

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN MEDICINA



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN EN CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y DE COCAÍNA

ADDICTION SEVERITY IN ALCOHOL
AND COCAINE USERS

Isabel Fernández Prieto

Tutor: Carlos Roncero Alonso

Cotutor: Diego Remón Gallo

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Mayo de 2022



ÍNDICE

ÍNDICE DE TÉRMINOS	- 4 -
RESUMEN	- 1 -
1. INTRODUCCIÓN	- 3 -
TRASTORNO RELACIONADO CON SUSTANCIAS: TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	- 3 -
TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL (TCA)	- 3 -
TRASTORNO POR CONSUMO DE COCAÍNA (TCC)	- 5 -
ADICCIÓN	- 6 -
PATOLOGÍA DUAL.....	- 7 -
2. JUSTIFICACIÓN	- 13 -
3. OBJETIVOS	- 13 -
OBJETIVO PRINCIPAL	- 13 -
OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	- 13 -
4. MATERIAL Y MÉTODOS	- 15 -
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA	- 15 -
ESTUDIO	- 15 -
PARTICIPANTES	- 15 -
VARIABLES.....	- 15 -
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	- 16 -
5. RESULTADOS	- 17 -
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	- 17 -
II. NÚMERO DE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS	- 20 -
III. NÚMERO DE SOBREDOSIS	- 22 -
IV. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN DEPENDIENTES DE ALCOHOL.....	- 23 -
V. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN DEPENDIENTES DE COCAÍNA	- 24 -
VI. PATRONES ACTUALES DE CONSUMO EN DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y COCAÍNA	- 26 -
6. DISCUSIÓN	- 29 -
7. CONCLUSIONES	- 33 -
8. BIBLIOGRAFÍA.....	- 35 -
9. ANEXO: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS “HOJA DE ENTRADA”	- 39 -



ÍNDICE DE TÉRMINOS

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).
- Trastorno afectivo (TA).
- Trastorno de ansiedad (TDA).
- Trastorno de personalidad (TP).
- Trastorno por consumo de alcohol (TCA).
- Trastorno por consumo de cocaína (TCC).
- Trastornos por consumo de sustancias (TCS).
- Trastorno psicótico (TPS).
- Trastornos relacionados con sustancias (TRS).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En nuestra sociedad es frecuente la presencia en la misma persona de una adicción y otro trastorno mental (patología dual). El alcohol y la cocaína, por orden de frecuencia, se consideran las sustancias psicoactivas más prevalentes en la actualidad.

OBJETIVOS: Examinar la gravedad del trastorno por consumo de alcohol (TCA) y del trastorno por consumo de cocaína (TCC) en función de variables clínicas (número de ingresos psiquiátricos, número de sobredosis de la sustancia, antecedentes mentales y patrones de consumo) y demográficas (edad, sexo, ...).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha elaborado un estudio descriptivo transversal mediante una entrevista clínica a pacientes de la Unidad para el Tratamiento del Alcoholismo (UTA) y la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y Patología Dual de Los Montalvos. En él participaron 322 pacientes con TCA y 102 con TCC. Se recogieron los datos clínico-epidemiológicos en un registro denominado "hoja de entrada". Para efectuar el contraste de hipótesis se empleó la prueba Chi-Cuadrado con un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS: Se detectó trastorno mental previo en el 56,6 % del grupo con TCA y en el 66,7% de la muestra con TCC. Las comorbilidades más prevalentes fueron el trastorno afectivo, para los pacientes con TCA ($p\text{-valor} > 0.05$), y el trastorno de personalidad ($p\text{-valor} < 0.05$), para el grupo TCC.

CONCLUSIÓN: El TCA y el TCC se asocian con mayor número de ingresos y de sobredosis y a la presencia de otros trastornos mentales (como el trastorno afectivo o el trastorno de ansiedad). Los hombres manifestaron patrones de consumo más prevalentes que las mujeres.

PALABRAS CLAVE: *Alcohol use disorder (AUD), bipolar disorder, cocaine use disorder (CUD), comorbidity, co-occurring disorders, depression, dual diagnosis, personality disorder, psychosis, substance use disorder*



1. INTRODUCCIÓN

TRASTORNO RELACIONADO CON SUSTANCIAS: TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los trastornos relacionados con sustancias (TRS) engloban 10 clases diferentes de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (anfetamina, cocaína, ...), tabaco y otras sustancias. Se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (TCS), en el cual nos centraremos, y trastornos inducidos por sustancias¹.

En la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5)¹ se define el TCS como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que implica perjuicio a nivel clínico y cuyo diagnóstico se establece cuando el sujeto presenta 2 o más síntomas de 11 durante un periodo de tiempo de 12 meses (tal y como se muestra en la Tabla 1)². En dicho manual, se suman los criterios de abuso y dependencia (Tabla 2), recogidos en la edición previa del mismo (DSM-IV-TR)³ para definir este trastorno. Además, se ha eliminado el diagnóstico de polidependencia de sustancias⁴.

La particularidad fundamental que define al TCS es la asociación de síntomas comportamentales, cognitivos y fisiológicos que hacen referencia al continuo consumo de la sustancia por parte de la persona aun sabiendo los inconvenientes derivados del mismo. La gravedad de este trastorno se basa en el número de criterios diagnósticos que se cumplan. Así, se considera leve si el sujeto muestra dos o tres síntomas, moderado si posee cuatro o cinco, y grave a partir de seis o más síntomas².

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL (TCA)

El alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo, según el *Informe EDADES 2019/2020*⁵. En él se pone de manifiesto que el 93% de la población

de entre 15 y 64 años revela haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y que la edad media de inicio del consumo de esta sustancia es de 14 años.

Aunque históricamente este trastorno se ha vinculado con mayor frecuencia a los hombres, un estudio revela que, desde la última década, la ingesta de alcohol está creciendo entre las mujeres (han experimentado un aumento del 84% frente al 35% hallado en el género masculino)⁶. Esto se deriva de los incrementos en el consumo de riesgo y en exceso de bebidas alcohólicas en las niñas durante la adolescencia y en las mujeres adultas (datos que se asocian con mayores problemas de salud mental).

Los síntomas que se incluyen en el TCA son los derivados de la pérdida de control sobre la ingesta, ya sea por incapacidad del sujeto para cesar o reducir el consumo de alcohol, o bien por no poder evitar su reinicio repetidamente⁴. Pueden estar presentes los fenómenos de neuroadaptación a la sustancia (tolerancia y abstinencia)⁴. Aunque no es imprescindible su presencia para referirnos a un TCA, estos contribuyen al desarrollo de la dependencia al alcohol.

La enfermedad tiene una evolución variable y normalmente cursa con periodos de remisión y recaída¹. El desarrollo de este trastorno puede ocurrir con mayor lentitud que el de aquellos que implican otras drogas, por lo que sus secuelas pueden aparecer a una edad más avanzada (aproximadamente a los 40-45 años). Sin embargo, puede progresar rápidamente si el individuo modifica las pautas de consumo y si emplea otras sustancias de manera simultánea. Todo ello contribuye a aumentar la gravedad de la dependencia⁷.

En la adolescencia, el trastorno de conducta y el comportamiento antisocial persistente aparecen frecuentemente asociados al TCA. Sin embargo, en individuos mayores existe una asociación particular con otro tipo de complicaciones médicas. Resulta importante diagnosticar la comorbilidad que pueda presentar la persona dependiente debido a la frecuencia de daño orgánico y/o psiquiátrico asociado¹⁰ (lista de comorbilidades en Tabla 3). Se ha descrito una asociación alta entre otros trastornos psiquiátricos y la dependencia de alcohol, siendo el más relacionado el trastorno antisocial de la personalidad. Aunque también destacan la esquizofrenia (como trastorno psicótico), el trastorno bipolar y algunos trastornos depresivos, además del trastorno afectivo¹

(presente en hasta un 50% de los individuos con TCA), tal y como afirman *Navarrete et al.*⁹, en 2021.

Por último, el TCA se ha relacionado con un incremento significativo del riesgo de sufrir un accidente, violencia y suicidio¹.

TRASTORNO POR CONSUMO DE COCAÍNA (TCC)

La cocaína se considera la segunda droga ilegal más consumida en España, tras el cannabis. De hecho, es el país líder de Europa en cifras de consumidores⁴.

Según la *Encuesta EDADES 2019/2020*⁵, el 10,9% de la población de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida, encontrándose la edad media de inicio de consumo, históricamente, entre los 20 y los 22 años.

La sintomatología derivada de su consumo incluye: euforia, ansiedad, verborrea, agresividad, incremento en la sensación de vigilancia, ideación paranoide, aumento de la actividad sexual, grandiosidad e hiperactividad. Los signos físicos pueden ser taquicardia, hipertensión arterial, midriasis, escalofríos, anorexia, insomnio y movimientos estereotipados¹⁰.

En la revisión del texto del DSM-5 se comprueba que los consumidores de cocaína pueden desarrollar un TCC en una semana, experimentando la mayoría tolerancia o abstinencia. Los estados de continencia se asocian con síntomas depresivos temporales pero intensos que pueden parecerse a un episodio depresivo mayor.

Alrededor del 10-15% de los consumidores regulares de cocaína desarrolla una dependencia¹¹. *Casas y Roncero*⁴, en 2016, describieron la existencia de una elevada comorbilidad con patologías médicas y psiquiátricas (recogidas en la Tabla 4). Estos autores sostienen que hasta el 75% de las personas que solicitan tratamiento padecen otro trastorno psiquiátrico. El TCC a menudo se asocia con otros TCS, sobre todo con los relacionados con sustancias sedantes, como el alcohol y las benzodiazepinas¹. En general, existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en los consumidores de drogas y,

en particular, en los de cocaína (destacando el trastorno bipolar). Así lo exponen *Arias et al.*¹³, en el año 2017, quienes afirman que la comorbilidad de dicho trastorno y el TCS resulta una de las más relevantes de la patología dual y de las que mayor impacto significativo tiene a nivel de salud pública. También destacan la relación con altas tasas de dependencia alcohólica.

La coexistencia de la dependencia de cocaína con otras enfermedades mentales deteriora el pronóstico de ambas. De hecho, la comorbilidad psiquiátrica implica mayor cronicidad, mayor deterioro psicosocial y más dificultades para mantener una adecuada continuidad en el tratamiento⁷.

Entre los sujetos con TCC resulta frecuente la existencia de policonsumo. Muchos utilizan la cocaína para contrarrestar o potenciar el consumo de otras drogas. Por orden de frecuencia, los policonsumidores suelen utilizar: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis y alucinógenos¹⁰.

ADICCIÓN

Trastorno asociado al consumo reiterado de una o más sustancias y caracterizado por asociar complicaciones tanto médicas como psicológicas. Se define como el conjunto de manifestaciones fisiológicas y cognitivas en las que la ingesta de una o varias sustancias adquiere la máxima prioridad para la persona⁴.

Entre los síntomas y signos que ocasiona la adicción se encuentran¹⁰:

- Compulsión.
- Tolerancia.
- Dependencia.
- Efectos perjudiciales para el individuo y/o la sociedad.

PATOLOGÍA DUAL

Aquella definida como la presencia de una adicción y otro trastorno mental en el mismo individuo⁴.

Es una de las primordiales dificultades de los trastornos psiquiátricos y afecta hasta el 60% de este tipo de pacientes, aunque es una entidad infradiagnosticada. Se relaciona con una evolución clínica y adherencia al tratamiento poco alentadoras. Además, cabe destacar el gran coste a nivel sanitario y social que supone¹⁰.

Al tratarse de una comorbilidad de elevada prevalencia es imprescindible una correcta detección del consumo de sustancias entre los individuos con diagnóstico de otro trastorno mental.

Estudios epidemiológicos internacionales evidencian la existencia de dependencia a sustancias en pacientes con distintos trastornos mentales. Así, en ellos se constata la presencia de dicha comorbilidad en el 70-80% de sujetos con esquizofrenia, más del 60% en casos de trastorno bipolar, cifras superiores al 70% en los trastornos de personalidad severos y más del 30% tanto en trastornos por ansiedad y depresión, como en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)¹⁵.

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (DSM-5)

Al menos 2 de los 11 ítems siguientes en un periodo de 12 meses:

1. Consumo en cantidades mayores o por más tiempo del previsto.
2. Deseo persistente de abandono o control del consumo de la sustancia.
3. Consumo de la sustancia durante elevados periodos de tiempo o consecuencias desagradables del consumo.
4. Craving o deseo irrefrenable de consumo.
5. El consumo de la sustancia ha interferido con el cumplimiento de las obligaciones (cuidado de la casa o familia, laborales o escolares).
6. Persistencia en el consumo a pesar de problemas interpersonales o sociales ocasionados por los efectos de la sustancia.
7. Abandono o disminución de actividades sociales, ocupacionales o de ocio para poder consumir la sustancia.
8. Consumo recurrente en situaciones que aumentan la probabilidad de peligro personal (p. ej. conducción, nadar, empleo de maquinaria pesada).
9. Continuación del consumo a pesar de causar problemas físicos o psicológicos.
10. Tolerancia o necesidad de aumentar la dosis de la sustancia para conseguir obtener el mismo efecto.
11. Presencia de sintomatología de abstinencia característica de la sustancia o que se consuma esta para aliviar o evitar dichas manifestaciones.

Según el número de criterios sintomáticos que se cumplen, se define la gravedad del trastorno por consumo de sustancias como:

- **Leve:** presencia de 2 o 3 síntomas.
- **Moderada:** presencia de 4 o 5 síntomas.
- **Grave:** presencia de 6 o más síntomas.

Tabla 1: Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias⁴.

¿Cuál de los criterios expuestos a continuación ha presentado el sujeto durante los últimos 12 meses?

<p><i>Si se cumple 1 criterio:</i></p> <p><u>Abuso</u></p>	El consumo de la sustancia ha interferido con el cumplimiento de las obligaciones (cuidado de la casa o familia, laborales o escolares).
	Consumo recurrente en situaciones que aumentan la probabilidad de peligro personal (por ejemplo: conducir, nadar, emplear maquinaria pesada, mantener relaciones sexuales sin protección).
	Arresto policial en más de una ocasión o problemas legales debidos al consumo de la sustancia. (Criterio no incluido en el DMS-V).
	Persistencia en el consumo a pesar de problemas interpersonales o sociales ocasionados por los efectos de la sustancia.
<p><i>Si se cumplen 3 criterios:</i></p> <p><u>Dependencia</u></p>	Tolerancia o necesidad de aumentar la dosis de la sustancia para conseguir obtener el mismo efecto.
	Presencia de sintomatología de abstinencia característica de la sustancia o que se consuma esta para aliviar o evitar dichas manifestaciones.
	Consumo en cantidades mayores o por más tiempo del previsto.
	Deseo persistente de abandono o control del consumo de la sustancia.
	Consumo de la sustancia durante elevados periodos de tiempo o consecuencias desagradables del consumo.
	Abandono o disminución de actividades sociales, ocupacionales o de ocio para poder consumir la sustancia.
	Continuación del consumo a pesar de causar problemas físicos o psicológicos.

Tabla 2: Criterios diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias (DSM-IV-TR)³.

COMORBILIDADES MÉDICAS

Sistema neurológico

- Demencia neurodegenerativa
- Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff
- Deterioro cognitivo y degeneración cerebelosa

Sistema gastrointestinal

- Reflujo Gastroesofágico
- Esteatosis hepática alcohólica
- Hepatitis alcohólica. Cirrosis hepática alcohólica
- Pancreatitis

Sistema endocrino y metabólico

- Cetoacidosis alcohólica
- Hipoglucemia
- Hiperuricemia
- Dislipidemias
- Desnutrición
- Diabetes Mellitus Tipo II

Sistema hematológico

- Aumento del volumen corpuscular medio
- Deficiencias de ácido fólico y vitamina B12
- Megaloblastosis por alteración en la absorción gastrointestinal
- Alteración de la coagulación en hepatopatía crónica severa

Procesos neoplásicos malignos

- Tracto gastrointestinal
- Hígado
- Mama

Sistema cardiovascular

- Cardiomiopatía dilatada
- *Beriberi-húmedo*
- Evento Vascular Cerebral
- Hipertensión
- Arritmias cardíacas
- Enfermedad cardíaca coronaria (ECC)

Tabla 3: Comorbilidades médicas y psiquiátricas en la dependencia de alcohol^{8,17}.

Sistema inmunológico

- Leucopenia

Sistema osteomuscular

- Osteoporosis.
- Miopatías

Sistema reproductivo

- Puede afectar la fertilidad en hombres y mujeres

Índice de mortalidad

- En mujeres menores de 45 años y hombres menores de 35 años aumenta la mortalidad de manera global, independientemente de la dosis consumida.

COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

- Trastornos de ansiedad
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Trastornos delirantes
- Trastornos de la personalidad
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Trastornos de la alimentación

Continuación de Tabla 3.

COMPLICACIONES MÉDICAS	COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intoxicación: efectos simpaticomiméticos. ▪ Otorrinolaringológicas (perforaciones del tabique nasal, sinusitis). ▪ Respiratorias (neumotórax, bronquitis, pulmón de “crack”). ▪ Cardiovasculares (síndrome coronario agudo, arritmias, infarto agudo de miocardio, crisis hipertensivas). ▪ Neurológicas (convulsiones, focalidad, cefaleas, mareos). ▪ Infecciones (VIH, hepatitis, endocarditis, abscesos), intoxicaciones por adulterantes. ▪ Obstétricas (abruptio placentae, teratogenia). ▪ Sexuales (disfunciones sexuales, amenorrea, ginecomastia). ▪ Endocrinas. ▪ Otras: renales y gastrointestinales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos psiquiátricos inducidos por psicoestimulantes (intoxicación, abstinencia). ▪ Trastornos psicóticos. ▪ Trastornos afectivos (trastornos bipolares, estacionales, cíclicos. En menor medida los trastornos depresivos). ▪ Trastornos de ansiedad. ▪ Trastorno de personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad. ▪ Trastornos obsesivo-compulsivos. ▪ TDAH. ▪ Trastornos disociativos. ▪ Trastornos del sueño. ▪ Disfunciones sexuales. ▪ Síndrome confusional. ▪ Trastornos neurocognitivos.

Tabla 4: Comorbilidades médicas y psiquiátricas en la dependencia de cocaína⁴.

2. JUSTIFICACIÓN

Dada la alta prevalencia de consumo de alcohol y de cocaína en nuestro medio y la repercusión psico-social y sanitaria que ello conlleva (tanto para el individuo como para la sociedad), se realiza un estudio para examinar la gravedad del trastorno por consumo de alcohol y del trastorno por consumo de cocaína en dos muestras de pacientes del Área de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Establecer si existe relación entre la gravedad de la dependencia de alcohol, por un lado, y de la dependencia de cocaína, por otro, y las siguientes variables:

- El número total de ingresos en el Servicio de Psiquiatría.
- El número de sobredosis de la sustancia.
- Antecedentes psiquiátricos.

Para poderlos llevar a cabo, se parte de las siguientes hipótesis:

1. A mayor número de ingresos psiquiátricos, mayor será la severidad del trastorno por consumo (TCA o TCC).
2. Cuantas más sobredosis tenga el individuo, más grave será su dependencia a las sustancias alcohol o cocaína.
3. La presencia de antecedentes psiquiátricos empeora la dependencia de alcohol o de cocaína.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Estudiar los patrones de consumo de los individuos.
- Análisis sociodemográfico de las muestras.



4. MATERIAL Y MÉTODOS

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para documentar la evidencia existente y poder llevar a cabo los objetivos planteados, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed. Para ello, se han introducido una serie palabras clave:

Alcohol use disorder (AUD), cocaine use disorder (CUD), substance use disorder, co-occurring disorders, depression, bipolar disorder, personality disorder, comorbidity, dual diagnosis, psychosis.

ESTUDIO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal mediante una entrevista clínica realizada en consulta a los sujetos participantes. Para poder llevarlo a cabo, los datos se recogieron de manera individual por medio de la “Hoja de entrada” (véase anexo). Los pacientes pertenecen a la Unidad para el Tratamiento del Alcoholismo (UTA) y a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y Patología Dual de Los Montalvos. Para poder elaborar el trabajo de investigación con la información facilitada se explicó que esos datos se utilizarían de manera anónima.

PARTICIPANTES

Se han seleccionado 322 pacientes con TCA y otras drogas, sumando criterios de consumo regular, abuso y dependencia (sin tener en cuenta la cocaína, que será analizada aparte), y 102 individuos con TCC y otras drogas, sin incluir el alcohol.

VARIABLES

La hoja de recogida de datos con la que trabajamos incluye una serie de variables demográficas (edad, sexo, nacionalidad, etc.) y clínicas (antecedentes psiquiátricos, motivo de consulta, sintomatología, sustancias consumidas, cantidad de estas, etc.) relevantes para el estudio.

Las variables clínicas seleccionadas para poder llevar a cabo el trabajo fueron:

1. Número (nº) total de ingresos en Psiquiatría.
2. Nº de sobredosis de: alcohol y cocaína.
3. Antecedentes psiquiátricos (trastorno psicótico, trastorno afectivo, trastorno de personalidad, trastorno de ansiedad y otros).
4. Patrones de consumo actual de las sustancias alcohol y cocaína.

La información se registró y analizó en el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para comenzar, se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas mencionadas anteriormente. En este caso, las variables cualitativas se han expresado como número y porcentaje, mientras que las cuantitativas con la media, como medida de tendencia central, y la desviación estándar, como medida de dispersión.

En segundo lugar, se llevó a cabo el contraste de hipótesis para las variables cualitativas mediante la prueba Chi-Cuadrado (χ^2), que permite establecer si existe relación estadísticamente significativa entre:

- el TCA y la presencia de antecedentes psiquiátricos.
- el TCC y la presencia de antecedentes psiquiátricos.
- los patrones de consumo de cocaína y alcohol y otros trastornos psiquiátricos.

Como es habitual, la hipótesis nula (H0) indica que ambas variables son independientes, mientras que la hipótesis alternativa (H1) hace referencia a que existe algún grado de asociación entre las variables.

Para la significación estadística se utiliza un error alfa inferior al 5% (*p-valor* < 0.05).

5. RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra a estudio estuvo integrada por 322 pacientes con TCA y 102 con TCC. Tal y como se puede observar en el Gráfico 1, los consumidores de alcohol abarcan edades comprendidas entre los 20 y los 80 años, siendo la media de 50,11 años (Desviación estándar o DE: 11,08). Por otro lado, los consumidores de cocaína presentan entre 20 y 60 años, siendo la media de 45,23 años (DE: 8,62).

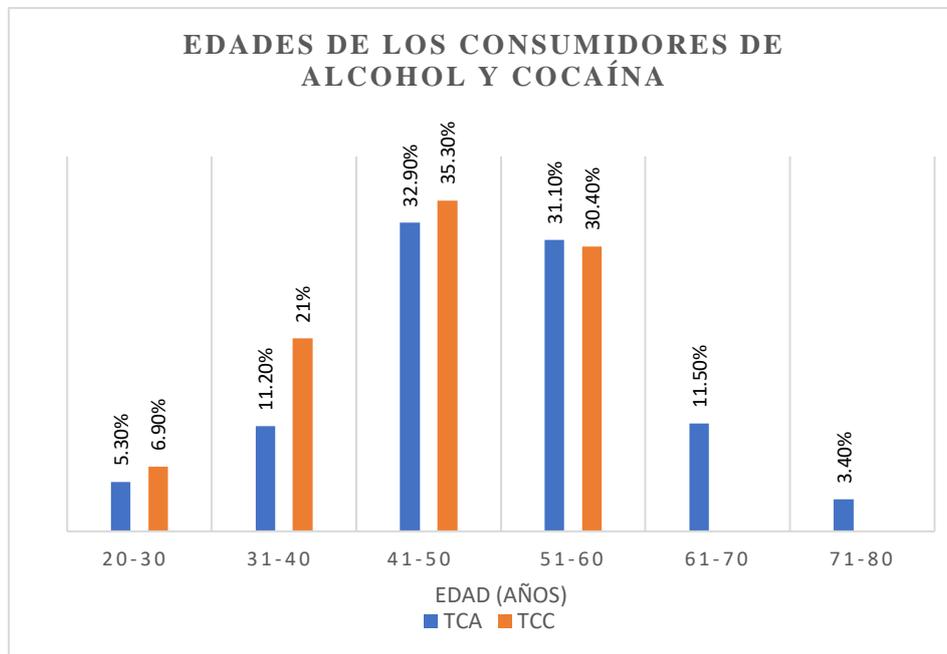


Gráfico 1

En la Tabla 5 destacamos que tanto el TCA como el TCC resultan más prevalentes en los hombres. Así lo reflejan las cifras de 75,8 % (n= 244) para el consumo de alcohol y 73,5 % (n=75) para el de cocaína.

	<u>TCA</u>		<u>TCC</u>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SEXO				
- Hombre	244	75,8 %	75	73,5 %
- Mujer	78	24,2 %	27	26,5 %
NACIONALIDAD				
- Española	301	93,5 %	94	92,2 %
- Europea (otras)	11	3,4 %	7	6,9 %
- América del Norte	-	-	-	-
- América Latina	8	2,5 %	-	-
- África	-	-	1	1 %
NIVEL ACADÉMICO				
- Dificultades para leer o escribir	3	0,9 %	5	4,9 %
- Estudios primarios no finalizados	59	18,3 %	29	28,4 %
- Certificado escolar	124	38,5 %	36	35,3 %
- Bachillerato/Formación Profesional	88	27,3 %	22	21,6 %
- Estudios universitarios	38	11,8 %	3	2,9 %
ESTADO CIVIL				
- Soltero	111	34,5 %	62	60,8 %
- Casado/Pareja	106	32,9 %	11	10,8 %
- Separado/Divorciado	83	25,8 %	22	21,6 %
- Viudo	13	4 %	7	6,9 %
SITUACIÓN LABORAL				
- Activo	69	21,4 %	8	7,8 %
- Paro	111	34,5 %	42	41,2 %
- Baja	42	13 %	8	7,8 %
- Jubilado/Pensionista	81	25,2 %	36	35,3 %
- Otros	13	4 %	6	5,9 %

Tabla 5: Características sociodemográficas.
Fuente: elaboración propia.

En consonancia con los resultados de la siguiente gráfica relacionada con los antecedentes legales (Gráfico 2), observamos que el 36% de los dependientes de alcohol tuvieron problemas con la justicia, mientras que en el grupo de pacientes con TCC esta cifra es notablemente superior (69%).

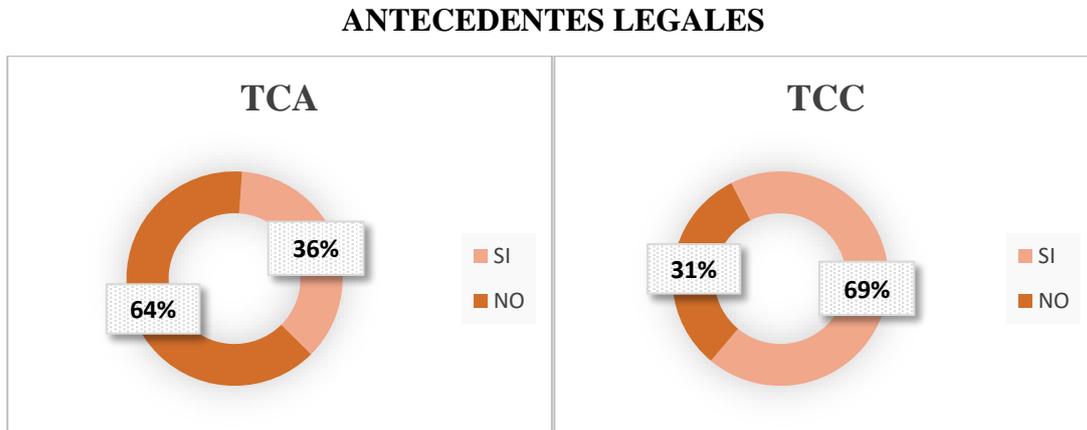


Gráfico 2. Antecedentes legales en las muestras de TCA y TCC.

En cuanto a los antecedentes familiares a nivel psiquiátrico, en el grupo de TCA se ha registrado una menor prevalencia (38%) que en el TCC (45%). Estos datos se pueden comprobar en el Gráfico 3.

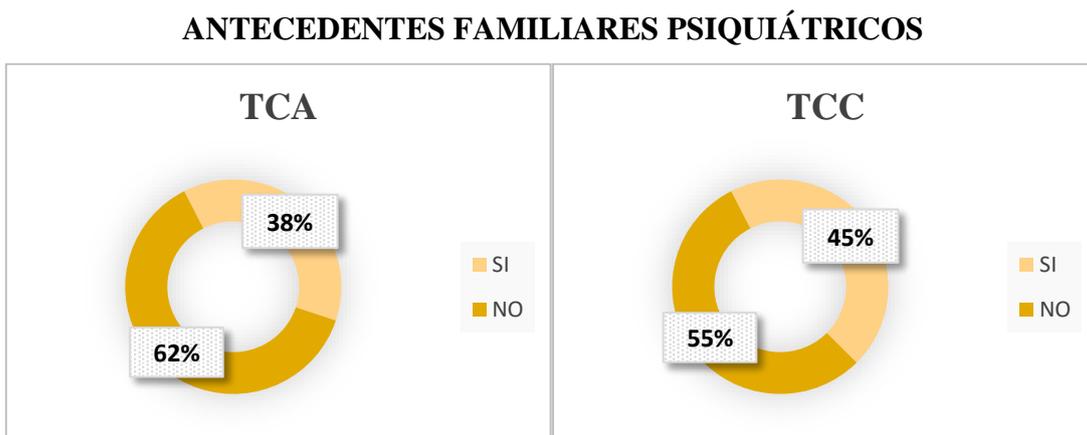


Gráfico 3. Antecedentes familiares psiquiátricos en las muestras de TCA y TCC.

Los resultados de los antecedentes médicos se ilustran en el Gráfico 4. En ellos, se confirma la presencia de patología previa en el 79% de los sujetos con TCA y en el 82% de los pacientes con TCC.

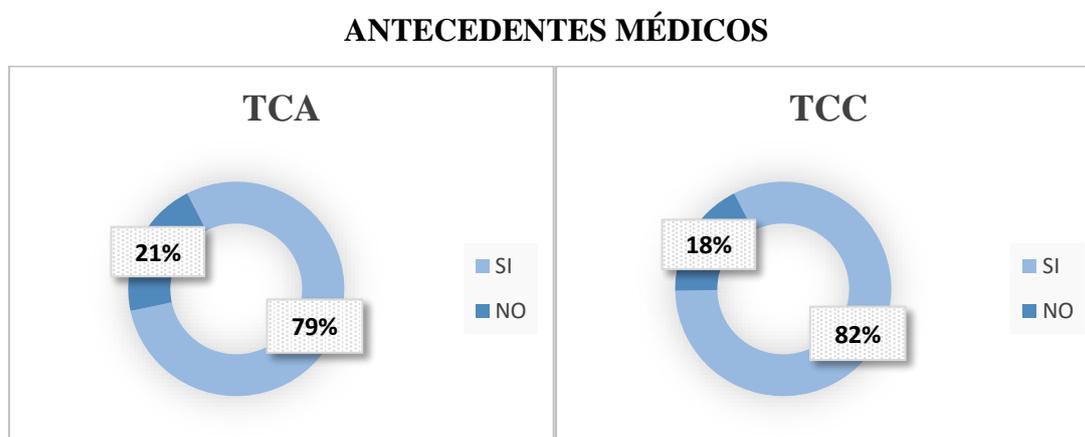


Gráfico 4. Antecedentes médicos en las muestras de TCA y TCC.

II. NÚMERO DE INGRESOS PSIQUIÁTRICOS

Para abordar la primera hipótesis del estudio, se analizó la tendencia de los datos (Tabla 6). En primer lugar, detectamos que los consumidores de cocaína tenían un mayor nº de ingresos anotados (Media: 0,69 con DE: 2,4) en comparación con el grupo consumidor de alcohol (Media: 0,41 con DE: 1,52).

En segundo lugar, se realizó una tabla cruzada con los ingresos psiquiátricos y cada uno de los trastornos (TCA y TCC) para comprobar la relación existente entre ambos. En el caso del TCA, se obtuvo un resultado para la significación estadística inferior a 0.05 (*p-valor*: 0.020), por lo que rechazamos la hipótesis nula, estableciendo dependencia entre las variables. Al estudiar el TCC, demostramos que no aparece relación estadísticamente significativa (*p-valor*: 0.250) entre la dependencia de cocaína y el nº de hospitalizaciones.

	Media	Mediana	Desviación estándar (DE)	Significación asintótica (bilateral) (<i>p</i> -valor)
TCA	0,41	0,00	1,52	0.020
TCC	0,69	0,00	2,4	0.250

Tabla 6. Medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

Se ha encontrado que solo el 16% de los pacientes con TCA han ingresado en alguna ocasión, teniendo la mayoría (7,2%) una única hospitalización y el 4,4%, dos admisiones (Gráfico 5).



Gráfico 5

Se ha encontrado que el 17% de los sujetos con TCC fueron hospitalizados, de los cuales la mayoría (9,1%) lo hicieron una vez (Gráfico 6).

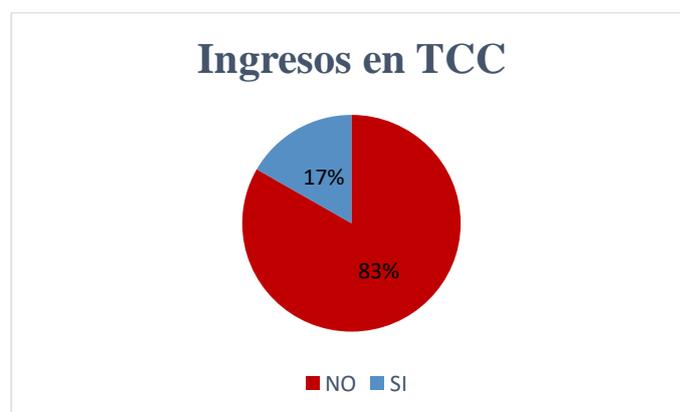


Gráfico 6

III. NÚMERO DE SOBREDOSIS

Los consumidores de alcohol muestran una media de sobredosis mayor a los de cocaína (1,05 con DE: 2,98 frente a 0,24 con DE: 0,66). Para ambos se cumple la existencia de asociación (p -valor < 0.05) entre padecer el trastorno y presentar intoxicación aguda. Así, se acepta la hipótesis alternativa a un nivel de confianza del 95%. (Tabla 7).

El 71,7% de los sujetos con TCA no han presentado sobredosis a lo largo de su enfermedad, tal y como se comprueba en el Gráfico 7. Al analizar a los dependientes de cocaína, se comprobó que la cifra se elevaba a 85,3%.

	Media	Mediana	DE	Significación asintótica (bilateral) (p -valor)
TCA	1,05	0,00	2,98	0.000
TCC	0,24	0,00	0,66	0.002

Tabla 7. Medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

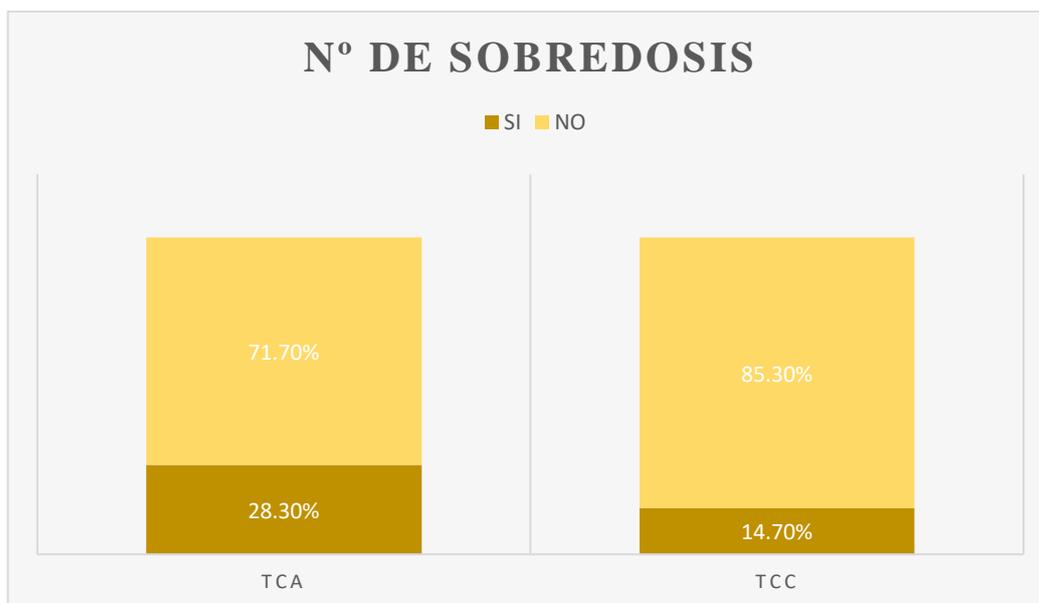


Gráfico 7

IV. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN DEPENDIENTES DE ALCOHOL

De los 322 sujetos con TCA, el 56,6% (n= 181) tenían antecedentes psiquiátricos, tal y como se comprueba en el Gráfico 8. Al realizar la prueba de Chi-Cuadrado y obtenerse una significación asintótica de 0.000, concluimos que existe relación estadísticamente significativa entre las variables analizadas en este apartado.

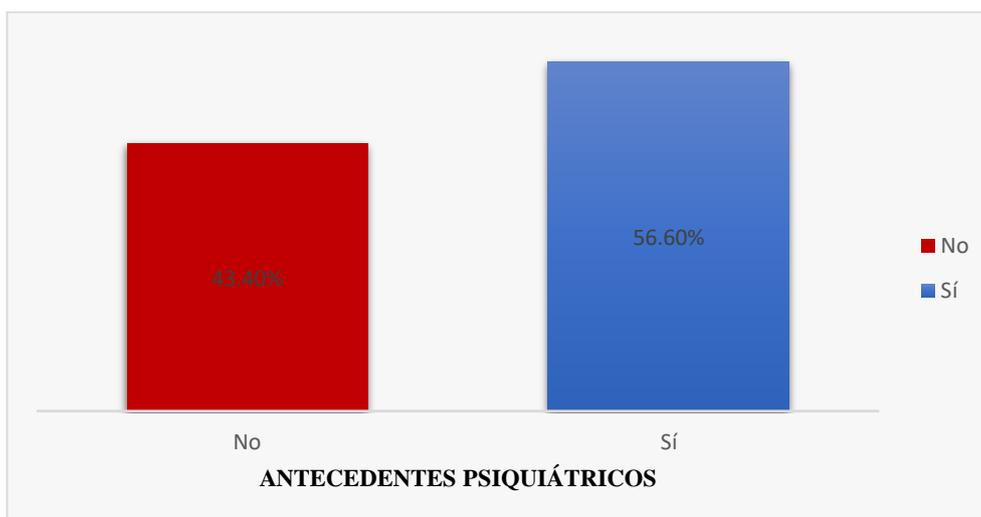


Gráfico 8

En el Gráfico 9 observamos la distribución de trastornos mentales en la población dependiente de alcohol. En ella, el más frecuentemente encontrado (43,8%) fue el trastorno afectivo, seguido del trastorno de ansiedad (17,1%), con significaciones estadísticas de 0.481 y 0.102 respectivamente (Tabla 8). Estos valores indican que, en nuestro estudio, ninguno de los trastornos mencionados previamente se asocia con el consumo de alcohol (p -valor > 0.05). No obstante, sí se ha hallado relación con el trastorno de personalidad y los desórdenes psicóticos.

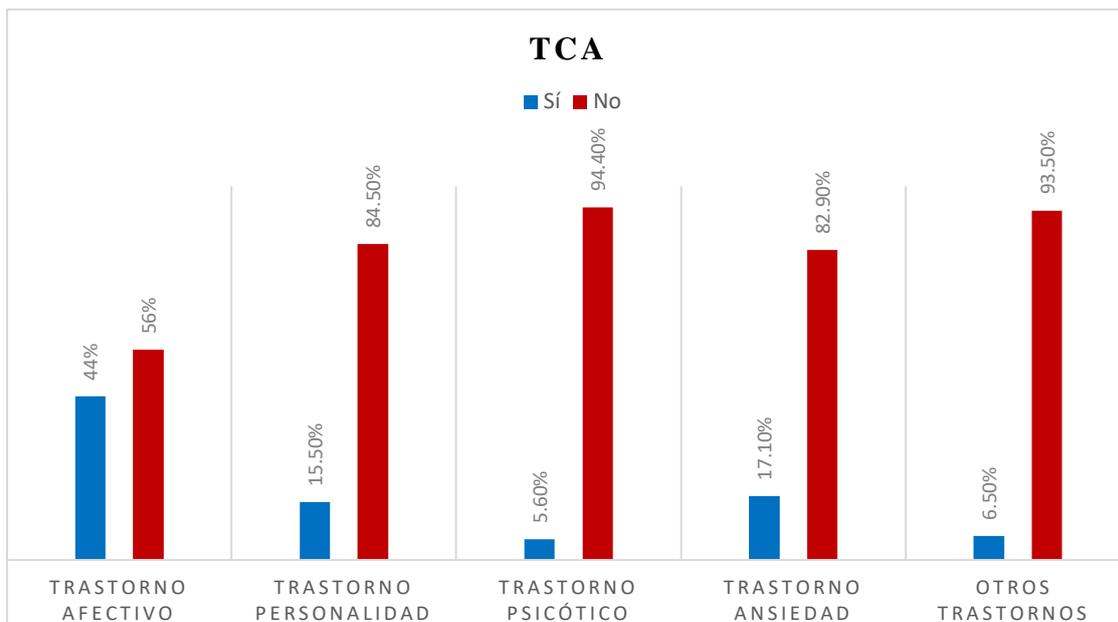


Gráfico 9. Distribución del trastorno mental en TCA.

	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Chi - cuadrado</u>	<u>Significación asintótica (bilateral) (p-valor)</u>
Trastorno afectivo (TA)	141	43,8 %	1,46	0,481
Trastorno de personalidad (TP)	50	15,5 %	36,43	0,000
Trastorno psicótico (TPS)	18	5,6 %	21,45	0,000
Trastorno ansiedad (TDA)	55	17,1 %	4,56	0,102
Otros trastornos	21	6,5 %	3,83	0,147

Total de sujetos: 322.

Tabla 8. Distribución del trastorno mental en TCA.

Fuente: elaboración propia.

V. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN DEPENDIENTES DE COCAÍNA

De los 102 sujetos con TCC, el 66,7% (n= 68) tenían enfermedad mental previa (Gráfico 10). Según el resultado de *p-valor* (0.928), no se rechaza la hipótesis nula y, por consiguiente, se afirma que la presencia del trastorno es independiente de los antecedentes mentales.

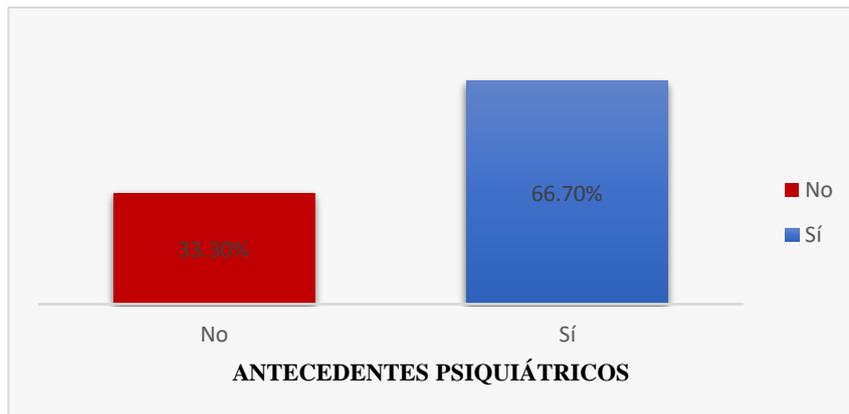


Gráfico 10

En el Gráfico 11 podemos verificar que los trastornos más prevalentes dentro del grupo consumidor de cocaína son el TP (38,2%), el TA (31,4%) y el TDA (22,5 %), encontrándose asociación con los dos primeros (Tabla 9). Por tanto, rechazamos la hipótesis nula de independencia de dichos trastornos mentales con respecto a la dependencia a la sustancia con un intervalo de confianza del 95%.

En lo que respecta al trastorno psicótico, cabe señalar que la tasa de prevalencia entre el grupo dependiente de cocaína es del 21,6%, con una significación estadística de 0.002 (de nuevo, confirmamos la relación entre este desorden y el TCC). Esta cifra resulta notablemente superior a la hallada en el TCA, donde solo el 5,6% de la muestra presentaba esta comorbilidad (Tabla 8).

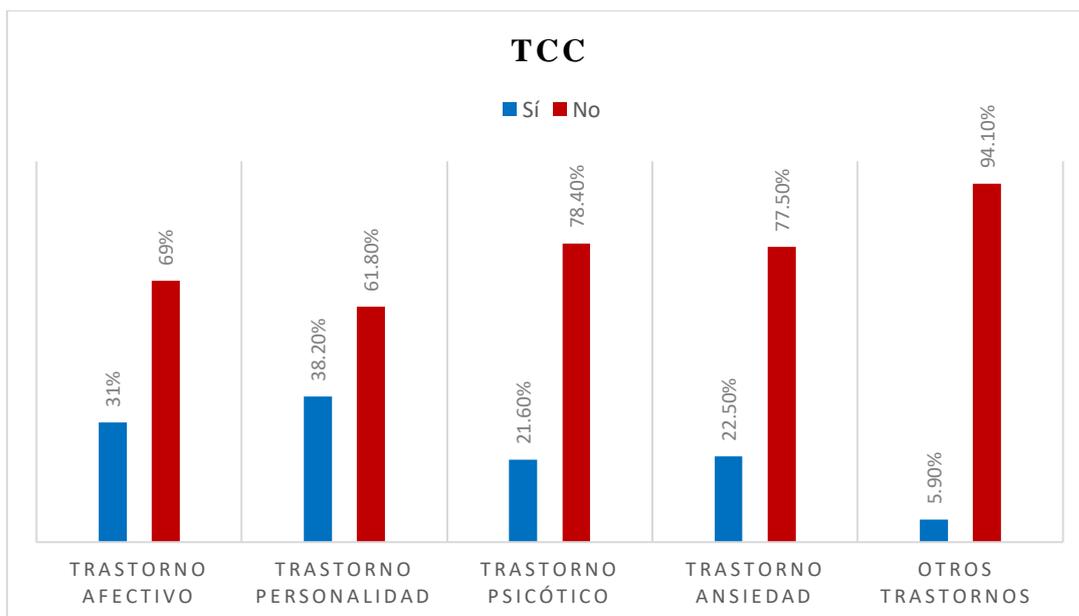


Gráfico 11. Distribución del trastorno mental en TCC.

	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Chi - cuadrado</u>	<u>Significación asintótica (bilateral) (p-valor)</u>
Trastorno afectivo (TA)	32	31,4 %	6,85	0.033
Trastorno de personalidad (TP)	39	38,2 %	7,47	0.024
Trastorno psicótico (TPS)	22	21,6 %	9,57	0.002
Trastorno ansiedad (TDA)	23	22,5 %	0,96	0.618
Otros trastornos	6	5,9 %	1,36	0.506

Total de sujetos: 102.

Tabla 9. Distribución del trastorno mental en TCC.

Fuente: elaboración propia.

VI. PATRONES ACTUALES DE CONSUMO EN DEPENDIENTES DE ALCOHOL Y COCAÍNA

Aproximadamente el 60% de los integrantes de la muestra TCA presentan un consumo diario, mientras que en el caso del TCC esta cifra desciende al 49%. Si nos fijamos en el periodo de fin de semana, encontramos una mayor proporción entre los dependientes de cocaína (3,9% frente a 2,8%). En cambio, es el grupo TCA el que presenta una prevalencia más elevada (8,7%) de consumir varias ocasiones a la semana (Gráfico 12). Al realizar las tablas cruzadas en el programa SPSS y obtener un resultado de *p-valor* inferior a 0.05, detectamos la existencia de asociación entre el modo de consumir y el TCA o TCC.

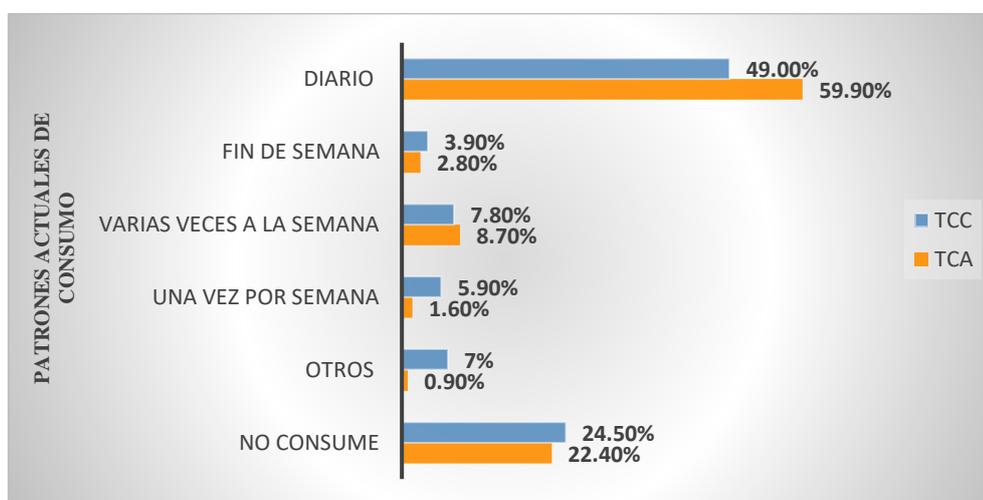


Gráfico 12. Patrones de consumo para las sustancias alcohol y cocaína.

Respecto a la distribución de los distintos patrones de consumo de bebidas alcohólicas según el sexo, en el Gráfico 13 se pueden observar mayores tasas en los hombres que en las mujeres.

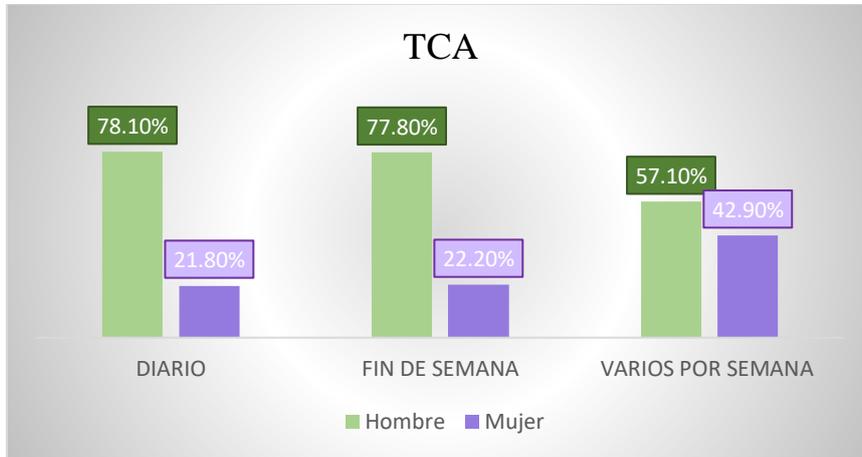


Gráfico 13. Patrones de consumo según sexo en TCA.

Analizando el grupo dependiente de cocaína, podemos constatar que ocurre algo similar a lo mencionado en el apartado anterior. De nuevo, el sexo masculino es el que cuenta con mayores porcentajes en cada modo de consumo (Gráfico 14).

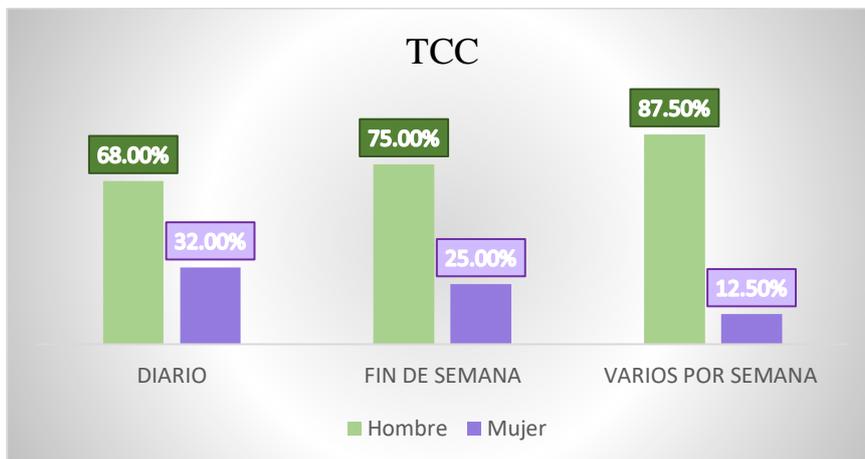


Gráfico 14. Patrones de consumo según sexo en TCC.



6. DISCUSIÓN

En la muestra analizada de pacientes con TCA, la edad media fue de 50,11 años (DE: 11,08). La mayoría presentaban edades comprendidas entre los 41 y los 50 años (32,9%). Según los resultados de la *Encuesta EDADES 2019/2020*⁵, la población con mayor prevalencia de una posible dependencia a esta sustancia fue la de 35 a 44 años (6%).

En la población estudiada con TCC, el número medio estimado de años fue de 45,23 (DE: 8,62). Se identificó la franja de edad de 41-50 años (35,3%) como la de mayor porcentaje. Por tanto, en el presente estudio se han encontrado diferencias en las tendencias en comparación con el *Informe EDADES 2019/2020*⁵, donde se expone que la mayor prevalencia de consumo de cocaína fue a los 25-34 años (3,7%).

Se encontró que el 75,8% de los sujetos con TCA eran hombres, ocurriendo algo similar en el TCC (73,5%). Todo ello concuerda con lo mencionado en el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de 2021⁵.

Es interesante observar que el número medio de ingresos para el grupo TCC fue superior al de los usuarios de alcohol (0,69 de media, para la cocaína, frente a 0,41 de media, para el alcohol). Como han informado algunos autores, los TCC posiblemente se asocian con mayor número de hospitalizaciones¹⁷. De cara al número de sobredosis, la población más afectada fue la consumidora de alcohol con una media de 1,05 sobredosis frente a 0,24 de media que se obtuvo en los pacientes con TCC. Además, se registró que el 28,3% de los que conforman el grupo TCA manifestó alguna intoxicación. En cambio, esta cifra en los dependientes de cocaína disminuye hasta el 14,7%.

Tal y como muestran nuestros resultados, un notable porcentaje de los consumidores de alcohol (56,6%) tenían registrados antecedentes psiquiátricos, existiendo asociación entre estos y el trastorno. Dichas averiguaciones confirman lo ya encontrado por *Cuadrado*¹⁸, quien evidencia la relación entre la dependencia de alcohol y otros trastornos psiquiátricos.

Dentro del historial de salud mental de nuestros pacientes, el trastorno más dominante fue el TA (43,8%), no encontrándose significación estadística (*p*-valor: 0.481). Según *Pascual et al.*¹⁹, los pacientes con coexistencia de TCA y TA desarrollan un perfil clínico más grave. El segundo trastorno más prevalente fue el TDA (17,1%) y el tercero, el TP (15,5%). En ellos no se apreció relación entre la dependencia de alcohol y el TDA. Sin embargo, sí fue considerable la asociación con el TP.

Existe numerosa literatura que relaciona los estados ansiosos y el alcoholismo, como *Casas y Guardia*²⁰, que sostienen que existe relación recíproca entre ambos. Así mismo, dieron a conocer la facilidad que muestran los sujetos con ansiedad de desarrollar un TCA, y viceversa. Según *McHugh y Weiss*²¹, el trastorno depresivo mayor es el más concurrente entre los individuos con TCA. Además, concluyeron que la presencia de ambos trastornos se asocia con una mayor gravedad para los dos.

Por otro lado, en un estudio epidemiológico de psicopatología se demostró que el 42% de los participantes que tenían diagnóstico de algún TP también cumplieron con los criterios diagnósticos de dependencia de alcohol recogidos en el DSM-IV²². Se han encontrado prevalencias comunitarias para el trastorno antisocial de la personalidad del 1-4%, mientras que para el trastorno límite de la personalidad (borderline) los valores oscilan entre el 1% y el 6%²³.

Si nos fijamos en nuestra muestra, podemos comprobar que únicamente el 5,6% tenían algún trastorno del espectro de la esquizofrenia (trastorno psicótico) y que está relacionado con el TCA (*p*-valor: 0.000). Este dato contrasta con la investigación de *Archibald et al.*²⁴, de 2019, quienes sostienen que los pacientes con dicho tipo de trastorno presentan altas prevalencias de dependencia de alcohol, encontrando que en el 18,9% de individuos con psicosis inducida por sustancias el alcohol era la principal.

En lo que respecta a los antecedentes mentales del grupo consumidor de cocaína, este estudio detectó una frecuencia aún mayor que en el TCA (66,7%) sin encontrar asociación (exceptuando algunos trastornos, como TA, TP y TPS). En nuestra cohorte de pacientes, se detectó una predominancia de TP del 38,2%, lo que concuerda con el 41,2% hallado por *Requena-Ocaña et al.*²⁵, en 2021. Además, estos investigadores concluyeron que el trastorno antisocial fue más prevalente que el borderline (22,1% vs 19,1%).

En segundo lugar, la prevalencia de TA fue de 31,4%. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por *Requena-Ocaña et al.*²⁵, en la que se halló que el 35,3% de los pacientes consumidores de cocaína presentaban dicho trastorno (siendo el más prevalente el trastorno depresivo mayor, dato coincidente con lo expuesto anteriormente en el apartado del alcohol).

Según los resultados obtenidos, el 22,5% de los pacientes con TCC analizados padecen un trastorno de ansiedad. Algunos estudios apuntan comorbilidades de entre el 3 y el 15%¹¹.

En último lugar, haciendo referencia a los desórdenes psicóticos, encontramos datos discordantes con los publicados en la literatura (21,6 de cada 100 pacientes de la UTA estaban diagnosticados de TPS, sin embargo, en otras cohortes se han observado cifras del 10,7%)²⁵.

Al analizar los patrones de consumo de alcohol y de cocaína en ambos sexos, en la presente investigación el grupo más prevalente fue el masculino. Dentro de los sujetos con TCA que consumen a diario, el 78,1% fueron hombres. En la literatura encontramos que en la relación entre el consumo de alcohol y el género también destaca el sexo masculino (el hábito entre mujeres resulta cuatro veces inferior al de los hombres, con prevalencias de consumo diario de 3,4% frente a 14,2%)⁵, lo que concuerda con nuestro estudio. Sin embargo, estos resultados contrastan con lo que *Guinle y Sinha*⁶, en 2020, confirmaron. Las autoras evidenciaron que la tasa de prevalencia de TCA se había incrementado en la última década debido a un aumento de la tasa de este en mujeres, a expensas del consumo excesivo de alcohol y de atracones.

En lo que respecta al TCC, el porcentaje más alto de consumo lo obtuvimos en el periodo de fin de semana, resultado la mayoría (75%) hombres. En una revisión se demostró que en los últimos tiempos ha habido un crecimiento en el consumo de esta sustancia para ambos sexos, presentando menores tasas el femenino²⁵. Este hallazgo apoya la investigación previa de *Caballero Martínez*¹¹, quien también confirmó que el uso de cocaína difiere entre hombres y mujeres, lo que se ajusta con nuestra investigación. Además, afirma que la adicción a dicha sustancia puede desarrollarse más velozmente en el género femenino.

El presente estudio tiene como limitación, a considerar en próximas investigaciones, la falta de información acerca de los subtipos de trastornos mentales asociados tanto a la dependencia de alcohol como a la de cocaína. Debido a ello, se sugieren direcciones de investigación futuras para comprender mejor la comorbilidad de estas afecciones.

7. CONCLUSIONES

- Los sujetos con TCC presentan una mayor tasa de admisiones hospitalarias que el grupo con TCA. Existe relación estadísticamente significativa entre este último y el número de ingresos.
- Las sobredosis fueron más prevalentes entre los consumidores de alcohol. Tanto en el TCA como el TCC se establece asociación con el número de intoxicaciones agudas.
- El grupo con TCC registró una mayor incidencia de antecedentes psiquiátricos que el colectivo con TCA, con el cual se encontró asociación.
- La comorbilidad más prevalente entre los pacientes con TCA fue el TA, pero las que se encuentran más asociadas son el TP o el TPS.
- El TCC se asocia con el TP, que es el más frecuente, y también con el TA y el TPS.
- Se detecta una mayor prevalencia de TPS entre el grupo con TCC que en el que presenta TCA.
- El perfil de consumo más presente en los dos grupos ha sido el diario y en el género masculino.
- La franja de edad de 41-50 años es la predominante para las dos muestras de pacientes examinadas. Tras ella, prevalece la de 51-60 años.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bagney A, De A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014.
2. Becoña E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. C. Med. Psicosom. 2014;110:58-61.
3. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1.^a ed. Barcelona: MASSON, S.A; 1995. Disponible en:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Casas M, Roncero C. Patología dual: fundamentos clínicos y terapéuticos. Barcelona: Marge Books; 2016.
5. Brime B, García N, León L, Llorens N, López M, Molina M, Tristán C, Sánchez E. (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones). INFORME 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.; 2021. Disponible en:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
6. Guinle MI. The Role of Stress, Trauma, and Negative Affect in the Development of Alcohol Misuse and Alcohol Use Disorders in Women. Alcohol Research: Current Reviews. 2020;40(2). Disponible en:
<https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.05>
7. Jiménez Arriero MA, Pascual Pastor F, Flórez Menéndez G, Contel Guillamón M. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA. 2^aed. Socidrogalcohol, editor. Barcelona. Disponible en:
<https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/guia-clinica-alcohol-segunda-edicion-2008.pdf>
8. Ramírez López AB, Vázquez Salcedo E. Biblioteca Virtual en Adicciones. Manual para el Manejo de los Trastornos por uso de alcohol. Disponible en: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/tratamiento/libro2.pdf>

9. Navarrete F, Rubio G, Manzanares J. Guía de intervención clínica para el manejo del trastorno por uso de alcohol. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2021.
10. Manual del Residente en Psiquiatría. Madrid: editorial desconocido; 2009. Disponible en: http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatría2.pdf
11. Caballero Martínez L. Fundación Centro Solidaridad Zaragoza: Proyecto hombre, drogas, centro rehabilitación, tratamiento adicciones. Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento; 2005. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/144.pdf>
12. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: MEDITOR; 1996. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43979/9788487548284_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. Adicciones. 2016; 29(3):186. Disponible en: <https://doi.org/10.20882/adicciones.782>
14. Acosta López J, Cervantes Henríquez ML, Pineda Alhucema WF, De la Torre Peña G, López Aristizábal L, Cárdenas Cueto B. Policonsumo desde una perspectiva neuropsicológica. Psicogente. 2011;14(25):178-89. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552358015>
15. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, Basurte-Villamor I, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga J, Piqué N, Casas M. Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. Sanidad y Ediciones, S.L.; 2015. Disponible en: <https://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>
16. Corbella EC. Drogadependencia: una auténtica epidemia. Conceptos fundamentales, mitos y creencias. UPECEN-Institucional. 2011;1(1):56. Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/UPECEN/49>
17. Preuss UW, Schaefer M, Born C, Grunze H. Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. Medicina. 2021;57(11):1256. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina57111256>

18. Cuadrado Callejo P. Dependencia alcohólica con y sin trastornos psiquiátricos asociados. *Adicciones*. 2000;12(3):373-81. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/648>
19. Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la EVIDENCIA CIENTÍFICA. 3.^a ed. Socidrogalcohol; 2014. Disponible en: <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/gua-clnica-basada-en-la-evidencia-2014.pdf>
20. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14(5): 195-219. Disponible en: <https://doi.org/10.20882/adicciones.524>
21. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2019;40(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
22. Helle AC., Watts AL, Trull TJ, Sher KJ. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2019;40(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.05>
23. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2010;24(4):412-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
24. Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol Use Disorder and Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2019;40(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.06>
25. Requena-Ocaña N, Flores-Lopez M, Martín AS, García-Marchena N, Pedraz M, Ruiz JJ, Serrano A, Suarez J, Pavón FJ, Rodríguez de Fonseca F, Araos P. Influence of gender and education on cocaine users in an outpatient cohort in Spain. *Scientific Reports*. 2021;11(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00472-7>



9. ANEXO: Hoja de recogida de datos “Hoja de entrada”



HOJA DE ENTRADA

UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL Y DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA. HOSPITAL “LOS MONTALVOS”

Motivo de ingreso.....
 NHC:..... Sust. Ppal. de Tratamiento: Fecha:.....
 Número de Protocolo:.....
 NOMBRE:..... DNI:.....

Fuente de derivación: 1. CAD 2.CSM/ESM 3. U. Hosp. Psiq. 4. UTA 5. UCA 6. Otros.....

Sexo: 1- Hombre 2- Mujer Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:..... Provincia de Nacimiento:

Lugar de origen del padre: Lugar de origen de la madre:
 1. Magreb 2. África subsahariana 3. Europa del Este 4. América Latina
 5. América del norte 6. Asia del Sur 7. Medio Oriente 8. Asia Este 9. Europa

Étnia: 1. Europeo 2. Asia-India 3. Mongoloide 4. Negroide 5 Otros.....

Nivel Académico: 1. Dificultades en la lectoescritura 2. Estudios primarios no finalizados
 3. Certificado escolar 4- Bachillerato/Formación Profesional 5. Estudios universitarios

Estado Civil: 1. Soltero 2. Casado/Pareja 3. Separado Divorciado 4. Viudo

Convivencia últimos 30 días:
 1. Pareja e hijos 2. Pareja 3. Hijos 4. Padres 5. Familia 6. Amigos 7. Solo 8. Medio protegido 9. No estable

Situación laboral: 1. Activo 2. Paro 3. Baja 4. Jubilado/Pensionista 5. Otros.....

Antecedentes legales: 1. Sí (Prisión o juicios) 0. No

Antecedentes familiares psiquiátricos: 1. Sí / 0. No Marcar: 1er Grado (padres/hermanos)
 2o Grado (abuelos/tíos)

Antecedentes familiares sustancias: 1. Sí / 0. No Marcar: 1er Grado (padres/hermanos)
 2o Grado (abuelos/tíos)

Ha realizado tratamiento médico previo por TUS: 1. Sí / 0. No
 Ha realizado tratamiento psicoterapéutico previo por TUS: 1. Sí / 0. No
 Nº total de desintoxicaciones hospitalarias.....
 Nº total de ingresos en comunidad terapéutica.....
 Nº total de tratamientos ambulatorios..... CAS n:..... CSM n:.....
 Nº total de ingresos psiquiátricos (independiente del consumo de sustancias).....

Antecedentes Psiquiátricos: 1. Sí / 0. No Programa Patología Dual: 1. Sí / 0. No
 1-Tr. Psicótico 2- Tr. Afectivo 3- T. Personalidad 4-Tr. Ansiedad 5- Otros

Edad de inicio de los síntomas:..... Edad del diagnóstico:.....

Antecedentes Médicos: 1. Sí / 0. No
 1- Infecciosa 2- ORL
 3- Neumológica 4- Cardiológica
 5- Hepático 6- Otras

Consumo de otras sustancias a lo largo de la vida											
Marcar con una cruz la casilla que proceda. En el apartado otros, por favor, especificar la sustancia											
Consumo	Alcohol	Benzos	Anfet Metanfet	Cocaína	Éxtasis	Opiáceos	Metadona	Cannabis	Tabaco	Speedball	Otros
Ocasional <15d/mes											
Regular >15d/mes											
Abuso											
Dependencia											

<p>OPIACEOS</p> <p>Cantidad consumida últimos 6 meses g/semana Cantidad consumida último 1 mesg/semana</p> <p>Patrón actual: 1-Diaria 2-Varias/Semana 3-Fin de semana 4- Una/semana 5-Otros 6. No consume</p> <p>Edad inicio consumo de heroínaaños Edad Inicio consumo regular de heroínaaños Años de consumo regularaños</p> <p>Vía utilizada más frecuente: 1- Esnifada 2-Intravenosa 3- Inhalada 4.fumada 5- Otros</p> <p>Episodios sobredosis (opiáceos): 1. Sí N° 0. No Requirió asistencia médica: 1.Sí/0.No</p> <p>Tipo de opiáceo: 1.Heroína 2. Morfina 3. Metadona 4 Fármacos opiáceos</p> <p>PMM: 1 – SI 0 – NO Suboxone 1– SI 0–NO Otro 1– SI 0–NO</p>	<p>COCAÍNA</p> <p>Cantidad consumida últimos 6 mesesg/semana Cantidad consumida último mesg/semana</p> <p>Patrón actual: 1-Diaria 2-Varias/semana 3-Fin de semana 4- Una/semana 5-Otros 6. No consume</p> <p>Atracón 1. Sí 0. No Edad inicio consumo de cocaínaaños Edad inicio consumo regular de cocaínaaños Años de consumo regularaños</p> <p>Vía utilizada más frecuente: 1-Esnifada 2-Intravenosa 3-Inhalada 4-Fumada 5-Otros</p> <p>Episodios sobredosis (cocaína): 1.Sí- Número de sobredosis Requirió asistencia médica: 1.Sí/0.No. 0. No</p>
<p>ALCOHOL</p> <p>Cantidad consumida últimos 6 meses UBE/día Cantidad consumida último 1 mes UBE/día</p> <p>Patrón actual: 1-Diaria 2-Varias/Semana 3-Fin de semana 4- Una/semana 5-Otros 6. No consume</p> <p>Edad inicio consumo de alcoholaños Edad Inicio consumo regular de alcoholaños Años de consumo regularaños</p> <p>Características de consumo: Regular 1. Sí 0. No Atracón 1. Sí 0. No Reuniones sociales 1. Sí 0. No En solitario 1. Sí 0. No Como habito alimentario 1. Sí 0. No En ayunas 1. Sí 0. No Antecedentes de Delirium Tremens 1. Sí 0. No</p> <p>Episodios sobredosis (alcohol): 1. Sí N° 0. No Requirió asistencia médica: 1.Sí/0.No</p> <p>Objetivo terapéutico del clínico: 1. Abstinencia total 2. Reducción del consumo</p>	<p>CANNABIS</p> <p>Cantidad consumida últimos 6 meses U/día Cantidad consumida último 1 mesU/día</p> <p>Patrón actual: 1-Diaria 2-Varias/Semana 3-Fin de semana 4- Una/semana 5-Otros 6. No consume</p> <p>Edad inicio consumo de cannabisaños Edad Inicio consumo regular de cannabisaños Años de consumo regularaños</p> <p>Vía utilizada más frecuente: 3- Inhalada 4.fumada 5. Otros 6.Oral</p> <p>Asociación a tabaco: 1. Sí 0. No</p> <p>Motivo de uso de la sustancia: 1.Por ansiedad 2. Hipnótico 3. A lo largo del día 4. Social</p>
<p>BZD</p> <p>Cantidad consumida últimos 6 meses mg/día Cantidad consumida último 1 mesmg/día</p> <p>Patrón actual: 1-Diaria 2-Varias/Semana 3-Fin de semana 4- Una/semana 5-Otros 6. No consume</p> <p>Edad inicio consumo de bzdaños Edad Inicio consumo regular de bzdaños Años de consumo regularaños</p> <p>Vía utilizada más frecuente: 5. Otros 6.Oral</p> <p>Episodios sobredosis (BZD): 1. Sí N° 0. No Requirió asistencia médica: 1.Sí/0.No</p>	<p>Otras (Ketamina, anfetaminas,...)</p> <p>Cantidad consumida últimos 6 meses U/día Cantidad consumida último 1 mesU/día</p> <p>Patrón actual: 1-Diaria 2-Varias/Semana 3-Fin de semana 4- Una/semana 5-Otros 6. No consume</p> <p>Edad inicio consumo de otrosaños Edad Inicio consumo regular de otrosaños Años de consumo regularaños</p> <p>Vía utilizada más frecuente: 1- Esnifada 2-Intravenosa 3- Inhalada 4.fumada 5. Otros 6.Oral</p> <p>Episodios sobredosis (otras):</p>
<p>TABACO</p> <p>Cantidad consumida último 1 mesU/día Edad inicio consumo de tabacoaños Años de consumoaños Intentos previos dejar el consumo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – *intento de dejar de fumar: cuando el paciente indica intención voluntaria de dejar el tabaco, y ha estado más de 24 horas sin fumar.</p>	<p>XANTINAS</p> <p>Cantidad consumida último 1 mes:</p> <p>CAFEU/semana TEU/semana Refresco con cafeínaml/semana Bebidas Energéticasml/semana OtrosU-ml/semana</p> <p>Edad inicio Edad consumo regular Años consumo</p>

→ **Presencia de síntomas psicóticos a lo largo de la vida:** 1.Si 0.No

Sustancia: 1. Heroína 2. Cocaína 3. Cannabis 12. Heroína+Coca 4. Heroína+Cannabis
 5. Coca+Cannabis 6. Heroína+Coca+Cannabis 7. Alcohol 8. Alcohol+cocaína
 9. Alcohol+cannabis 10. Alcohol+Bzd 11. Otras.....

- Antes del 1er consumo 1.Si 0.No
 - En intoxicación (cocaína/cannabis/anfetás/alucin/OH) o abstinencia (heroína/OH)
 0.No 1.Si 2-Intoxicado y no
 - Actual 1.Si 0.No

Autoreferencialidad..... 1.Si 0.No
 Delirio de persecución..... 1.Si 0.No
 Alucinaciones..... 1.Si 0.No Tipo: 1-Auditivas 2-Visuales 3-Táctiles 4-Otras.....

→ **Antecedentes perinatales:**

Complicaciones durante el parto 1- Si Especificar.....
 0- No

→ **Insomnio actual:**

1.Si 0.No

1-Conciliación 1.Si 0.No
 2-Fragmentación 1.Si 0.No
 3-Despertar precoz 1.Si 0.No
 4-Pesadillas 1.Si 0.No
 5-Otras alteraciones del sueño 1.Si 0.No Especificar.....

→ **Etapas del cambio:**

1.- Pre-contemplación 2.- Contemplación 3.- Preparación 4.- Acción 5.- Mantenimiento

→ **Eje V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)**

Actividad Satisfactoria	Síntomas Leves	Síntomas Graves	Alteración de la Realidad	Algún peligro Auto/hetero agresividad	Peligro persistente de lesión grave
100	70	50	40	20	1

→ **Percepción de salud del paciente**

1.-Muy buena 2.- Buena 3.- Regular 4.- Mala 5.- Muy mala

Ha realizado **tratamiento previo farmacológico** para:

- **Alcohol:** 0- No 1- Antabus 2-Naltrexona 3- Acamprosato 4 -Topiramato 5- Otros 6- Nalmefeno

- **Otras sustancias:** 1. Sí / 0. No

- **TDAH:** 0- No 1-Metilfenidato 2- Metilfenidato Retard 3- Lisdexanfetamina 4 -Atomoxetina 5- Bupropion 6-Otros

-Dejó de tomar tratamiento para TDAH: 0-No **Motivos:** 1- Efectos secundarios 2- Otros motivos

Tratamiento farmacológico actual (1ª visita):

Equivalentes OH:		* Equivalencias BZD (mg.). Un equivalente es igual a:					
1 UBE	10 gr alcohol	Alprazolam	1	Flunitrazep	0,5	Oxazepam	10
	200 ml. cerveza	Chlordiazepo	25	Flurazepam	15	Prazepam	15
	100 ml. Vino	Clonazepa	2	Halazepam	40	Quazepam	15
2 UBE	1 copa de destilado	Clorazepat	7,5	Lorazepam	2	Temazepa	15
5 UBE	1 litro de cerveza	Diazepam	10	Midazolam	2,5	Triazolam	0,25
10 UBE	1 litro de vino	Estazolam	1	Nitrazepam	5		

ALCOHOL:**Escala para la Evaluación de la Abstinencia Alcohólica (revisada) del Addiction Research Foundation Clinical Institute (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, CIWA-Ar)**

<i>Signo/síntoma</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Valoración</i>
Náuseas y vómitos	¿Siente malestar en su estómago? ¿Ha vomitado? Observar al entrevistado	0. Ausencia de náuseas y vómitos 1. Náuseas leves sin vómitos 4. Náuseas intermitentes con arcada seca 7. Náuseas constantes, frecuentes arcadas secas y vómitos
Temblor	Observar al entrevistado con los brazos extendidos y los dedos separados y extendidos	0. Sin temblor 1. No visible, pero puede sentirse al contactar los pulpejos de los dedos 4. Moderado, con los brazos extendidos 7. Severo, incluso sin extender los brazos
Sudoración intensa	Observar al entrevistado	0. No visible 1. Apenas perceptible, palmas de las manos húmedas 4. Gotas de sudor perceptibles en la frente 7. Empapado en sudor
Ansiedad	Observar y preguntar ¿Se siente nervioso?	0. Sin ansiedad, relajado 1. Ansiedad ligera 4. Moderadamente ansioso, o contenido, la ansiedad es inferida 7. Equivalentes a estados agudos de pánico, como los presentes en <i>delirium</i> severo o reacciones agudas esquizofrénicas
Agitación	Observar al entrevistado	0. Actividad normal 1. Algo más que la actividad normal 4. Moderadamente agitado o intranquilo 7. Caminando adelante y atrás durante la entrevista, o constante pataleo
Alteraciones táctiles	Preguntar: ¿Siente picores, pinchazos, quemazón o entumecimiento? ¿Siente bichos corriendo bajo la piel?	0. No 1. Muy leves picores, pinchazos, quemazón o entumecimiento 2. Leves picores, pinchazos, quemazón o entumecimiento 3. Moderados picores, pinchazos, quemazón o entumecimiento 4. Moderadas alucinaciones severas 5. Alucinaciones severas 6. Gran cantidad de alucinaciones severas 7. Alucinaciones continuas
Alteraciones auditivas	Preguntar: ¿Está más atento a los sonidos que le rodean? ¿Son desapacibles? ¿Le asustan? ¿Escucha algo que le altera? ¿Escucha cosas que sabe que no están presentes? Observar al entrevistado	0. Ausentes 1. Muy levemente desapacibles con escasa capacidad de asustar 2. Levemente desapacibles con escasa capacidad de asustar 3. Moderadamente desapacibles con escasa capacidad de asustar 4. Moderadas alucinaciones severas 5. Alucinaciones severas 6. Gran cantidad de alucinaciones severas 7. Alucinaciones continuas
Alteraciones visuales	¿La luz parece brillar demasiado? ¿Es su color diferente? ¿Daña sus ojos? ¿Está viendo algo que le altere? ¿Está viendo cosas que sabe que no están presentes? Observar al entrevistado	0. Ausentes 1. Muy leve sensibilidad 2. Leve sensibilidad 3. Moderada sensibilidad 4. Moderadas alucinaciones severas 5. Alucinaciones severas 6. Gran cantidad de alucinaciones severas 7. Alucinaciones continuas
Cefalea, presión de cabeza	¿Siente su cabeza diferente? ¿Siente como una venda alrededor de su cabeza? No considerar vértigos ni mareos	0. Ausente 1. Muy leve 2. Leve 3. Moderado 4. Moderadamente severo 5. Severo 6. Muy severo 7. Extremadamente severo
Orientación y aturdimiento	¿Qué día es hoy? ¿Dónde está usted? ¿Quién soy yo?	0. Orientado y con capacidad de respuesta serial 1. No realiza las respuestas serialmente o hay indecisión respecto al día 2. Desorientado en el día con un desfase menor de dos días 3. Desorientado en el día con más de dos días de desfase 4. Desorientado respecto al lugar y la persona

CANNABIS:

Recogida de síntomas de abstinencia

En la actualidad ha cesado totalmente el consumo regular de cannabis

1. Si 2. .No

Si ha reducido su consumo en la actualidad ¿cuánto ha disminuido?

1. Totalmente (100%)
2. Claramente (50%)
3. Parcialmente (25%)

A continuación le presentamos una serie de síntomas o molestias que ha podido presentar cuando ha cesado (en la actualidad o en el pasado) el consumo de cannabis, por favor responda en qué grado los ha notado

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|--|
| 1. Estoy fácilmente irritable (disfórico) | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 2. Estoy ansioso | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 3. Estoy inquieto | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 4. Tengo temblores | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 5. Tengo náuseas | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 6. Tengo dolor abdominal | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 7. Tengo sudores | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 8. Mi apetito ha disminuido | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 9. Tengo insomnio | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |
| 10. Tengo somnolencia excesiva | | | | | | | | | |
| Muy en desacuerdo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Muy de acuerdo | |

11. Otros síntomas que he detectado tras el abandono del consumo de cannabis:

.....