinez-Gonzalez/publication/28111043\\_Efectos\\_del\\_cannabis\\_sobre\\_la\\_salud\\_mental\\_en\\_jovenes\\_consumidores/links/0046351703ceb5d363000000/Efectos-del-cannabis-sobre-la-salud-mental-en-jovenes-consumidores.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Martinez-Gonzalez/publication/28111043_Efectos_del_cannabis_sobre_la_salud_mental_en_jovenes_consumidores/links/0046351703ceb5d363000000/Efectos-del-cannabis-sobre-la-salud-mental-en-jovenes-consumidores.pdf)

Jiménez Peinado, M. (2015). *Drogodependencias y prisión: la influencia del consumo de drogas y abordaje de su tratamiento en el ámbito penitenciario*. Universidad de Jaén, España.

Keshavan, M.S. y Kaneko, Y. (2013). Psicosis secundarias: una actualización. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*. 11(1), 4-15.

Kirschman Mc Kenzie, D. (2014). *Patología dual en mujeres: comorbilidad entre trastorno por uso de sustancias y trastornos de personalidad: revisión sistemática en torno a la presencia de un tratamiento con perspectiva de género*. Recuperado de: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/4078/1/38616.pdf>

Lledó Sainz, M.M., Manzanos Bilbao, C. y Álvarez Lledó, M. (2014). Enfermedad mental y drogas en prisión. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria* 12(1), 27-36.

López Clófent, M. T. (2015). *Patología dual: estudio de caso único*. Recuperado de: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/142047/TFM\\_L%C3%B3pez%20Clófent\\_Teresa.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/142047/TFM_L%C3%B3pez%20Clófent_Teresa.pdf?sequence=1)

López Larrosa, S., y Rodríguez-Arias Palomo, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.

Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid, España: Editorial médica Panamericana.

Madoz-Gúrpide, A. y Ochoa Mangado, E. (2014). Legalización del cannabis: argumentos a favor y en contra. *Revista de Patología Dual*, 1(1).

Madruga, A. P., Fidalgo, J. L., Ulacia, J. C. O. y Escribano, J. J. A. (2004). Disfunciones sexuales en el alcoholismo. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 16(4), 277-286.

Martínez Hurtado, A. M. (2002). Alcoholismo femenino: Problemática social. *La ventana*, 2(16), 78-95.

Martínez, P. A. S., González, P. G. P., Barrondo, S. M., Fernández, M. T. B., García, M. B., y García, J. B. (2003). Complicaciones psicopatológicas asociadas al consumo de drogas recreativas. *Adicciones*, 15(5), 217-232.

Mateu, G., Astals, M., & Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones*, 17(2), 111-121.

Mèlich, M. T. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*. Recuperado de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2010.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2010.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Guía práctica clínica sobre el trastorno bipolar*. Recuperado de: [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC\\_510\\_Trastorno\\_Bipolar\\_compl.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Boletín de datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores*. Recuperado de: [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Estadistica\\_basica\\_de\\_menores\\_infractores\\_15\\_accesible.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Estadistica_basica_de_menores_infractores_15_accesible.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *XII Edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*. Madrid.

Morais Nogueira, M., Casas, M., & Ramos-Quiroga, J. A. (2014). *Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos: Clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS)*. Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Moreno, H. D., Zabala, F. R., y Martín, M. V. (2007). Protocolo diagnóstico y terapéutico del delirium tremens. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(86), 5567-5570

Muñoz Rivas, M. J., y Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.

Observatorio sobre Drogas para Asturias (2015). *Encuesta sobre Drogas en población escolar de 14 a 18 años*. Recuperado de:

[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Drogas/Obse rvatorio/INFORME%20ESTUDES%202012-13%20ASTURIAS%20 2 .pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Obse rvatorio/INFORME%20ESTUDES%202012-13%20ASTURIAS%20 2 .pdf)

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2015-2016). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*. Recuperado de: [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_EDADES\\_Informe .pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe .pdf)

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2017). *Informe 2016: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de: [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/INFORME\\_OEDT\\_2016.PDF](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/INFORME_OEDT_2016.PDF)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2005). *Informe anual 2005: el problema de las drogodependencias en Europa*. Recuperado de: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_37249\\_ES\\_TDAC05001ES1.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37249_ES_TDAC05001ES1.pdf)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). *Drogas en el punto de mira*. Recuperado de: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/645/EMCDDA\\_DiF22\\_ES\\_318\\_762.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/645/EMCDDA_DiF22_ES_318_762.pdf)



Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015). *Informe Europeo sobre Drogas*. Recuperado de:

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_ES\\_TDAT15001ESN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDAT15001ESN.pdf)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y Novedades*. Recuperado de:

<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

Ochoa Mangado, E., Madoz-Gúrpide, A., Vicente Muelas, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 55(214), 26-40.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Una guía práctica de planificación y aplicación*.

Recuperado de: [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2004). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de:

[https://www.unodc.org/pdf/WDR\\_2004/wdr2004\\_vol1\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/pdf/WDR_2004/wdr2004_vol1_spanish.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2005). *Informe mundial sobre las drogas*. Recuperado de:

[http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/IN1022005\\_infome\\_mundial\\_sobre\\_drogas\\_2005.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/IN1022005_infome_mundial_sobre_drogas_2005.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Recuperado de:

[https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO\\_ADOLESCENTES\\_SPAs\\_UNODC-CEDRO.pdf](https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016). *Informe mundial sobre las drogas 2016*. Recuperado de:

[https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). *Informe mundial sobre las drogas 2017. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas.*

Recuperado de:

[https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR\\_Booklet1\\_Exsum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf)

Ortiz Lobo, A. (1998). Originales y revisiones. Esquizofrenia y consumo de drogas. *Psiquiatría Pública*, 10(6), 369-377.

Ortuño, F. y Gutiérrez-Rojas, L. (2011). Psicosis. *Medicine*; 10(84): 5693-5702.

Parolaro, D. (2010). Consumo de cánnabis de los adolescentes y esquizofrenia: evidencias epidemiológicas y experimentales. *Adicciones*, 22(3), 185-190.

Pato Rodríguez, E. (2003). Trastornos mentales en reclusos del centro penitenciario de Villabona. Principado de Asturias. La atención a la salud mental de la población reclusa. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91-103.

Pedrero Pérez, E. J., Puerta García, C., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J. M., LLanero Luque, M., & Olivar Arroyo, Á. (2009). *Déficit de atención e hiperactividad en adultos con adicción a sustancias: ¿ TDAH o síndrome secundario al abuso de sustancias?*. Recuperado de:

[http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22409/v34n1\\_3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22409/v34n1_3.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pulido, J., Indave-Ruiz, B. I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M., & Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 493-513.

Ramos-Quiroga, J.A., Trasovares, M.V., Bosch, R., Nogueira, M., Roncero, C., Castells, X., Martínez, Y., Gómez, N. y Casas, M. (2007). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y drogodependencias. *Revista de toxicomanías*, (50), 23-28.

Raposo Hernández, R. y Ivanov Batolsky, V. (2016). Drogodependencias como mecanismo de automedicación. *Revista de patología dual*, 3(2).

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. *Jama*, 264(19), 2511-2518.

Ribas-Siñol, M., Del Prado-Sánchez, Claramunt-Mendoza, Civit-Ramirez, M., Canalias-Perez, O., y Ochoa, S. (2015). Adolescentes multiproblemáticos: consumo de tóxicos y trastorno mental en jóvenes que delinquen. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(6), 197-204.

Roca, F., Aguirre, M. y Castillo, B. (2001). Percepción acerca del consumo de drogas en estudiantes de una universidad nacional. *Psicoactiva* (19), 29-45.

Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M.A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagny, A., Hoenicka, J. y Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación clínica*, 49(2), 195-205.

Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Esteve, O. y Casas, M. (2010). *Patología dual, protocolos de intervención: esquizofrenia*. Recuperado de:

[http://www.patologiadual.es/docs/protocolos\\_patologiadual\\_modulo3.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf)

Roncero, C., & Casas, M. (2007). *Consumo de cannabis y psicopatología*. Recuperado de:

[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/Diagnostico1.pdf#page=65](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Diagnostico1.pdf#page=65)

Roncero, C. y Casas, M. (2016). *Patología dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos*. Barcelona, España: Marge Medica Books.

Ross, H. E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and alcohol dependence*, 39(2), 111-128.

Royo-Isach, J., Magrané, M., Blancafort, F., & Ferrer, J. (2004). Drogas de síntesis: del uso al policonsumo. Algunos riesgos asociados y una propuesta de intervención terapéutica. *Atención primaria*, 33(4), 209-213.

Royo-Isach, J., Magrané, M., Velilla, A., y Martí, R. (2003). Consumidores de cannabis: una intervención terapéutica basada en los programas de disminución de daños y riesgos. *Atención primaria*, 32(10), 590-593.

Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C. y Santo-Domingo, J. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Ruiz Porras, D. (2014). *Patología dual, la función de las drogas: una revisión*. Recuperado de:

<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3107/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saavedra, C. A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva*, 2004(19), 63-103.

Sánchez, L. (2012). *Género y drogas. Guía informativa*. Recuperado de: [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero\\_Drogas.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf)

Santis Barros, R. y Casas, M. (1999). *Diagnóstico dual*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo\\_Santis/publication/242451015\\_Diagnostico\\_Dual/links/02e7e53a19fa1dc687000000/Diagnostico-Dual.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Santis/publication/242451015_Diagnostico_Dual/links/02e7e53a19fa1dc687000000/Diagnostico-Dual.pdf)

Slapak, S. y Grigoravicius, M. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*, 14, 239-249.

Szerman, N., Marín-Navarrete, R., Fernández-Mondragón, J., & Roncero, C. (2015). Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 1(1), 50-67.

Szerman, M.N. (2017). Patología dual: integrando la salud mental. *Revista internacional de Investigación en Adicciones*, 3(2), 1-2.

Tizón, J.L. (2013). *Entender la psicosis: hacia un enfoque integrador*. Barcelona, España: Herder Editorial.

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.I. y Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev Neurol*, 54(12), 750-760.

Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., & Casas, M. (2015). *Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*. Recuperado de: <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>

WHO Expert Committee on Drug Dependence, & World Health Organization. (1969). *WHO Expert Committee on Drug Dependence: sixteenth report*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40710/WHO TRS 407.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40710/WHO_TRS_407.pdf?sequence=1)

World Health Organization WHO (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

World Health Organization WHO (2018). *Alcohol*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

## ANEXOS

### ANEXO 1: GUIÓN DE LA ENTREVISTA A LOS INVESTIGADORES

- ¿Qué formación tienes? ¿Qué estudios has realizado en el campo de la patología dual?
- ¿Qué es la patología dual? ¿Cuándo se le empezó a prestar atención desde la comunidad científica?
- ¿Qué dificultades se presentan en la investigación de la patología dual?
- ¿Ha sido introducida lo suficiente la perspectiva de género en los estudios que se han hecho hasta el momento?
- ¿Qué se puede hacer desde la criminología en el ámbito de la patología dual?
- ¿Qué supondría la regulación de ciertas sustancias sobre las cifras de patología dual?
- ¿Qué se puede hacer para dar visibilidad a la patología dual y concienciar, sobre todo, a los más jóvenes?

## ANEXO 2: GUIÓN DE LA ENTREVISTA AL FUNDADOR DE AERGI

- ¿Cuál es la función que lleváis a cabo en Aergi?
- ¿Son muchos los casos de patología dual que os encontráis? ¿Qué trastornos presentan mayor comorbilidad?
- ¿Qué proporción de mujeres hay en el colectivo al que ayudáis? ¿Es un hándicap el hecho de ser mujer a la hora de la recuperación?
- ¿Estáis apreciando un aumento de los casos de adicciones en jóvenes? ¿Presentan tasas altas de comorbilidad?
- ¿Cuáles son los factores que pueden llevar a una persona a consumir?
- ¿Suelen tener las personas con las que tratáis problemas con la justicia?
- ¿Cómo abordáis los casos de patología dual? ¿Son casos más complicados que en los que solo se presenta la adicción?
- ¿Planteáis como objetivo la abstinencia o hay casos en los que contempláis la reducción de riesgo?
- ¿Es un problema que la red de salud mental y los centros de desintoxicación estén tan separados a la hora de tratar a pacientes con patología dual? ¿Qué otras dificultades os encontráis en el abordaje de los casos de patología dual?
- ¿Es necesario desarrollar nuevos programas de tratamiento que se adapten a las necesidades de cada persona y, de esta forma, sean más efectivos?
- ¿Sería un problema la regulación legal de ciertas sustancias para la patología dual?
- ¿Qué se puede hacer para concienciar sobre los riesgos de las drogas y prevenir el consumo, sobre todo entre los jóvenes?

### ANEXO 3: GUIÓN DE LA ENTREVISTA AL PSICÓLOGO CLÍNICO DEL COTA.

- ¿Qué es COTA y de qué manera lleváis a cabo vuestra actividad?
- ¿Son muchos los casos de patología dual que os encontráis? ¿Qué trastornos presentan mayor comorbilidad?
- ¿Es muy elevada la proporción de mujeres que tratáis? ¿Es un hándicap el hecho de ser mujer a la hora de la recuperación?
- ¿Son más los jóvenes que están desarrollando adicciones en los últimos años? ¿Presentan tasas elevadas de comorbilidad?
- ¿Cuáles son los factores que pueden llevar a una persona a consumir?
- ¿Suelen tener las personas con las que tratáis problemas con la justicia?
- ¿Cómo abordáis los casos de patología dual? ¿Son casos más complicados que en los que solo se presenta la adicción?
- ¿Planteáis como objetivo la abstinencia o hay casos en los que contempláis la reducción de riesgo?
- ¿Es un problema que la red de salud mental y los centros de desintoxicación estén tan separados a la hora de tratar a pacientes con patología dual? ¿Qué otras dificultades os encontráis en el abordaje de los casos de patología dual?
- ¿Es necesario desarrollar nuevos programas de tratamiento que se adapten a las necesidades de cada persona y, de esta forma, sean más efectivos?
- ¿Sería un problema la regulación legal de ciertas sustancias para la patología dual?
- ¿Qué se puede hacer para concienciar sobre los riesgos de las drogas y prevenir el consumo, sobre todo entre los jóvenes?