

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina

TRASTORNO DUAL EN PACIENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL VERSUS  
MARIHUANA QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS  
DEPENDENCIAS (CAIDEP), ENERO-JUNIO, 2023.



Trabajo de grado para optar por el título de:

**DOCTOR EN MEDICINA**

Sustentantes

Mary Sabel Jiménez Reynoso 09-0246

Jean Carlos Taveras García 11-1285

Asesores:

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

Dr. Jaime Manuel Martínez Yepes (Clínico)

Distrito Nacional: 2024

## **CONTENIDO**

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

|   |    |
|---|----|
| I. Introducción   | 10 |
| I.1. Antecedentes   | 11 |
| I.1.1. Internacionales  | 11 |
| I.1.2. Nacionales   | 12 |
| I.2. Justificación  | 14 |
| II. Planteamiento del problema  | 15 |
| III. Objetivos  | 17 |
| III.1. General  | 17 |
| III.2. Específicos  | 17 |
| IV. Marco teórico   | 18 |
| IV.1. Drogodependencias y patología dual desde una perspectiva histórica                    | 18 |
| IV.2. Etiología de la patología dual  | 19 |
| IV.2.1. Modelos Etiológicos en Patología Dual   | 20 |
| IV.2.2. Modelo del Factor Común   | 20 |
| IV.2.2.1. Factores genéticos  | 20 |
| IV.2.2.2. Trastorno Antisocial de la Personalidad   | 21 |
| IV.2.2.3. Estatus Socioeconómico  | 21 |
| IV.2.2.4. Traumas Infantiles  | 22 |
| IV.2.2.4. Funcionamiento Cognitivo  | 22 |
| IV.2.2.5. Modelo de Trastorno por Consumo de Sustancias Secundario a un<br>Trastorno Mental | 22 |
| IV.2.2.6. Modelo de Factores de Riesgo Psicosocial  | 22 |
| IV.2.2.7. Modelo de Automedicación  | 23 |
| IV.2.2.5. Modelo de Alivio de la Disforia   | 25 |
| IV.2.2.6. Modelo de Factores Múltiples de Riesgo  | 25 |

|   |    |
|---|----|
| IV.2.2.6. Modelo de la Supersensibilidad  | 25 |
| IV.2.3. Modelo de Trastorno Psiquiátrico Secundario al Consumo de Sustancias                  | 26 |
| IV.3. Epidemiología de la patología dual  | 26 |
| IV.4. Evaluación de la patología dual   | 27 |
| IV.5. Diferencias entre CIE-10 y DSM-5  | 29 |
| IV.6. Criterios diagnósticos de comorbilidad con un Trastorno por Uso de Sustancias           | 30 |
| IV.7. Patología dual y alcohol  | 31 |
| IV.7.1. Epidemiología del Trastorno por Uso de Alcohol  | 32 |
| IV.7.2. Comorbilidad Psicopatológica Asociada al Alcoholismo                                  | 33 |
| IV.7.3. Trastorno por Uso de al Alcohol y Comorbilidad con Trastornos Afectivos y de Ansiedad | 36 |
| IV.7.4. Rasgos de la Personalidad y Trastorno por Uso de Alcohol.                             | 39 |
| IV.7.5. Trastornos de la Personalidad asociados al Trastorno por Uso de Alcohol               | 41 |
| IV.7.6. Otros Trastornos Psiquiátricos Asociados al uso de Alcohol                            | 42 |
| IV.7.6.1. Deterioro Cognitivo   | 42 |
| IV.7.6.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad                                | 43 |
| IV.7.6.3. Trastornos Psicóticos   | 43 |
| IV.8. Patología dual y cannabis   | 44 |
| IV.8.1. Epidemiología del Consumo de Cannabis   | 45 |
| IV.8.2. Cannabis y Comorbilidad Psiquiátrica  | 45 |
| IV.8.3. Cannabis y Consumo de Otras Drogas  | 43 |
| IV.8.4. Trastornos de Ansiedad y Consumo de Cannabis  | 50 |
| IV.8.5. Personalidad y Consumo de Cannabis  | 51 |
| IV.8.6. Trastornos Psicóticos y Consumo de Cannabis   | 52 |
| IV.9. Otros Trastornos Psicopatológicos y Consumo de Cannabis                                 | 54 |
| IV.9.1. Trastornos Cognitivos   | 54 |
| IV.9.2. Cannabis y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad                       | 54 |
| V. Operacionalización de las variables  | 55 |

|  |    |
|--|----|
| VI. Material y métodos                     | 57 |
| VI.1 Tipo de estudio                       | 57 |
| VI.2. Universo                             | 57 |
| VI.3. Muestra                              | 57 |
| VI.4. Criterios                            | 57 |
| VI.4.1. De inclusión                       | 57 |
| VI.4.2. Exclusión                          | 58 |
| VI.5. Instrumento de recolección de datos  | 58 |
| VI.6. Procedimientos                       | 58 |
| VI.7. Tabulación                           | 58 |
| VI.8. Análisis                             | 58 |
| VI.9. Aspectos éticos                      | 59 |
| VII. Resultados                            | 60 |
| VIII. Discusión                            | 72 |
| IX. Conclusiones                           | 75 |
| X. Recomendaciones                         | 77 |
| XI. Referencias                            | 78 |
| XII. Anexos                                | 86 |
| XII.1. Cronograma                          | 86 |
| XII.2. Instrumento de recolección de datos | 87 |
| XII.3. Consentimiento informado            | 88 |
| XII.4. Costos y recursos                   | 89 |
| XII.5. Evaluación                          | 90 |

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecemos a Dios, fuente de sabiduría y guía, por iluminar nuestro camino y darnos la fortaleza en cada paso de este viaje académico.

A nuestros queridos padres, hermanos y nuestros amados esposos, por su amor, sacrificio y apoyo inquebrantable han sido nuestra mayor inspiración, su aliento constante ha sido el motor que nos impulsó a alcanzar este logro.

A nuestros asesores el Dr. Jaime Manuel Yepes y el Dr. Rubén Darío Pimentel, sus sabios consejos y sugerencias han sido fundamentales para culminar con éxito este proyecto, su guía nos ha inspirado a alcanzar nuestro máximo potencial académico.

Finalmente, a nuestros colegas en esta enriquecedora carrera, queremos expresar nuestro sincero agradecimiento por ser partícipes en este sueño y caminar junto a nosotros durante esta travesía.

Mary Sabel Jiménez Reynoso  
Jean Carlos Taveras García

## **DEDICATORIAS**

En el proceso de llevar a cabo esta tesis, me ha llenado de gratitud el apoyo incansable de mi familia y amigos, cuyo amor y respaldo inquebrantable han sido fundamentales para alcanzar este logro académico. Sus contribuciones, tanto directas como indirectas, han enriquecido mi vida y mi trabajo en maneras que no pueden ser plenamente expresadas con palabras.

Mi familia ha sido mi pilar durante este viaje. A mis padres, Kenia García e Ysidro Taveras, les agradezco por su amor, valores, y la oportunidad de una educación que me brindaron desde una edad temprana. Durante las largas noches de estudio, las discusiones intelectuales y los momentos de incertidumbre, su amor y aliento incondicionales me dieron la fortaleza para seguir adelante. Nunca dejaron de creer en mí, incluso cuando yo mismo dudaba de mis capacidades.

A mi hermana, Andrea Leticia Taveras, le agradezco por su constante apoyo y ánimo.

Deseo expresar mi profunda gratitud a alguien que ha desempeñado un papel fundamental en mi viaje, mi suegro, José Santana. En momentos de debilidad, cuando todo parecía turbio y las dificultades financieras amenazaban mis sueños académicos, José estuvo a mi lado de manera sólida. Su creencia firme en mi potencial y su apoyo directo, en forma de ayuda financiera para mis estudios iluminaron mi camino y me permitieron perseverar.

Agradezco de todo corazón a mi querida esposa, Génesis Ortiz Gómez, por su paciencia, comprensión y sacrificio. Ha sido un apoyo inquebrantable en cada paso de este viaje. Su amor y apoyo emocional han sido mi mayor fortaleza a lo largo de este viaje.

Sus sacrificios personales y su apoyo desinteresado han allanado el camino para que yo pueda lograr mis metas y cumplir mis sueños. Su amor y confianza en mí me han impulsado a esforzarme aún más y a perseguir la excelencia en cada aspecto de mi vida.

Génesis, agradezco de todo corazón cada gesto de cariño, cada palabra de aliento y cada momento que has compartido conmigo a lo largo de este viaje. Estoy eternamente agradecido por ser parte de mi vida y por ser mi mayor fuente de

inspiración.

Esta tesis es el resultado de un esfuerzo colectivo y el amor de mis seres queridos. No puedo expresar suficientemente lo agradecido que estoy por sus contribuciones a mi vida y a este trabajo académico. Mi familia y esposa han sido mi inspiración, y este logro es tan suyo como mío. Gracias por estar a mi lado y por ser la base sobre la cual he construido este proyecto.

Jean Carlos Taveras G.

Con profunda gratitud, inicio estas líneas de agradecimiento, a aquellos que han sido mi luz y cimiento en este exigente, pero gratificante viaje.

A Dios las gracias, mi guía predilecto en cada etapa de mi formación. Su misericordia ha sido la fuerza que me ha sostenido durante los desafíos y la luz que ha iluminado el camino hacia el logro de esta meta académica.

A mis padres y hermana, héroes en la sombra que han respaldado cada paso. Su sacrificio, amor incondicional y valores han sido la base de mi perseverancia. Este logro ha sido en gran medida un reflejo de la dedicación y el apoyo que me han brindado.

A mi amado esposo, mi compañero en esta travesía, agradezco tus palabras alentadoras, tu paciencia, comprensión, y la constante inspiración que representas. Llegaste en este camino, y tu presencia se ha convertido en un pilar fundamental. Este logro en parte es el resultado de tu influencia positiva en mi vida.

A mis amigas y compañeras inseparables de risas y lagrimas, gracias por compartir este viaje conmigo. Sus palabras de ánimo, apoyo incondicional y momentos compartidos han hecho que esta travesía sea memorable y significativa, las mejores compañeras de vida y amigas. Yulisa, Zuny, Alba, José.

Esta tesis es un tributo a la fe, al amor y amor familiar, al compañerismo y amistad duradera. En el ejercicio de mi profesión prometo llevar los conocimientos adquiridos con integridad y dedicación. Que sea una expresión de mi agradecimiento eterno a aquellos que han sido mi roca e inspiración.

Mary Sabel Jiménez Reynoso

## RESUMEN

Introducción: Los trastornos por consumo de sustancias traen consigo secuelas individuales y sociales, incluidos la superposición de los trastornos psiquiátricos.

Objetivos: Determinar el trastorno dual en pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que asisten CAIDEP, Enero-Junio, 2023.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y de corte trasversal con el objetivo de determinar el trastorno dual en pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que asisten CAIDEP, Enero-Junio, 2023.

Resultados: Del total de 205 pacientes que asistieron al centro CAIDEP, 72 pacientes para un 35.1 por ciento presentaron trastorno dual de los cuales 31 consumían alcohol y 41 marihuana, el 54.8 por ciento de los pacientes con trastorno dual que consumían alcohol tenían una edad entre 40 a 49 años. El 61.0 por ciento de los pacientes con trastorno dual que consumían marihuana tenían una edad entre 20 a 29 años, el 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual pertenecían al sexo masculino. El 82.9 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran del sexo masculino, el 74.2 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual cursaron la secundaria. El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual cursaron la secundaria, el 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran solteros. El 78.0 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran solteros, el 48.4 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran empleados privados. El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran empleados privados, el 87.1 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual empezaron a consumir alcohol entre los 10 a 19 años. El 73.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual empezaron a consumir marihuana entre los 10 a 19 años, el 38.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual consumían alcohol interdiario. El 41.5 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual consumían marihuana una vez al día, el 38.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual consumían alcohol interdiario,

el 26.4 por ciento de las patologías de trastorno dual en los pacientes consumidores de alcohol y marihuana fue el trastorno depresivo mayor.

Conclusión: Es frecuente la existencia de una conducta adictiva junto con un trastorno psiquiátrico no relacionado con sustancias (patología dual). Se ha sugerido que los pacientes psiquiátricos con antecedentes de abuso/dependencia de sustancias tienen peor curso y evolución de su trastorno.

**Palabras clave:** trastorno dual, pacientes, consumidores, alcohol, marihuana.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Substance use disorders bring with them individual and social sequelae, including the overlap of psychiatric disorders.

**Objectives:** Determine the dual disorder in patients who consume alcohol versus marijuana who attend CAIDEP, January-June 2023.

**Material and method:** A descriptive, observational, prospective and cross-sectional study was carried out with the objective of determining dual disorder in patients who consume alcohol versus marijuana who attend CAIDEP, January-June 2023.

**Results:** Of the total of 205 patients who attended the CAIDEP center, 72 patients for 35.1 percent had dual disorder, of which 31 consumed alcohol and 41 marijuana, 54.8 percent of the patients with dual disorder who consumed alcohol were between 40 to 49 years. 61.0 percent of patients with dual disorder who used marijuana were between 20 and 29 years old, and 67.7 percent of alcohol-consuming patients with dual disorder were male. 82.9 percent of the marijuana-consuming patients with dual disorder were male, and 74.2 percent of the alcohol-consuming patients with dual disorder attended high school. 51.2 percent of marijuana-consuming patients with dual disorder attended high school, 67.7 percent of alcohol-consuming patients with dual disorder were single. 78.0 percent of the marijuana-consuming patients with dual disorder were single, 48.4 percent of the alcohol-consuming patients with dual disorder were private employees. 51.2 percent of marijuana-consuming patients with dual disorder were private employees, 87.1 percent of alcohol-consuming patients with dual disorder began consuming alcohol between the ages of 10 and 19. 73.2 percent of marijuana-consuming patients with dual disorder began using marijuana between the ages of 10 and 19, and 38.7 percent of alcohol-consuming patients with dual disorder consumed alcohol every day. 41.5 percent of marijuana-consuming patients with dual disorder consumed marijuana once a day, 38.7 percent of alcohol consuming patients with dual disorder consumed alcohol every day, 26.4 percent of dual disorder pathologies in patients who consumed alcohol and marijuana were Major depressive disorder.

**Conclusion:** The existence of addictive behavior together with a psychiatric disorder not related to substances (dual pathology) is common. It has been suggested that

psychiatric patients with a history of substance abuse/dependence have a worse course and evolution of their disorder.

**Keywords:** dual disorder, patients, consumers, alcohol, marijuana.

## **I. INTRODUCCIÓN.**

Los trastornos por consumo de sustancias traen consigo secuelas individuales y sociales, incluidos la superposición de los trastornos psiquiátricos, factor importante a tomar en cuenta por parte de los profesionales en salud mental, porque esto complica la intervención y el manejo clínico en el campo de las adicciones. Se destacan los trastornos por consumo de sustancias (TCS), porque merman la calidad de vida y la afectan directa o indirectamente. La inclusión de un trastorno psiquiátrico adicional hace que el riesgo se incremente, empeorando la evolución de la enfermedad adictiva; la combinación de comorbilidad psiquiátrica y adictiva se la conoce como “patología dual (PD) o morbilidad asociada.<sup>1,2</sup>

Patología dual, sin embargo, es una denominación arbitraria, que hace mención a dos patologías, sin indicar de qué patologías se está hablando, aunque en el campo de la salud mental y en el mundo de habla hispana esta denominación permite identificar a aquellos individuos que sufren de una conducta adictiva y otro trastorno mental, condiciones clínicas que pueden presentarse de forma simultánea o ser secuenciales a lo largo del ciclo vital<sup>4</sup>. La conducta adictiva puede ser a sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, el café, alcohol, analgésicos o aquellas no integradas como el cannabis, los estimulantes, (cocaína, anfetaminas, etc.) y los opioides. También se incorporan adicciones comportamentales como la ludopatía, la adicción a internet, a la comida o al sexo.<sup>3</sup>

## I.1. Antecedentes.

### I.1.1. Internacionales

José Marcelo Ordóñez Mancheno realizó un estudio en la Universidad de Cuenca Ecuador en el año 2017 donde él estudió fue transversal, que aplicó la entrevista diagnóstica estructurada MINI y el cuestionario del Eje IV del DSM IV-TR” a 133 pacientes con trastorno por consumo de sustancias. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado la prevalencia de patología dual (P.D.) es del 74,5 por ciento, los trastornos más prevalentes fueron: T. ansiedad 56,4 por ciento, T. del humor 51,9 por ciento. T. antisocial 37,6 por ciento y Psicótico 21,1 por ciento; el 91,6 por ciento tienen consumo de alcohol (TCA), 51,1 por ciento consumo de otras sustancias (TCS) y 46,6 por ciento combinaciones de ambas. Los factores de riesgo más asociados a P.D. fueron los problemas laborales (RP: 1,38, IC 95 por ciento: 1,14-1,68; p: 0,001), económicos (RP: 1,39, IC 95 por ciento: 1,18-1,65; p: 0,001) y familiares (RP: 1,38, IC 95 por ciento: 1,03-1,58; p: 0,01).<sup>4</sup>

Francisco Arias, Nestor Szerman, Pablo Vega, Beatriz Mesias, Ignacio Basurte y Consuelo Morant et al realizaron un estudio en el Hospital Doce de Octubre. Madrid en el año 2018, donde se consideró que un 76,5 por ciento de los adictos al cannabis tenían un diagnóstico dual en el momento actual, destacando la prevalencia de los trastornos del humor y de ansiedad. El 51 por ciento de los adictos a cannabis tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad. La mayoría tenían varios diagnósticos de trastornos por uso de sustancias. Los sujetos con abuso o dependencia de cannabis tenían un inicio más precoz en el consumo de otras drogas como el alcohol, la cocaína y el tabaco que el resto de los adictos. Igualmente, este subgrupo se diferenció del resto de los adictos por su asociación con el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno bipolar, la psicosis y la agorafobia.<sup>5</sup>

Bolotner *et al.* publicaron un estudio en el 2011 donde los autores demostraron que existía una alta incidencia de Patología Dual principalmente en pacientes drogodependientes 33.8 por ciento, y en particular aquellos que utilizaban alcohol 57.3 por ciento y cocaína 52.94 por ciento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la incidencia de trastornos mentales está en crecimiento, y se espera que para el año 2020 haya al menos una persona en tratamiento por un

trastorno mental por cada cuatro familias. Además, las últimas revisiones de la Organización Mundial de la Salud han concluido que para el 2020, el 75 por ciento de las personas con una enfermedad mental crónica tendrá algún problema de adicción.<sup>7</sup>

Se han realizados estudios que han reportado que las personas con trastornos mentales son más vulnerables a desarrollar una dependencia de sustancias. Baraiazarra et al. realizaron un estudio en el 2004, con el objetivo de determinar la incidencia y prevalencia de la patología dual en pacientes con enfermedades mentales del Hospital de Bermeo en España, concluyeron que 2 de cada 3 pacientes, que representa el 64 por ciento de los pacientes que son ingresados, presentan la patología dual.

#### I.1.2. Nacionales

Castellanos Y, Ricardo J, Rodríguez D, Lugo Ao, Hernández Jo y Zouain Jo. 2015 realizaron un estudio donde se recolectó información en 184 pacientes admitidos en Centros de Atención y Rehabilitación de la Región Norte de la República Dominicana que cumplieron con los requisitos de esta investigación a través de la Mini Encuesta Neuropsiquiatría Internacional (MINI). Las patologías más frecuentes encontradas en orden de frecuencia fueron: Dependencia de Sustancias (No Alcohol) 80.4 por ciento, Trastorno Antisocial de la Personalidad 57.1 por ciento, Episodio Depresivo Mayor 51.6 por ciento, Crisis de Angustia o Ansiedad 41.8 por ciento. Además, se encontró que la cocaína fue la droga más utilizada por la población investigada con un porcentaje de 74.5 por ciento, siguiéndole en segundo lugar la marihuana en 66.8 por ciento, crack 50.0 por ciento y otros tipos de drogas 12.0 por ciento.<sup>9</sup>

Mejía, *et al.*, en el 2006 realizaron una investigación, en el Hogar Crea Luis Cantizano, Santiago, República Dominicana, con el objetivo de conocer más profundamente la prevalencia de enfermedades psiquiátricas particularmente asociadas a pacientes que utilizan drogas ilícitas. Utilizando el MINI en 93 pacientes se observó el trastorno antisocial de personalidad con una prevalencia de por vida de 88.17 por ciento, el trastorno de angustia con un 46.24 por ciento, episodios maníacos con un 45.16 por ciento y riesgos suicidios en un 40.86 por ciento de la

población. Además, relacionaron estas enfermedades psiquiátricas con el tipo de droga consumida, siendo el crack la más prevalente 95.92 por ciento.<sup>10</sup>

Mencía y Guerrero realizaron un estudio retrospectivo con historias clínicas de pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psiquiátrico Padre Billini, en el periodo 2003-2008. Analizaron las historias clínicas del año 2006 donde el 56.7 por ciento de los pacientes, relacionados con el uso de psicofármacos, presentaron trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. El 26 por ciento de los pacientes confirmaron el consumo de alcohol, mientras que el 30 por ciento afirmaron el uso de múltiples sustancias.<sup>8</sup>

Se realizó un estudio en estudiantes de medicina de la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña UNPHU en 2018, con el objetivo de determinar la frecuencia del consumo de sustancia psicoactiva con el fin de mejorar las funciones cognitivas. se encontró que el 51,6 por ciento de los estudiantes consumían estas sustancias principalmente bebidas energizantes, nootrópicos, alcohol e ilegales como anfetaminas, marihuana, cocaína, benzodiazepinas y opiáceos. se observaron efectos positivos en la mayoría de los consumidores, pero también se reportaron consecuencias negativas, como síntomas de abstinencia y reconocimiento de las repercusiones para la salud.

## I.2. Justificación

La patología dual es una enfermedad mental con graves impactos en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida de las personas que los sufren y sus familias. Además, esta patología está asociada a una mayor cronicidad, tasas más largas de hospitalización, visitas frecuentes a los servicios de salud, comportamientos violentos y delictivos, conductas sexuales de riesgo, problemas a nivel laboral, escolar, financiero, familiar y altas probabilidades de exclusión social. En cuanto a la prevalencia, si bien no se tiene constancia de la existencia de estadísticas al respecto, existen estudios que demuestran que la comorbilidad entre un trastorno mental y un trastorno adictivo es elevada. De acuerdo con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) durante el año 2015 se atendieron en España un total de 32.444 casos de patología dual y en Canarias a 2.480. A pesar de que tanto la Estrategia Nacional Sobre Adicciones (2017-2024), el Plan Nacional de Acción sobre Adicciones (2018-2020) y el IV Plan Canaria sobre Adicciones (2020-2024) señalan que es necesario la atención y la intervención integral con personas con patología dual, en la actualidad no existen recursos que den respuesta a dicha comorbilidad y los profesionales no cuentan con un criterio unificado para investigar, diagnosticar e intervenir esta problemática.

Este proyecto pretende intervenir con dicha necesidad de forma especializada, mejorando las condiciones de vida de estos pacientes y sus familias. Asimismo, el tratamiento especializado de forma residencial producirá un ahorro en el sistema sanitario al preverse menores situaciones de descompensación y deterioro de salud y permitirá recabar información valiosa y concreta sobre esta realidad, lo que posibilitará plantear propuestas más ajustadas a las necesidades de este colectivo, obtener mejores resultados y replicar esta experiencia en otras partes del territorio autonómico e incluso nacional.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El consumo problemático de sustancias puede aparecer como consecuencia del trastorno bipolar; pero otras veces ese consumo puede ser uno de los factores que desencadenan el trastorno bipolar, sobre todo en personas que tienen vulnerabilidad genética.

Hablamos de gente joven que tiene una enfermedad que se puede complicar bastante con el consumo de sustancias y el desarrollo de la patología dual. explica la doctora Ana Gonzales pinto quien añade que el consumo de sustancias está más ligado a las fases de euforia en las que es más habitual que los pacientes puedan llevar a cabo acciones que pongan en riesgo su vida (entre ellas, el consumo de sustancias).

Se ha evidenciado que el consumo se produce en las dos fases del trastorno bipolar, es más común en las fases de euforia. Sin embargo, en los momentos de depresión es más difícil abordar las adicciones, ya que la depresión precisamente se caracteriza por una menor energía y por una menor voluntad, lo que hace más difícil el abandono del consumo por parte de los pacientes. Al final, como los síntomas depresivos son más frecuentes y cuesta más abandonar el consumo, también es más habitual ver con más frecuencia a personas con síntomas depresivos y adicción a sustancias.<sup>11</sup>

La noción de patología dual, aunque ampliamente utilizada, resulta ambigua al no especificar las condiciones particulares que engloba. En el ámbito de la salud mental y en la esfera hispano hablante, se emplea para referirse a la coexistencia de un trastorno adictivo y otro trastorno mental. Esta combinación puede manifestarse de manera simultánea o suceder en secuencia a lo largo de la vida de un individuo. Los trastornos adictivos abarcan un amplio espectro que incluye sustancias culturalmente. Integradas como el tabaco, el café y el alcohol, así como aquellas menos aceptadas socialmente como el cannabis, los estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.) y los opioides. Además, se suman las adicciones conductuales, como la ludopatía, la adicción a internet, la alimentación descontrolada y la adicción al sexo. En conjunto, estas condiciones conforman la complejidad de la patología

dual, representando un desafío tanto para el diagnóstico como para el tratamiento adecuado.<sup>9</sup>

Los estudios epidemiológicos, tanto en población general como clínica ponen de manifiesto que la Patología dual es lo que se espera y no es una excepción. Más de la mitad de las personas que sufren de cualquier trastorno mental sufre de Patología dual a sustancias, si incluimos el tabaco y alrededor del 70 por ciento de los pacientes que consultan por problemas adictivos a sustancias presenta otro trastorno mental. También evidencian que, en la mayor parte de los casos, las manifestaciones del otro trastorno mental preceden a la adicción.<sup>12</sup>

Probablemente estos datos epidemiológicos Infra diagnostican la patología dual, y ésta podría afectar al 100% de los pacientes que sufren adicción al no tener en cuenta los trastornos mentales no detectados por los instrumentos diagnósticos habituales, como, por ejemplo, determinados rasgos de personalidad anómalos y adicciones comportamentales.

Teniendo todo esto en consideración, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el trastorno dual en pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que asisten CAIDEP, Enero-Junio, 2023?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. General

1. Determinar la presencia de trastorno dual en pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que asisten CAIDEP, Enero-Junio, 2023.

#### III.2. Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes consumidores de alcohol y marihuana con trastorno dual, edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, situación laboral.
2. Identificar la edad de inicio de consumo de sustancias.
3. Conocer si los pacientes consumidores de alcohol y marihuana consumían otro tipo de sustancias.
4. Conocer el trastorno dual de los pacientes consumidores de alcohol y marihuana.

## **IV. MARCO TEÓRICO.**

### **IV.1. Drogodependencias y patología dual desde una perspectiva histórica**

El consumo de diferentes sustancias con efectos psicoactivos ha formado parte de la historia y desarrollo cultural del ser humano. Los efectos de dichas sustancias han sido efectivos a la hora de alterar la percepción de la realidad en los individuos y conseguir diferentes sensaciones. El uso de sustancias con fines religiosos y medicinales y la evolución de su uso, han ido de la mano del desarrollo de distintas culturas y civilizaciones.<sup>13</sup>

Sustancias como el opio, alcaloide extraído de la adormidera (*papaver somniferum*) o también conocida amapola, es una de las sustancias más antiguas además del alcohol usadas por el hombre. Parece que los primeros en cultivar esta planta fueron los sumerios de Mesopotamia ya que sus efectos vienen recogidos en las tablas de arcilla (tablillas de Uruk) de la antigua ciudad de Mesopotamia 3.400 a. C. y su carácter adictivo ya se puede intuir en las crónicas de los historiadores romanos.

La cocaína es extraída del arbusto de Coca (*Erytroxylon coca*) originaria del valle del Cauca (Colombia), existiendo datos sobre su uso que datan del año 5000 a. C, en ritos religiosos y funerarios. En las tribus precolombinas la planta de coca se usaba tanto con fines medicinales como en rituales chamánicos. Gracias a su importante aporte calórico de proteínas e hidratos mascando sus hojas combatían el cansancio, el hambre, la sed y aumentaban el rendimiento en las tareas de cultivo y transporte de mercancías de los incas. Hoy en día, esta práctica todavía persiste entre algunas tribus indígenas.

Los efectos del cannabis ya son conocidos en China y Asia, 3000 años a. C. En un tratado médico chino ya se decía que el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa por largo tiempo puede facilitar la comunicación con los espíritus y aligerar el cuerpo. Sus efectos en ocasiones se provocaban para fines religiosos y en otras ocasiones simplemente para la búsqueda del placer.<sup>14</sup>

En cuanto al alcohol, ha sido una de las sustancias de más amplio uso. Quizás es la sustancia más antigua de la que se tiene constancia. Por ejemplo, el vino se ha utilizado en la mayoría de los rituales religiosos del judaísmo y cristianismo. Los grandes difusores del cultivo de la vida fueron los romanos, quienes la exportaron

hacia todos sus territorios conquistados, estableciendo leyes sobre su cultivo y comercio.

El abuso de sustancias con fines lúdicos y medicinales es un fenómeno universal en todas las sociedades y culturas desde la Prehistoria. La relación de su uso con la enfermedad mental se remonta desde la antigüedad, pero no es hasta el siglo XIX, cuando se empieza a considerar tal relación, y es en el siglo XX cuando comienza a utilizarse el término PD para referirse a la concomitancia entre un trastorno por uso de sustancias (TUS) con cualquier otra patología psiquiátrica.<sup>15</sup>

#### IV.2. Etiología de la patología dual

La existencia de comorbilidad entre un trastorno de abuso y dependencia de sustancias y un trastorno psiquiátrico grave, es tal y como hoy día entendemos el concepto de PD.

En pacientes psiquiátricos, existen altas tasas de prevalencia de TUS, que varían dependiendo de las características de la muestra y metodología empleada. Lo que suele estar claro, es que estos pacientes son de difícil manejo, implican elevados costes sociosanitarios, tienen mal pronóstico y mala adherencia al tratamiento.<sup>16</sup>

En las dos últimas décadas los estudios se han centrado en establecer modelos etiológicos que pudieran explicar la comorbilidad entre los TUS y los trastornos psiquiátricos. Los resultados indican que existen factores neurobiológicos, genéticos y ambientales que se superponen dando lugar a complejos mecanismos etiopatogénicos.<sup>17</sup>

Meyer en 1986, relacionó la psicopatología y los TUS estableciendo seis premisas que hoy en día continúan vigentes:

1. La psicopatología puede servir como factor de riesgo para los trastornos adictivos.
2. La psicopatología puede modificar el curso de un trastorno adictivo en términos de rapidez del curso, respuesta al tratamiento, cuadro clínico y evolución a largo plazo.
3. Los síntomas psiquiátricos pueden desarrollarse en el curso de intoxicaciones crónicas.

4. Algunos trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia del uso y persisten tras el periodo de remisión.
5. Las conductas por uso de sustancias y los síntomas psicopatológicos (previos o posteriores) pueden estar relacionados de forma significativa durante el curso del tiempo.
6. Algunas condiciones psicopatológicas ocurren en adictos sin mayor frecuencia que en la población general, sugiriendo que el trastorno psiquiátrico y el adictivo no están específicamente relacionados.

#### IV.2.1. Modelos Etiológicos en Patología Dual

Varios modelos generales intentan explicar la comorbilidad entre el TUS y el Trastorno Mental Severo.<sup>18</sup>

#### IV.2.2. Modelo del Factor Común

En este modelo las altas tasas de comorbilidad existentes entre los trastornos mentales y los TUS, son el resultado de compartir factores de riesgo comunes. Ambos trastornos serían entonces, manifestaciones de un mismo proceso de base. Estos factores de riesgo o vulnerabilidad común incluirían:

##### IV.2.2.1. Factores genéticos

En investigaciones con familias y estudios con gemelos se ha destacado el papel genético en trastornos como la esquizofrenia y el trastorno Bipolar en los TUS.<sup>19</sup> Un número de estudios han demostrado que los pacientes duales tienen mayor probabilidad de tener parientes con TUS que parientes solo con un único diagnóstico de trastorno mental severo.<sup>20</sup>

En este sentido, los estudios se han centrado en investigar la prevalencia de comorbilidad de TUS en pacientes esquizofrénicos y bipolares, dadas las altas tasas de TUS encontrados en estos pacientes. Los resultados indican que la hipótesis de la existencia de una vulnerabilidad genética compartida entre los TUS y los trastornos mentales severos como la esquizofrenia y trastorno bipolar, no parece estar apoyada por los estudios realizados en familias ni en los estudios realizados con gemelos.<sup>21</sup>

Según este dato, los pacientes con TUS no tienen mayor riesgo familiar de desarrollar esquizofrenia o trastorno bipolar, ni viceversa, es decir, los pacientes esquizofrénicos o bipolares no tienen más riesgo genético de presentar un TUS.

Por otro lado, sin llegar a validar la hipótesis de la variabilidad genética compartida, mecanismos etiopatogénicos compartidos como los procesos de refuerzo y aprendizaje relacionados con el sistema dopaminérgico, han sido propuestos como enlaces intermedios entre los problemas adictivos y determinados rasgos de la personalidad. Determinadas variantes genéticas del sistema dopaminérgico podrían afectar de forma importante los sistemas de aprendizaje y recompensa, que darían lugar a una serie de actitudes y conductas psicopáticas y una mayor vulnerabilidad para desarrollar un TUS.<sup>22</sup>

#### IV.2.2.2. Trastorno de la Personalidad

Aunque existe una elevada comorbilidad entre el TUS y el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), la relación causal entre ambos no está del todo clara.<sup>23</sup> El TAP en personas con TUS se ha relacionado constantemente con un curso más grave de la enfermedad, una edad precoz en el inicio del consumo, una dependencia física más severa, consecuencias físicas, sociales, y legales más adversas en el trastorno adictivo.<sup>24</sup> Desde este modelo, autores postulan que podría existir un factor común de vulnerabilidad para padecer trastorno disocial en la infancia y adolescencia, así como para presentar un TUS en dicha edad, entendiendo ambas patologías como diferentes manifestaciones de una misma entidad.<sup>25</sup>

También se ha planteado que el TAP, podría ser un factor de vulnerabilidad común que podría explicar la elevada tasa de comorbilidad entre psicosis y TUS. Esta hipótesis con evidencia moderada viene apoyada por estudios de pacientes con trastornos psicóticos y TAP, que indican una mayor probabilidad en estos de desarrollar un TUS, que en pacientes psicóticos sin TAP.<sup>26</sup>

#### IV.2.2.3. Estatus Socioeconómico

Hay una asociación general entre un estatus socioeconómico bajo incluyendo la educación, renta y ocupación, e índices más altos del trastorno adictivo,<sup>27</sup> Hawkins, Catalano, & Miller, 1992), igual que para la esquizofrenia.<sup>28</sup> Así, un estatus socioeconómico bajo podría ser un factor común de riesgo para la esquizofrenia y el trastorno adictivo.

#### IV.2.2.4. Traumas Infantiles

Experiencias traumáticas en la infancia, como abusos físicos y sexuales se ha propuesto como un factor de vulnerabilidad común para el desarrollo de TUS y psicosis. Esta hipótesis conlleva una falta de especificidad, ya que experiencias traumáticas en la infancia también se han señalado como factores de riesgo en la población general para el desarrollo de otras patologías psiquiátricas.<sup>29</sup>

#### IV.2.2.4. Funcionamiento Cognitivo

Los déficits en el funcionamiento cognitivo especialmente durante la infancia y adolescencia pueden aumentar el riesgo para presentar un trastorno adictivo a lo largo de la vida. Este riesgo también se da para el trastorno mental severo, principalmente en la esquizofrenia. Estos déficits cognitivos podrán ser debidos a factores genéticos, ambientales o a ambos.<sup>30</sup>

#### IV.2.2.5. Modelo de Trastorno por Consumo de Sustancias Secundario a un Trastorno Mental

Este modelo supone que los trastornos mentales severos incrementan el riesgo de desarrollar TUS. Aquí incluimos dos modelos principales: Modelo de Factores de Riesgo Psicosocial y Modelo de la Supersensibilidad.

#### IV.2.2.6. Modelo de Factores de Riesgo Psicosocial

Desde este modelo el consumo de sustancias se realizaría para paliar síntomas o consecuencias de un trastorno mental primario. Se incluyen en este apartado:

#### IV.2.2.7. Modelo de Automedicación

Este modelo se centra en la hipótesis de la automedicación que Khantzian estableció en 1985 según la cual, los sujetos seleccionarían la sustancia en función del malestar provocado por la sintomatología derivada de su patología previa. Khantzian discute, con ejemplos de tal autoselección, que los adictos a la heroína eligen la heroína porque es parcialmente eficaz en la mejoría de rabia y de la agresión, y que los adictos a la cocaína seleccionan la cocaína debido a su capacidad de aliviar la depresión, la hipomanía y la hiperactividad. Hay poca evidencia de que la selección de la sustancia está relacionada con los diagnósticos específicos o con los estados internos <sup>31</sup> aunque estudios recientes con otros cuadros psiquiátricos distintos a la esquizofrenia muestran cierta evidencia al comprobar esta hipótesis.

Brodhad (2014)<sup>32</sup> analizó la depresión, dolor corporal y vitalidad y su relación con el uso de cocaína en una muestra de adultos con VIH. Los resultados indicaron una asociación significativa entre un mayor uso de la cocaína y una menor sensación de vitalidad.

Mariani, Khantzian and Levin (2014)<sup>34</sup> en un estudio de 2 casos clínicos analizan el diagnóstico del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el uso de cocaína. Los resultados indicaron que los pacientes usaban cocaína y mejoraban los síntomas del TDAH, confirmando en estos dos casos la hipótesis de la automedicación.

#### Clasificación de sustancias psicoactivas

Tabla 1

|            | Tipos               | Droga          | Nombre común   | Efecto  | Aspecto   |
|------------|---------------------|----------------|----------------|---|---|
| Depresores | Sedante hipnótico   | Etanol         | Alcohol        | Euforia, relajación<br>disminución de reflejos,<br>alteración de coordinación | Líquidos de varios colores. Se bebe                           |
|            | Analgésico opioide  | Heroína        | Jaco, caballo  | Placer, sedación, euforia, miosis, hipotensión<br>depresión respiratoria      | Polvo blanco o marrón oscuro. Se inyecta, se fuma o se inhala |
|            | Sedante ansiolítico | Benzodiazepina | Roches, pastis | Sedación, relajación,   | Compimidos, cápsulas o  |

|              |                             |  |  |   |   |
|--------------|-----------------------------|--|--|---|---|
|              |                             |  |  | bienestar   | ampollas. Se tragan o inyectan  |
|              | Sedante hipnótico           | Acido gamma Hidroxi butirico                                 | GHB, éxtasis líquido                       | Sedante, somnifero, amnesia anterógrada   | Líquido transparente en pequeños frascos de cristal. Se bebe                              |
|              | Anestésico disociativo      | Ketamina   | Special K, K.                              | Anestesia, distorsión de la percepción, aislamiento, reducción de la atención y aprendizaje, alucinaciones      | Líquido incoloro e inodoro. Se bebe   |
| Alucinógenos |                             |  |  |   |   |
|              | Alucinógeno cannabinoide    | Delta-9-tetrahidrocannabinol                                 | Marhuana, maría, hachis, hierba, chocolate | Relajación, placer, amnesia, bienestar, enlentecimiento del tiempo, irritación conjuntival, aumento del apetito | Bolas o planchas color marrón oscuro. Hojas secas. Aceite. Se mezcla con tabaco y se fuma |
|              | Alucinógeno psicodistéptico | Dietilamida del ácido lisérgico                              | LSD, ácidos, tripis                        | Alucinaciones, creatividad, apertura emocional, cambios de humor  | Trozos de papel secante impregnado, estrellitas, pastillas. Se tragan                     |
|              | Alucinógeno psicodisléptico | Mescalina  | Hongos, setas                              | Alucinaciones basadas en la realidad, sinéstesias   | Prequeños cristales blanco, o rosas. Oral o inyectada                                     |
|              | Alucinógeno psicodisléptico | MDMA (metilendioxi-metanfetamina) MDA (metildioxianfetamina) | Extasis, XTL, Adán, E. pastillas, EVA      | Euforia, felicidad, ligereza menal y física   | Pastillas de colores, formas y tamaños distintos  |
| Estimulantes |                             |  |  |   |   |
|              | Estimulante fertilaminico   | Anfetamina, metanfetamina y derivados                        | Meta, anfet, speed, pastillas              | Euforia, ansiedad, grandiosidad, aumento de concentración, irritabilidad, paranoia                              | Pastillas   |
|              | Anestésico estimulante      | Clohidrato de cocaína  | Polvo, nieve                               | Euforia, hiperactividad, midriasis, grandiosidad  | Polvo blanco cristalino, esnifada, fumada o. i.v.   |

|  |                          |          |        |  |   |
|--|--------------------------|----------|--------|--|---|
|  | Estimulante<br>sinérgico | Nicotina | Tabaco | Estimula<br>y<br>memoria<br>y<br>vigilia,<br>inhibe<br>sueño<br>y<br>hambre,<br>bienestar<br>general | Hojas secas<br>en forma de<br>hebras<br>marrones.<br>Fumado |
|--|--------------------------|----------|--------|--|---|

#### IV.2.2.5. Modelo de Alivio de la Disforia

Representa un modelo más general que la automedicación. Indica que en pacientes con trastorno mental severo son propensos a experimentar estados disfóricos que propician al mismo tiempo el uso de sustancias psicoactivas. Utilizan la sustancia para sentirse bien y aliviar la disforia, por tanto, propicia el inicio al consumo. Existen estudios que apoyan esta hipótesis, aunque sigue siendo un planteamiento cuestionado debido a la gran variabilidad de estados disfóricos y la inespecificidad en el uso de sustancias.<sup>35</sup>

#### IV.2.2.6. Modelo de Factores Múltiples de Riesgo

Según este modelo múltiples factores influyen en que los pacientes con trastorno mental severo inicien el consumo de sustancias. Los factores de riesgo comunes incluyen: el aislamiento social, las habilidades interpersonales pobres, las habilidades cognitivas pobres, fracaso académico, pobreza, carencia de las responsabilidades en el papel del adulto, carencia de actividades diarias estructuradas, asociación con los subgrupos marginales y el vivir en vecindades con altos índices de disponibilidad de droga. Si el efecto acumulativo de los factores de riesgo múltiples, incluyendo la disforia, aumenta la probabilidad del trastorno adictivo, el mecanismo sería secundario al trastorno mental severo. Hay poca evidencia cuantitativa directa para el modelo múltiple del factor de riesgo.<sup>36</sup>

#### IV.2.2.6. Modelo de la Supersensibilidad

Este modelo deriva de los modelos de vulnerabilidad-estrés propuestos por Liberman et al.<sup>37</sup> para la esquizofrenia.

Según este modelo, la vulnerabilidad psicobiológica, determinada por una combinación de acontecimientos genéticos y ambientales tempranos, obra

recíprocamente con el estrés ambiental precipitando el inicio de un desorden psiquiátrico, o como disparador de una recaída. Esta sensibilidad puede inducir con más probabilidad en pacientes con trastorno mental severo a experimentar consecuencias negativas al usar cantidades relativamente pequeñas de sustancias. Por ejemplo, el consumo de cannabis puede precipitar cuadros psicóticos agudos e incrementar el riesgo de esquizofrenia en personas vulnerables.<sup>38</sup>

Varios estudios han observado que los pacientes con esquizofrenia son propensos al abuso de cantidades más bajas de drogas que pacientes con trastornos de la personalidad (TP).<sup>39</sup> Así, las cantidades bajas de uso de la sustancia parecen aumentar vulnerabilidad a las recaídas en pacientes con trastorno mental severo. La principal limitación de este modelo es que los estudios solo se han centrado en pacientes esquizofrénicos, limitando los hallazgos a este grupo diagnóstico.

#### IV.2.3. Modelo de Trastorno Psiquiátrico Secundario al Consumo de Sustancias

Este modelo supone que los TUS precipitan trastornos mentales severos en individuos que tal vez, no hubieran desarrollado estos trastornos. Este modelo indica, que ciertas sustancias actúan en los sistemas de neurotransmisión implicados en el origen de los trastornos psicóticos. La administración continuada de drogas provocaría cambios neuro adaptativos que conducirían a un trastorno psiquiátrico. La mayoría de los estudios en este sentido, se han centrado en el consumo de cannabis y desarrollo de la esquizofrenia, aunque también se han realizado estudios al respecto considerando otras sustancias sin resultados evidentes. En el caso de alcohol, las investigaciones han evidenciado que su consumo puede empeorar síntomas y precipitar recaídas en la esquizofrenia, pero sin ser un factor causal de la misma, suponiendo este hecho una limitación importante para este modelo.<sup>40</sup>

#### IV.3. Epidemiología de la patología dual

La investigación epidemiológica sobre abuso o dependencia a sustancias y su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, ha sido compleja y poco concluyente. Varios factores han contribuido a ello, por un lado, la conducta adictiva hasta hace relativamente poco tiempo no ha sido considerada como enfermedad sino como

problema social. Otro aspecto es que, desde la literatura científica, existe una amplia variabilidad en las tasas de prevalencia obtenidas dependiendo de las herramientas metodológicas empleadas, selección del diagnóstico primario y características de la muestra.

Apenas existen datos sobre prevalencia de PD en nuestro país. La información que disponemos viene principalmente dada de estudios comunitarios del ámbito americano y desde muestras clínicas. Los estudios realizados en atención especializada y hospitalaria suelen ofrecer cifras de prevalencia superiores a los de la población general<sup>41</sup> posiblemente debido al acuerdo general de que la comorbilidad entre trastornos mentales y adictivos favorece la búsqueda de tratamiento.<sup>42</sup>

En cuanto a las diferencias de género, existen pocos datos al respecto, aunque la mayoría de los autores comparten que la PD se da con más frecuencia en hombres con respecto a las mujeres (Rodríguez Jiménez et al., 2008). Otros, en cambio indican que las mujeres tienen más riesgo a la hora de desarrollar ambos trastornos.

En general los resultados de los estudios epidemiológicos muestran una alta prevalencia de patología psiquiátrica en los TUS, además de señalar asociaciones etiológicas entre ellos, sobre todo de forma más significativa en la dependencia de alcohol y otras drogas.<sup>42</sup>

#### IV.4. Evaluación de la patología dual

La evaluación en PD presenta una serie de dificultades a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de un trastorno mental comórbido con un TUS. Sintomatología propia de algunos trastornos mentales se solapan con los efectos de la intoxicación y abstinencia del consumo de sustancias. Ante la similitud de síntomas se debe examinar detalladamente la historia toxicológica del paciente con el fin de identificar la presencia o no de PD. Es importante determinar si el inicio de la psicopatología está vinculado al consumo de sustancias, si la aparición de síntomas se da en una fase de intoxicación, de abstinencia o si son inducidos por el consumo. Además, se debe establecer una relación temporal entre ambas patologías.

San-Molina (2003) indica algunos datos de la historia clínica que pueden sugerir que la psicopatología es independiente del TUS:

- La psicopatología ha comenzado antes que el consumo regular de sustancias.
- Los síntomas y problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que presentan las personas que muestran abuso o dependencia de drogas.
- Si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que no sea inducido.
- La existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno.
- El fracaso terapéutico tanto a la hora de reducir la conducta adictiva como otros trastornos psiquiátricos.
- Pueden observarse también efectos secundarios excesivos como el uso de fármacos tras un periodo de abstinencia, respuesta inexistente cuando se trata de un trastorno no inducido.

En la práctica clínica suele existir una tendencia a sobre diagnosticar trastornos mentales en pacientes drogodependientes, así como a subestimar el diagnóstico de TUS en pacientes psiquiátricos.<sup>43</sup> Las características de los pacientes duales cambian con el entorno clínico. Los profesionales en adicciones pueden tener mayor capacidad de detección de trastornos mentales, que los profesionales de salud mental a la hora de detectar trastornos adictivos.<sup>44</sup> Es muy posible que los pacientes suelen ocultar al clínico el consumo. Es frecuente que los pacientes con PD sean reticentes a hablar de su consumo, sobre todo si se tratan de sustancias ilegales, principalmente por temor a sanciones y la no aceptación en su círculo social y familiar.

Solomon (1996) indica una serie de indicios sobre el posible consumo de drogas en pacientes psiquiátricos:

- El fracaso terapéutico.
- La eficacia y cumplimiento en la toma de medicación.
- Absentismo laboral, sobre todo lunes a primera hora.
- Conductas descontextualizadas, por ejemplo, la desinhibición experimentada por el paciente con una intoxicación leve.
- Ausencia de profundidad y vitalidad en la sesión de psicoterapia, presentan ansiedad o implicación inadecuada con los sucesos de la vida.

- Los sucesos vitales del paciente, que son acontecimientos que difieren de otra persona que no consume drogas.
- Aparición de conflicto de forma súbita entre el personal de la unidad y el paciente pudiendo por ejemplo confundir determinadas respuestas propias de pacientes con trastorno límite de la personalidad con el efecto del consumo de algunas sustancias.

#### IV.5. Diferencias entre CIE-10 y DSM-5

En la clasificación CIE-10 se incluyen los trastornos para 10 grupos de sustancias. La diferencia con la clasificación Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders es que, en esta el trastorno por consumo de cafeína no se tiene en cuenta dentro del trastorno por consumo de otros estimulantes como ocurre en la CIE-10. Otra diferencia es que el trastorno por consumo de cocaína se incluye dentro del grupo de trastornos por estimulantes en el DSM-5.<sup>45</sup>

La CIE-10, incorpora en el apartado dedicado a cada sustancia, los trastornos relacionados con ella, tanto la dependencia como los inducidos. Dentro de los trastornos que podríamos llamar inducidos, la CIE-10 se centra en los trastornos psicóticos y los que cursan con deterioro cognitivo. Se codifica el diagnóstico de consumo perjudicial cuando el consumo afecte a la salud física y no exista un diagnóstico de dependencia, trastorno psicótico u otras formas específicas relacionados con alcohol u otras sustancias psicótropas.

En el DSM-5, los trastornos relacionados con las sustancias se dividen en trastornos por consumo (con niveles de gravedad: leve, moderado y grave, sin distinguir dentro de ellos entre abuso y dependencia tal y como lo hacía en los, trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (intoxicación, abstinencia y otros trastornos inducidos). De estos últimos, la intoxicación y el síndrome de abstinencia se encuentran recogidos en el apartado dedicado a la sustancia, mientras que los otros trastornos inducidos, igual que en el DSM-IV-TR se incluyen en el apartado con el que se comparten características clínicas: psicóticos, depresivas, ansiosas, insomnio, sexuales y neurocognitivas.

En los criterios para la intoxicación, en el DSM-5 incluye síntomas específicos para cada sustancia, además de no aplicarse los criterios de intoxicación al tabaco. En relación con la abstinencia, en el DSM-5 se especifica también los síntomas característicos del síndrome de abstinencia en cada sustancia, mientras que en la CIE-10 solo realiza la distinción bajo criterios de no complicado y con convulsiones. En la CIE-10 se incluye el diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium donde se codificaría el delirium tremens inducido por alcohol.<sup>46</sup>

A diferencia del CIE-10, que clasifica la ludopatía dentro de los trastornos del control de los impulsos, el DSM-5 incluye el juego patológico dentro del capítulo de trastornos adictivos, clasificándolo dentro de los llamados trastornos no relacionados con sustancias.

#### IV.6. Criterios diagnósticos de comorbilidad con un Trastorno por Uso de Sustancias

En los últimos cincuenta años, la dependencia a sustancias ha sido considerada de diferentes formas y los criterios de comorbilidad con otros trastornos mentales han ido cambiando con el tiempo.

En la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, las adicciones estaban incluidas dentro de las alteraciones de la personalidad. El National Council on Alcoholism (1972), publicó los primeros criterios diagnósticos, considerando el fenómeno de tolerancia y abstinencia como imprescindible para el diagnóstico de dependencia, y no es hasta el DSM-III-R, cuando estos dejan de serlo.

En cuanto a los criterios de comorbilidad entre TUS y otros trastornos mentales bajo los criterios de Feighner (1972), se consideraba la edad de inicio para diferenciar entre trastorno primario y secundario. En el DSM-III y DSM-III-R, el criterio de organicidad del trastorno mental, diferenciaba los TUS de otros trastornos mentales. En la cuarta edición del DSM (APA, 1994) se utilizaron las categorías “primario” (aquellos trastornos que no son inducidos por sustancias ni son consecuencia de una enfermedad médica) “efectos esperados” (síntomas que se producen por el consumo o abstinencia) e “inducido por sustancias” (síntomas más graves a los provocados por una intoxicación o síndrome de abstinencia) para establecer la comorbilidad entre un

TUS y otro trastorno mental. En el DSM-IV-TR y DSM-5 diferencian entre trastornos relacionados con sustancias y trastornos inducidos por estas.<sup>47</sup>

La CIE-10, diferencia entre trastorno primario y trastorno debido al consumo de sustancias para los trastornos psicóticos; síndrome amnésico; trastorno psicótico residual; trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol y otras sustancias psicótropas; otros trastornos mentales y del comportamiento; y trastorno mental y del comportamiento sin especificación.

#### IV.7. Patología dual y alcohol

Según el informe mundial de la OMS (2014) existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, siendo uno de los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de enfermedades infecciosas, no transmisibles y traumatismos. Este informe también hace hincapié en que más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. El consumo patológico de alcohol es un problema importante de salud en todo el mundo. Datos del 2012, informan que un 3.3% de personas murieron en el mundo por el consumo nocivo de alcohol.<sup>48</sup>

En la conducta suicida, el consumo abusivo de alcohol supone un factor de riesgo para el suicidio, existiendo una tasa elevada de comportamientos suicidas y suicidios consumados en personas con este trastorno. Según un metaanálisis realizado en 2004, las personas dependientes de alcohol tienen un riesgo diez veces mayor de suicidio consumado que aquellas personas sin dependencia a esta sustancia.<sup>49</sup>

EL DSM-5 define el trastorno por consumo de alcohol como una agrupación de síntomas de físicos y de conducta entre los que están la abstinencia, tolerancia y el deseo intenso de consumo. Diferencia entre el trastorno por consumo de alcohol de los trastornos inducidos, donde se situarían la intoxicación por alcohol y la abstinencia de alcohol. El curso de este trastorno es variable con periodos de remisión y recaída.

La gran dificultad para mantener la abstinencia, y el riesgo de recaída supone una amenaza continua después de muchos años de abstinencia en el consumo de esta sustancia.<sup>50</sup> Antes de los 14 años el consumo de alcohol predice un peor estado de

salud en el futuro, además de asociarse con un mayor riesgo para el desarrollo de dependencia y abuso en edades más tardías,<sup>51</sup> accidentes de tráfico y lesiones físicas.<sup>52</sup> Datos españoles informan de que se trata de la sustancia que menos peligrosa se percibe, y menos del 50% de los encuestados considera que tomar 5 o 6 copas durante un fin de semana puede producir problemas.

De entre todas las sustancias, el alcohol es la que mayor “daño” causa a terceras personas del entorno del bebedor (Nutt, King, & Phillips, 2010). Este “daño” abarca desde el síndrome alcohólico fetal, experiencias traumáticas tempranas, hasta episodios de abuso, agresión y accidentes relacionados con la intoxicación.<sup>53</sup>

#### IV.7.1. Epidemiología del Trastorno por Uso de Alcohol

Unos 23 millones de europeos al año presentan dependencia del alcohol. En España, el alcohol sigue siendo una de las sustancias más consumidas por los estudiantes entre 14 y 18 años y adultos entre los 15 y 65 años, seguidas del tabaco, hipnosedantes y cannabis. El 78.3% de los encuestados manifestaron que habían consumido alcohol y dos de cada 10 personas se habían emborrachado durante el último año. El 15.5% entre los 15 y 65 años ha presentado un patrón de consumo perjudicial de alcohol en forma de atracón (Bingedriking), que produce un cuadro de intoxicación aguda y se relaciona con un mayor riesgo de lesiones, accidentes y agresiones. Este porcentaje sobre todo se concentra en adultos jóvenes entre 15 y 29 años. Así mismo, se inicia en edades tempranas, sobre los 16 años, siendo una de las sustancias junto al tabaco que más tempranamente se consume en nuestro país y que menos peligrosa se percibe.<sup>54</sup>

La gran facilidad de acceso al alcohol, su integración cultural, junto con el bajo precio y propiedades psicoactivas probablemente se relaciona con esta prevalencia tan elevada en nuestro país.

El 4.9% de los encuestados presentaría un consumo problemático de los cuales el 4.5% serían consumos de riesgo y un 0.4% una posible dependencia. El consumo intensivo de alcohol se asocia estadísticamente con el consumo de otras sustancias. En España, el 40.7% de consumidores de sustancias psicoactivas, consumen dos o más sustancias estando el alcohol presente en el 90% de los casos de los consumos.

Aunque el consumo de alcohol sigue siendo mayor en hombres (7.4% varones frente un 2.3% en mujeres) en las mujeres, existe una tendencia al aumento constante del consumo. Según los datos aportados por el estudio, los últimos datos indican que los hombres realizan una mayor cantidad de ingesta de alcohol que las mujeres (83.2% frente a un 73.4% respectivamente). Los hombres presentan una mayor tasa en el consumo de alcohol, pero existen evidencias de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos de esta sustancia en comparación con los hombres, debido principalmente a una menor metabolización, ya que las mujeres tienen un menor nivel de agua y más grasa corporal en comparación con los hombres.

Los estudios epidemiológicos indican diferencias de género en cuanto al patrón de consumo en las diferentes sociedades. Aun así, las mujeres tienden a beber más en casa y a escondidas, de inicio más tardío en el consumo, en cuanto a la etiología del trastorno suelen tener más relevancia el fracaso de la vida afectiva, muestran una mayor incidencia que los hombres a experimentar trastornos psicósomáticos y depresión, con mayores conflictos de convivencia, mayor rechazo social y mayor resistencia a buscar tratamiento.<sup>55</sup>

#### IV.7.2. Comorbilidad Psicopatológica Asociada al Alcoholismo

En los últimos años la presencia de psicopatología en consumidores de sustancias es una de las áreas que más investigación ha generado.<sup>56</sup>

La OMS define el diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Según estudios existen altas tasas de comorbilidad psiquiátrica en las personas dependientes de alcohol, en un rango entre el 30-75%.<sup>57</sup> Otros datos indican que aproximadamente el 44% de los pacientes con problemas del consumo de alcohol admitidos a tratamiento presentan al menos un trastorno mental asociado.<sup>58</sup>

Los diferentes estudios epidemiológicos como ECA, NESARC, NCS, y NCS-R sobre comorbilidad psiquiátrica han detectado diferentes trastornos que aumenta el riesgo de alcoholismo. Principalmente trastornos afectivos, de ansiedad y TP, además

de otras adicciones, se presentan conjuntamente con un trastorno de dependencia al alcohol.<sup>59</sup>

Los diagnósticos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia al consumo de alcohol es el trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, además de otros trastornos adictivos y la manía.<sup>60</sup>

En cuanto al sexo, estudios sugieren que el sexo femenino presenta una mayor probabilidad de comorbilidad psiquiátrica y sintomatología emocional, junto con un trastorno por consumo de alcohol, en comparación con hombres con este mismo trastorno de dependencia.<sup>61</sup>

El estudio epidemiológico NSC, indica que el 86% las mujeres con dependencia de alcohol y el 72.4% de las que presentan un diagnóstico de abuso desarrollan otro trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida.

Sánchez, Álvarez y Rodríguez (2012) compararon 100 pacientes alcohólicos con patología psiquiátrica con 284 pacientes sin ella, con el fin de estudiar la evolución a los dos años de tratamiento. Existe un porcentaje mayor de mujeres (47%) con PD en comparación con el porcentaje del sexo femenino (10.56%) de la muestra de alcohólicos sin PD. La tasa de recaída y abandono del tratamiento fueron mayores en el grupo de PD que en la muestra solo de alcohólicos. Los trastornos psiquiátricos más asociados al alcoholismo fueron los TP en un 30%, adaptativos con un 24%, trastornos depresivos con un 22%, de ansiedad con el 18%, esquizofrenia con un 11% y trastorno bipolar con el 9%.

En un estudio descriptivo realizado por Esper, Corradi-Webster, Carvalho y Furtado (2013) en 27 mujeres con diagnóstico de dependencia al alcohol que recibían tratamiento ambulatorio en una unidad psiquiátrica, informaron que el 76.2% tenía un diagnóstico psiquiátrico adicional al consumo principalmente los TP, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos.

Existen también altas tasas de comorbilidad de abuso y dependencia de alcohol en personas con otros TUS. Diversos estudios sugieren una alta prevalencia de consumidores de alcohol y cocaína conjuntamente.<sup>62</sup>

Según un estudio realizado por Latvala et al. (2009) el 90% de las personas entre 15-35 años que abusan de drogas ilegales suelen presentar además un problema de consumo de alcohol. Además, parece que la presencia de un trastorno de dependencia al alcohol aumenta la probabilidad de que se desarrolle otro TUS y viceversa.<sup>63</sup>

Langas, Malt and Opjordsmo (2012) encontraron diferencias significativas en Ansiedad Social utilizando el SCL90-R al comparar una muestra de pacientes con TP y consumo de sustancias con una muestra de pacientes solo con un diagnóstico de TP. Los síntomas afectivos y de ansiedad fueron los más destacables en la muestra de PD.

Bravo de Medina et al. (2008) analizaron la sintomatología clínica además de las dimensiones y TP, en función del sexo en un grupo de 158 pacientes con dependencia al alcohol. Se encontraron diferencias significativas en las variables Obsesión-Compulsión y Ansiedad fóbica del SCL90-R, presentando las mujeres una sintomatología psicopatológica más grave en comparación con los hombres, principalmente de tipo ansioso depresiva.

Estos mismos autores, en un estudio previo describieron las características psicopatológicas y dimensiones de la personalidad de una muestra de pacientes dependientes de alcohol, comparándola con una muestra clínica de pacientes psiquiátricos sin adicción y otra muestra de controles sanos. Entre otras pruebas utilizaron el SCL90-R para medir sintomatología psicopatológica. Los resultados indicaron que los pacientes dependientes de alcohol y el grupo clínico presentaba una mayor sintomatología ansioso-depresiva que el grupo control sano.

Pérez-Gálvez, De-Vicente-Manzanaro, García-Fernández, Romero-Escobar y Oliveras-Valenzuela (2008) determinaron la prevalencia de psicopatología en una muestra de 518 sujetos adictos al alcohol en tratamiento ambulatorio. Utilizaron el SCL90-R, para medir la psicopatología y realizaron comparaciones de los perfiles según el sexo de los pacientes. Los resultados mostraron una elevada prevalencia de psicopatología en la muestra entre un rango del 58.9%-81.3%, siendo esta superior entre las mujeres alcohólicas. El perfil presentado por estas refleja puntuaciones más elevadas en las escalas Psicoticismo, Obsesión-Compulsión, Ideación Paranoide,

Sensibilidad interpersonal e Intensidad media de los síntomas (GSI). En ambos grupos se observó un perfil similar al presentado por la patología psicótica.

En cuanto al pronóstico de la adicción al alcohol, parece que puntuaciones altas en Sensibilidad Interpersonal, Ansiedad, Ansiedad fóbica e Índice global de severidad (GSI) están asociadas al riesgo de recaída, así como puntuaciones bajas en Ansiedad, Depresión y GSI se asocian a un mayor tiempo de abstinencia.

#### IV.7.3. Trastorno por Uso de al Alcohol y Comorbilidad con Trastornos Afectivos y de Ansiedad

Existen estudios que informan que hasta un 76% de las personas con TUS presentan síntomas de ansiedad y un 79% de depresión esta coocurrencia de ambos trastornos específicamente con el alcohol no se da al azahar.

Estudios en dependientes de alcohol informan de que estos presentan una baja autoestima,<sup>64</sup> son más ansiosos y depresivos, con elevado neuroticismo, ansiedad y depresión.

También el estrés durante mucho tiempo ha sido considerado como un antecedente del consumo de alcohol y como un factor importante en el desarrollo del abuso de alcohol y dependencia.

En cuanto al estilo de afrontamiento a la hora de hacer frente a situaciones estresantes, el estilo evitativo es el que se asocia con mayores niveles de consumo de alcohol.

La prevalencia de trastornos de ansiedad en dependientes de alcohol según estudios revisados puede variar entre el 55-65%. Además de predecir un mal resultado en el tratamiento de la dependencia después de seis meses.

Grant et al. (2004) informaron de los resultados en el estudio NESARC (2004) según el cual, el 33% de los pacientes que se encontraban en tratamiento por alcoholismo presentaban un trastorno de ansiedad independiente.

Existe una relación causal entre los trastornos de ansiedad y la dependencia al alcohol. La ansiedad puede jugar un papel importante tanto en el inicio como en el mantenimiento de la conducta adictiva del alcohol. Algunas personas utilizan el alcohol para aliviar síntomas de ansiedad que preceden al consumo. El diagnóstico preciso de

trastornos de ansiedad es complicado ya que en alcohólicos los síntomas de ansiedad también pueden deberse a la abstinencia o estados de craving. Los síntomas de ansiedad pueden llegar a convertirse en potentes estímulos condicionados que impulsarían a la persona dependiente de alcohol hacia un nuevo consumo. Por tanto, la presencia de un trastorno de ansiedad en pacientes alcohólicos abstinentes puede ser un importante factor de riesgo para la recaída en el consumo.

La investigación indica que la fobia social sería uno de los trastornos que precedería al alcoholismo sobre el resto de los trastornos de ansiedad.<sup>65</sup>

El trastorno de estrés post-traumático (TEP), es un trastorno también bastante asociado al consumo excesivo de alcohol. Estudios recientes indican que, en la mayor parte de los pacientes, el consumo problemático de alcohol precede al TEP, indicando que el consumo excesivo de alcohol puede ser un factor de riesgo para la aparición de TEP en personas vulnerables.

En cuanto a la depresión, estudios indican una variabilidad en la prevalencia en alcohólicos entre el 24 y el 70%. Estudios han reportado altas tasas de comorbilidad de depresión, trastornos de ansiedad y la dependencia del alcohol.

Schukitet al. (1997) encontraron que, en pacientes dependientes de alcohol existe un predominio de la depresión inducida por el alcohol en hombres, mientras que en mujeres dependientes es más probable encontrar trastornos depresivos independientes del consumo.

Algunos estudios sugieren que en mujeres la presencia de depresión parece ser un factor de riesgo para padecer un problema de uso de alcohol.

Los resultados obtenidos en el estudio NESARC en pacientes que presentaban un diagnóstico de depresión mayor, estimaron que un 14% presentaron trastorno por uso de alcohol a los 12 años de seguimiento, y de aquellos que presentaron antecedentes de trastorno depresivo mayor, el 40% presentaron un trastorno relacionado con el consumo de alcohol.<sup>66</sup>

Según Sher et al. (2005) existe una mayor tasa de ideación suicida en sujetos con antecedentes de trastorno por uso de alcohol, al compararlos con sujetos que no presentan estos antecedentes.

En cuanto al componente genético, según recoge la investigación realizada, familiares de pacientes alcohólicos pueden tener mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos y de ansiedad en comparación con los que no presentan antecedentes familiares de alcoholismo, siendo las tasas de prevalencia más altas en las mujeres. Algunos datos indican que los trastornos depresivos y de ansiedad predicen el consumo de alcohol.

Para realizar el diagnóstico diferencial entre un trastorno depresivo independiente y un trastorno depresivo inducido por alcohol, es necesario explorar la presencia del trastorno antes del inicio de la conducta adictiva, así como su presencia o no, en periodos prolongados de abstinencia, ya que la sintomatología depresiva puede ser aliviada con el alcohol.<sup>67</sup>

Otro trastorno afectivo como el trastorno bipolar, es uno de los trastornos psiquiátricos más asociados al alcoholismo, pudiendo ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de consumo de sustancias.

Estudios epidemiológicos NCS, ECA, NESARC, indican que sujetos diagnosticados de trastorno bipolar presentan una probabilidad cinco veces mayor de presentar un trastorno de abuso/dependencia por alcohol que aquellos que no presentan el diagnóstico de trastorno bipolar. En el estudio ECA los pacientes con trastorno bipolar tenían las tasas más altas de trastornos por uso de alcohol (46%) y de TUS (41%). Además, en este mismo estudio los pacientes con fases de manía presentaron seis veces mayores posibilidades de padecer un trastorno por uso de alcohol, que aquellos que no presentaron un diagnóstico psiquiátrico.

En el estudio posterior NSC, los pacientes con dependencia al alcohol presentaban un riesgo significativo de padecer diagnóstico de manía a lo largo de su vida.<sup>68</sup>

En el estudio NESARC se estimó una prevalencia del 58% a lo largo de la vida de trastorno por uso de alcohol, en pacientes bipolares tipo I. Los síntomas maníacos o hipomaniacos aumentan el riesgo de dependencia tanto de alcohol como de benzodiacepinas. El alcoholismo también se asocia con una mayor tasa de intentos de suicidio en el trastorno bipolar. Ciclotímicos depresivos presentan una mayor sensibilidad interpersonal, evitación de relaciones, reactividad y labilidad emocional.

Vyssoki et al. (2011) estudiaron el impacto del temperamento en el curso de la dependencia al alcohol. Los resultados indicaron que el temperamento ciclotímico incrementa la vulnerabilidad del desarrollo temprano del abuso y dependencia al alcohol.

El diagnóstico de trastorno bipolar en un paciente dependiente de alcohol puede pasar frecuentemente desapercibido, ya que suelen aparecer en forma de cuadros depresivos o mixtos cuando el paciente acude a tratamiento. Por ello es importante realizar una historia clínica exhaustiva e indagar posibles episodios de manía e hipomanía en pacientes depresivos con dependencia al alcohol.<sup>69</sup>

#### IV.7.4. Rasgos de la Personalidad y Trastorno por Uso de Alcohol.

Existe la hipótesis, de que la personalidad, determinada por la genética, en interacción con las experiencias ambientales tempranas juega un papel importante en el desarrollo de la conducta adictiva. Factores de riesgo genéticos representan aproximadamente el 40-60% del riesgo de desarrollar alcoholismo. Estudios sugieren, que en los consumidores de alcohol que desarrollan una dependencia a esta sustancia, existen factores genéticos como el endofenotipo “bajo nivel de respuesta al alcohol” (mayor sensibilidad al alcohol), factores externalizantes como la impulsividad, búsqueda de sensaciones, y otros de tipo internalizantes como los síntomas depresivos y de ansiedad, que aumentarían el riesgo de desarrollo de la conducta adictiva.

Hasta la fecha diversas investigaciones han estudiado los rasgos de personalidad en pacientes con dependencia alcohólica.

En general, son escasos los trabajos que estudian los rasgos de la personalidad en pacientes duales, centrándose principalmente la investigación en la detección de los TP con fines epidemiológicos.

Estudios realizados con el Personality Factor Questionnaire 16PF, intentan detectar que rasgos de la personalidad son los más prevalentes en adictos a alcohol.

Hart and Stueland (1980) intentan establecer una tipología en mujeres alcohólicas según rasgos de la personalidad. Analizan una muestra de 146 mujeres adictas al alcohol en tratamiento. Para ello, mediante los resultados obtenidos en el 16PF, obtie

nen seis perfiles según los factores de la de la personalidad de Cattell. Todos ellos tenían en común el factor Ansiedad como rasgo.<sup>60</sup>

Las dimensiones de la personalidad mayormente estudiadas en pacientes con trastornos adictivos son la Impulsividad y la Búsqueda de Sensaciones. La impulsividad haría referencia a una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y/o externos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas tanto para la misma persona como para terceros. En Cuanto a la Búsqueda de sensaciones Zuckerman (1979) la define como una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de vivir experiencias.

La impulsividad es uno de los rasgos de la personalidad que mayormente se asocia a las conductas adictivas. La impulsividad parece ser un factor de riesgo para el inicio temprano en el consumo de alcohol. Al mismo tiempo los efectos del consumo crónico de alcohol dificultan el control de la conducta y facilitan la aparición de comportamientos impulsivos.

Existen evidencias de que dimensiones de la personalidad como niveles elevados en búsqueda de sensaciones suponen factores de riesgo para el abuso de sustancias; Zuckerman, 1994), al igual que niveles bajos estarían asociados al mantenimiento de la abstinencia prolongada.<sup>61</sup>

Los pacientes dependientes de alcohol muestran altos niveles de impulsividad, búsqueda de sensaciones junto con elevada sintomatología ansioso-depresiva, y un 40% de TP principalmente de tipo dependiente, paranoide y obsesivo-compulsivo.

La impulsividad como característica de la personalidad está claramente asociada al comportamiento agresión en consumidores de alcohol y otras drogas. Altos niveles de impulsividad se asocian con un inicio precoz y una mayor gravedad del trastorno por consumo de alcohol.

Según esta clasificación habría dos tipos fundamentales de alcohólicos:

- Tipo I: de comienzo tardío a partir de los 25 años, con episodios esporádicos de pérdida de control sobre el consumo, con respuestas a influencias ambientales,

sin predisposición previa ni conductas problemáticas asociadas y con predominio de dependencia psicológica más que física.

- Tipo II: de comienzo precoz, de rápida evolución, con mayor psicopatología comórbida, asociada con dimensiones de la personalidad como la búsqueda de sensaciones, impulsividad y escasa evitación del riesgo, predisposición familiar, asociado a conductas conflictivas y problemas judiciales. Según esta clasificación el TAP se asociaría con mayor frecuencia al Tipo II.

Seguidamente al modelo de Cloninger, el estudio de los rasgos de la personalidad en pacientes adictos se realiza a partir del modelo de los 5 Grandes de McCrae y Costa (1992) utilizando el Inventario de Personalidad de los Cinco Factores NEO-FFI.<sup>62</sup>

En un estudio reciente realizado por Boschloo et al. (2013), el consumo de alcohol se asocia a la emociabilidad negativa, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de la aventura. En su estudio intentan comprobar si los rasgos de personalidad asociados a la depresión y a la ansiedad como diagnóstico que precede al consumo de alcohol son diferentes de los rasgos de la personalidad relacionados con el consumo de alcohol cuando este precede a los síntomas depresivos y ansiosos. Para ello se realizó un estudio de cohorte de adultos entre los 19-65 años, con evaluaciones al inicio del estudio, a los dos años y cuatro años de seguimiento con un total de 2.981 participantes en los Países Bajos, en el periodo comprendido entre 2004-2007. Los resultados indicaron que la emocionalidad negativa (neurosis, desesperanza, obsesión, preocupación y sensibilidad a la ansiedad), la impulsividad, desinhibición (fuertemente relacionada con el alcohol), susceptibilidad al aburrimiento y búsqueda de aventura se relacionaban con el consumo de alcohol.<sup>63</sup>

#### IV.7.5. Trastornos de la Personalidad asociados al Trastorno por Uso de Alcohol

La prevalencia de TP en pacientes ambulatorios consumidores de alcohol oscila entre el 40 y 64%. Existe una amplia variabilidad en las tasas de comorbilidad encontradas, dependiendo seguramente del tipo de instrumento de evaluación utilizado, así como el tipo de tratamiento en el que el paciente se encuentra en el momento de la investigación.

Uno de los TP más asociado al consumo de drogas es el trastorno límite de la personalidad. Según el estudio NESARC el 5.6% de la población de EE. UU presenta un trastorno límite de la personalidad, distribuyéndose en un 5.6% para los hombres y un 6.2% para las mujeres (Grant et al., 2008). Las tasas de prevalencia del trastorno límite de la personalidad en adictos en tratamiento suele estar alrededor del 48.8-65% y en el sexo femenino ronda sobre el 59%. La prevalencia del trastorno por consumo de alcohol en trastorno límite de la personalidad es dos veces mayor en comparación con otros trastornos de la personalidad. Se ha descrito la hipótesis de la existencia de un déficit de opioides en personas con trastorno límite de la personalidad, que explicaría las altas tasa de consumo de alcohol y opiáceos con la mejoría emocional que estas personas experimentarían con el consumo de estas sustancias.<sup>64</sup>

A pesar de las altas tasa de comorbilidad, se ha prestado poca atención a los tratamientos para estos pacientes con PD. En cuanto al tratamiento psicológico solo se ha probado la Psicoterapia Dinámica Deconstructiva (DDP) en pacientes con trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de alcohol, asociándose con un menor uso de alcohol y una mayor adherencia al tratamiento.

En relación con el sexo, en hombres suele darse más el TAP y dependencia al alcohol, mientras que las mujeres suelen presentar trastornos afectivos, de ansiedad, y de alimentación asociados al trastorno límite de la personalidad.

#### IV.7.6. Otros Trastornos Psiquiátricos Asociados al uso de Alcohol

Además de los comentados hasta el momento existen otros trastornos que frecuentemente se asocian y están presentes junto con un trastorno de dependencia al alcohol, entre ellos destacamos los siguientes:

##### IV.7.6.1. Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo es una de las consecuencias más frecuentes asociadas a un consumo problemático de alcohol. Principalmente afecta a la memoria, capacidad de razonamiento, aprendizaje, funciones ejecutivas, visoespaciales y de razonamiento psicomotor. Parece que, a partir de 12 gr de alcohol al día, aumenta el riesgo de

deterioro cognitivo sobre todo en mujeres en comparación con personas no consumidoras.<sup>65</sup>

#### IV.7.6.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El TDAH en la infancia ha sido asociado a un mayor riesgo de abuso de alcohol y drogas, encontrando algunos autores esta relación solo cuando en la infancia existe evidencias de la presencia de un trastorno disocial.

La prevalencia de TP sobre todo el TAP en pacientes alcohólicos con TDAH suele ser elevada.

Knop et al. (2009) indicaron que la presencia de TDAH, y alteraciones de conducta en niños es un predictor frecuente para un trastorno de dependencia al alcohol posterior.

#### IV.7.6.3. Trastornos Psicóticos

Trastornos psicóticos como la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar o depresión mayor con síntomas psicóticos presentan frecuentemente comorbilidad con el trastorno de dependencia al alcohol. En un metaanálisis acerca de la prevalencia de trastornos por uso de alcohol en trastornos psicóticos se encontró que la prevalencia de los trastornos por abuso/dependencia de alcohol a lo largo de la vida se situaba alrededor del 20%.<sup>66</sup>

La presencia conjunta de ambos trastornos repercutirá en la evolución clínica y pronóstico del paciente con trastorno psicótico y dependencia al alcohol. El consumo de alcohol agrava la sintomatología positiva y negativa y al mismo tiempo esta puede favorecer el mantenimiento de la conducta adictiva.

Además de las consecuencias comentadas, en este tipo de pacientes suelen estar afectadas muchas áreas vitales ya que presentan un mayor riesgo para el consumo de otras sustancias, problemas médicos, sociales, una menor adherencia al tratamiento, un mayor número de recaídas y reingresos psiquiátricos. Por ello es importante a realización de un buen diagnóstico y abordaje terapéutico en este tipo de pacientes.

#### IV.8. Patología dual y cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en el mundo y sus efectos se conocen desde la antigüedad. Cannabis Sativa es una planta que contiene más de 400 componentes químicos, el principal componente psicoactivo del cannabis es el delta-9tetrahidrocannabinolc (d-9-THC). Para su consumo se puede presentar en forma de hachís (resina de la planta), marihuana (triturado de flores, hojas y tallos) y polen (triturado de flores, con aspecto de polvo amarillento y en forma de aceite). Se consume habitualmente fumada en forma de cigarrillos, mezclada con tabaco (habitualmente el hachís), directamente sin tabaco (marihuana) o por vía oral en forma de aceite. La concentración habitualmente de THC en hachís estaría entre 15-50%, en marihuana entre un 1% y en el aceite entre un 25-50%. La potencia de los efectos del cannabis ha ido aumentando progresivamente a lo largo de los años, por el desarrollo de nuevas técnicas de cultivo y selección genética de variantes con más potencia psicoactiva.<sup>67</sup>

El DSM-5, distingue entre trastornos por consumo de cannabis y otros trastornos relacionados. La novedad con respecto a la edición anterior (DSM-IV-TR), es esta incluye que la interrupción brusca en el consumo produce un síndrome de abstinencia, que se caracteriza por síntomas de irritabilidad, ira, agresividad, ansiedad, inquietud, depresión y disminución del apetito o pérdida de peso.

La dependencia al cannabis como con otras sustancias supone un problema importante de salud pública. Estudios sugieren que entre el 7% y 10% de los usan el cannabis tienen riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia. Aunque en los últimos años se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento por los problemas relacionados con el cannabis (Moya et al. 2009), sigue existiendo una escasa demanda asistencial de estos consumidores y poca información en nuestro medio sobre comorbilidad psiquiátrica.<sup>68</sup>

El cannabis es la droga ilegal más utilizada. El 3.3% y el 4.4% de la población mundial entre 15 y 64 años han realizado por lo menos un consumo a lo largo de la vida y se trata de una de las sustancias que se consume a más temprana edad.

Frecuentemente asociada a situaciones de fiesta, como fuente de recreo y evasión, y factores como el efecto desinhibidor, el refuerzo social, la fácil disponibilidad y el

bajo riesgo percibido pueden favorecer que esta sustancia sea una de más consumidas en adolescentes entre 14 y 18 años. Aunque se dispone de una evidencia cada vez mayor sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo de cannabis, los jóvenes españoles tienen una baja percepción del riesgo asociado a su consumo.<sup>69</sup>

Entre las consecuencias negativas de este consumo se encuentran el fracaso escolar, deterioro personal, social, problemas laborales y los problemas de salud. Estas consecuencias son más graves entre aquellos que inician el consumo antes de los 16 años, probablemente debido a los cambios cerebrales, daños en el tejido cerebral que puede producir el uso de cannabis en determinados periodos del desarrollo.

#### IV.8.1. Epidemiología del Consumo de Cannabis

El cannabis es una de las sustancias ilegales más consumidas a nivel mundial. Entre el 2.8 y el 4.5% de la población mundial ha consumido cannabis. Se estima que el 1.3% de los consumidores de cannabis, desarrollan en el tiempo un trastorno por dependencia. Estudios epidemiológicos indican que el inicio y desarrollo de la dependencia de cannabis se suele producir al final de la adolescencia tardía, y el consumo suele disminuir casi al inicio de la treintena.

#### IV.8.2. Cannabis y Comorbilidad Psiquiátrica

Durante el consumo de cannabis, tras los efectos estimulantes iniciales (euforia, bienestar, ansiedad), le sigue una fase de relajación y efectos sedantes, risa fácil y locuacidad. Paralelamente se altera la memoria reciente, con dificultades de atención y concentración. A dosis elevadas produce ansiedad, disforia, sintomatología paranoide y de pánico. En la intoxicación aguda por cannabis puede darse juntamente con un episodio psicótico agudo caracterizado por ideas delirantes, alucinaciones, confusión, agitación, amnesia e intensa ansiedad.<sup>70</sup>

En las personas fumar marihuana a más largo plazo, se asocia a problemas de obstrucción respiratoria, metaplasia escamosa, cáncer de boca, lengua y pulmón ente los 19 y 30 años. Además, produce alteraciones permanentes en la memoria,

psicomotricidad, multiplica por seis las probabilidades de padecer esquizofrenia y puede inducir leucemia en hijos de madres fumadoras.

Una de las consecuencias que mayormente se ha expuesto como consecuencia del uso prolongado del cannabis es el síndrome amotivacional. Este se caracteriza por un estado de apatía, indiferencia y pasividad generalizada, con disfunciones cognitivas, interpersonales y sociales que persistirían tras la interrupción del consumo.

Según la literatura revisada, aunque no todos los consumidores de cannabis presentan patología mental son cada vez más los estudios que apuntan a una mayor prevalencia de trastorno mental en estos consumidores.<sup>61</sup>

En nuestro país un estudio reciente Arias et al. (2013b) analizan un grupo de 353 adictos a cannabis procedentes de un estudio en Madrid sobre prevalencia de PD (n=837) en varios dispositivos asistenciales. Como instrumentos de evaluación utilizaron la entrevista estructurada Mini Internacional Neurosychiatric Interview (MINI) para detectar la presencia de trastornos mentales y la escala Personality Disorder Questionnaire, PDQ4 para evaluar la presencia de TP. Los resultados indicaron que el 76% de los adictos al cannabis presentaban un diagnóstico dual destacando con una mayor prevalencia los trastornos del humor y de ansiedad. El 51% presentaba TP de los cuales los más prevalentes fueron el antisocial, límite, paranoide, depresivo, evitativo y varios diagnósticos por adicción a otras sustancias (abuso o dependencia a cocaína: 78.2%, de alcohol: 76.2% y opiáceos: 35.4%). Son consumidores de inicio más precoz que consumidores de otras sustancias y en comparación con otros adictos de la muestra, la adicción al cannabis se asoció al TAP, trastorno bipolar, psicosis y agorafobia. La presencia de estos trastornos también se asoció a una edad más temprana en el inicio del consumo.<sup>62</sup>

Bravo de Medina, et al. (2010) describieron las variables sociodemográficas, psicopatológicas y de personalidad de una muestra de adultos jóvenes dependientes de cannabis (n=141) en tratamiento ambulatorio. Compararon los resultados con una muestra clínica con trastorno psiquiátrico sin abuso de sustancias (n=140) y otra muestra control sana (n=140). Para describir las variables psicopatológicas una de las pruebas de diagnóstico que utilizaron fue el SCL-90-R. Los resultados indicaron mayor prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva en los grupos clínicos en

comparación con el grupo control sano. No encontraron diferencias significativas entre los grupos clínicos, a excepción de un menor nivel formativo y mayor ideación paranoide en el grupo de dependientes al cannabis.

Flory, Lynam, Milich, Leukefeld and Clayton (2004) analizan a un grupo de usuarios de cannabis agrupándolos según la edad de inicio en el consumo y comparándolos con un grupo sano. Los consumidores más tempranos entre los 11 y 12 años se caracterizaban por una baja resistencia al grupo social, peor rendimiento escolar, mayores problemas familiares, baja autoestima y un mayor número de arrestos policiales que los no consumidores. En cambio, los consumidores que se inician en el consumo más tarde (entre los 14-15 años) obtuvieron valores más leves e intermedios en estas mismas variables. Los autores según estos resultados indicaron que la edad temprana de inicio en el consumo puede ser un buen predictor de problemas psicológicos posteriores.<sup>63</sup>

El consumo de cannabis se asocia a una amplia variedad de trastornos mentales, presentando tasas elevadas en comorbilidad psiquiátrica. Existen estudios que indican que el inicio temprano en el consumo se asocia a la aparición de patología psiquiátrica.

Según la investigación revisada, entre los trastornos mentales más asociados al consumo de cannabis destacan los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y los trastornos psicóticos.

En cuanto a las diferencias entre sexos, Khan et al. (2012) examinaron las diferencias de género en psicopatología, entre personas con dependencia al cannabis en una muestra representativa a nivel nacional de adultos estadounidenses mayores de 18 años con diagnóstico de dependencia (n=3.297) de los cuales 2.080 eran varones y 1.217 mujeres. Los resultados indicaron que el 95.6% de varones y el 94.1% de mujeres dependientes de cannabis presentaban comorbilidad psiquiátrica, indicando diferencias de género importantes. Al parecer los hombres presentaron mayor probabilidad que las mujeres de diagnóstico psiquiátrico adicional al consumo, otros trastornos por consumo y el TAP. Las mujeres en cambio presentaban más trastornos afectivos y de ansiedad.

#### IV.8.3. Cannabis y Consumo de Otras Drogas

La elevada asociación del consumo de cannabis con el uso de tabaco, alcohol y otras sustancias ha llevado a la hipótesis de que el uso de cannabis sirve como “puerta de entrada” al consumo de otras drogas ilegales.

El consumo de cannabis a una edad temprana y la alta frecuencia en el consumo, se asocia un mayor riesgo, sobre todo si a esto se suma el uso de tabaco y a la presencia de algún trastorno mental previo. El uso concomitante de cannabis y tabaco es un fenómeno muy frecuente en todo el mundo; entre el 41% y 94% de los adultos que utilizan cannabis fuman tabaco en algún momento de sus vidas.<sup>64</sup>

Heffner et al. (2013) estudiaron el papel de la nicotina en una muestra de 80 adolescentes con trastorno bipolar y dependencia a cannabis. El 70% de ellos cumplía con los criterios de dependencia a la nicotina. Los resultados indicaron que fumar en exceso estaba asociado a mayores alteraciones de la conducta, mayor gravedad en la dependencia a cannabis, a una mayor tasa de diagnóstico de TDAH, empeoramiento de los cuadros de manía y peor funcionamiento global.

El alcohol, también es una sustancia que se asocia frecuentemente al consumo de cannabis. En EE. UU los datos de la encuesta NESARC, indican prevalencias elevadas de abuso y dependencia tanto de alcohol como de cannabis en la población general.

Otros estudios indican que las personas dependientes al cannabis son propensas al consumo de sustancia ilegales, como la cocaína, opiáceos y metanfetamina.

Aunque como indican Morral, et al. (2002) según los datos que se disponemos sobre el consumo de cannabis, no se puede descartar que existan factores de tipo genético, de personalidad, sociológicos y de disponibilidad de drogas, que son comunes con el consumo de otras sustancias de abuso, en lugar de ser la causa directa en la escalada del consumo de otras drogas.<sup>65</sup>

Estudios más recientes apuntan que el consumo de cannabis no lleva directamente al consumo de otras drogas ilegales, sino que son factores culturales, son los que determinan el orden que incrementan la disponibilidad y acceso a otras drogas ilegales. El poli consumo es uno de los factores, que dificulta que se pueda establecer una asociación clara entre el consumo de cannabis y los efectos encontrados.

La asociación entre consumo de cannabis y la clínica depresiva es muy frecuente. Los estudios sobre la relación entre trastornos afectivos y consumo de cannabis no son muy numerosos además de poco concluyentes, donde la presencia de numerosos factores concomitantes (sociodemográficos, de personalidad, consumo de otras sustancias, capacidad intelectual, y otros trastornos mentales), inciden en la prevalencia de los trastornos afectivos en consumidores de cannabis y dificultan la obtención de conclusiones. Estudios indican una leve asociación entre depresión y consumo de cannabis, existiendo una escasa evidencia de que sujetos con depresión, presenten riesgo de consumir cannabis posteriormente.

Chen, Wagner and Anthony (2002) analizando los datos del estudio comunitario NSC encontraron que los sujetos con dependencia al cannabis presentaban un riesgo de tres a cuatro veces mayor de presentar episodios de depresión y un 9.5% de los sujetos con depresión mayor presentaban un diagnóstico de dependencia al cannabis.<sup>66</sup>

Otros estudios indican que ser mujer y consumir de forma precoz cannabis en la adolescencia, aumenta el riesgo de depresión.

Patton et al. (2002) estudiaron un muestra de adultos jóvenes entre los 20 y 21 años; estos autores estimaron que el 68% de las mujeres con antecedentes de consumo de cannabis un año antes del estudio tenían un riesgo de 8,6 de presentar depresión.

El síndrome amotivacional se ha relacionado con los trastornos depresivos. Se ha planteado que podría ser un episodio depresivo en consumidores crónicos de cannabis. Los estudios realizados en los últimos años son escasos, además de no existir hipótesis científicas convincentes sobre los mecanismos fisiopatológicos. Para la OMS, este síndrome no estaría todavía bien diferenciado de los efectos de la intoxicación crónica por cannabis, no reconociendo su existencia como identidad clínica. Otros datos indican que el consumo conjunto de cannabis y alcohol, está asociado a mayores tasas de dependencia de ambos trastornos y mayores tasas de trastorno depresivo mayor.

En cuanto al riesgo de suicidio se considera que el consumo de cannabis incrementa el riesgo. Algunos estudios han descrito la presencia de ideación suicida e intentos de suicidio entre los consumidores de cannabis.<sup>67</sup>

Connor et al. (2013) analizaron una muestra de 827 sujetos consumidores de cannabis. Evaluaron el poli consumo, la gravedad de la dependencia en estos sujetos, así como la comorbilidad psiquiátrica. Los resultados reflejaron una mayor tasa de trastornos depresivos y de ansiedad en los sujetos con dependencia grave al cannabis. Los síntomas psicóticos y maníacos también fueron más prevalentes en este grupo.

#### IV.8.4. Trastornos de Ansiedad y Consumo de Cannabis

Se han establecido varias hipótesis con relación al uso de cannabis y los trastornos de ansiedad.

La teoría del factor común propone que tanto el consumo de cannabis como los trastornos de ansiedad, comparten antecedentes comunes. Factores biológicos, sociales y de personalidad aumentan la probabilidad que de que se den de forma conjunta.

La hipótesis de la automedicación indica que el cannabis reduce la sintomatología en sujetos ansiosos, produciendo efectos ansiolíticos.

La tercera hipótesis establece una relación directa causal, que afirma que el uso de cannabis aumenta el riesgo del desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Finalmente se ha propuesto una hipótesis integradora en donde los síntomas de ansiedad pueden ser causa directa del consumo de cannabis y los efectos de esta sustancia al mismo tiempo servirían de alivio de la sintomatología ansiosa. De esta manera se entraría en un bucle de retroalimentación recíproca con causalidad simultánea entre el uso de cannabis y la ansiedad derivada.<sup>67</sup>

Temple, Driver and Brown (2014) analizaron los síntomas de ansiedad y el consumo de cannabis en sujetos adultos. Los resultados indicaron que los sujetos con historia de consumo informaron de mayores síntomas de ansiedad que los sujetos que nunca habían consumido. Los autores establecieron dos asociaciones diferentes entre el uso del cannabis y la ansiedad. Síntomas previos e intensos de

ansiedad se relacionaron con niveles medios de intoxicación y a su vez a las respuestas agudas de ansiedad tras el consumo. Por otro lado, la frecuencia en el consumo esta mediada por factores de estrés y conducta de automedicación. Estos resultados resultan más concordantes con la cuarta y última hipótesis planteada. Las personas con trastorno por consumo de cannabis presentan también una elevada prevalencia (24%) de presentar de forma concurrente cualquier trastorno de ansiedad.

Degenhardt, Hall and Lynsky (2001b) en un estudio realizado con consumidores de tabaco, cannabis y alcohol, encontraron una prevalencia superior de trastornos afectivos y de ansiedad en la muestra de cannabis.<sup>65</sup>

Trosiri, Pasini, Saracco and Spalleta (1998) analizaron una muestra de 113 militares italianos con abuso y otros solo consumidores de cannabis, encontrado importante sintomatología ansioso-depresiva que se intensificaba conforme se agravaba el consumo.

El consumo de cannabis se asocia con mayor frecuencia al trastorno de angustia y en menor medida a al trastorno de ansiedad generalizada y fobias. Parece que el consumo de cannabis favorece la probabilidad de que se desencadene una crisis de pánico por primera vez en sujetos vulnerables y precipita síntomas de ansiedad en sujetos con trastorno de pánico. A pesar de estos resultados, la asociación entre trastornos de ansiedad y consumo de cannabis todavía no está clara.

#### IV.8.5. Personalidad y Consumo de Cannabis

Ante la presencia de un trastorno por dependencia al cannabis, es importante buscar la existencia de rasgos y TP algunas veces junto con otros trastornos clínicos.

En el caso de la dependencia a cannabis Barnes, Barnes and Patton (2005), sugieren la presencia de una personalidad pre-adictiva. Son escasos los estudios de sujetos dependientes al cannabis sobre dimensiones de la personalidad y efectos a largo plazo del consumo de estos sujetos en tratamiento.<sup>70</sup>

En cuanto a la evaluación de rasgos de la personalidad, se han centrado como en el consumo de otras sustancias, en el análisis de la impulsividad y búsqueda de sensaciones.

Spalletta, Bria and Caltagirone (2007) analizaron la personalidad según el modelo temperamental-caracterial de Cloninger, en una muestra de consumidores de cannabis. Separó la muestra según la gravedad de consumo entre: consumidores ocasionales, abusadores y dependientes. Los resultados indicaron que altas puntuaciones en ansiedad y autotrascendencia predicen la gravedad en el consumo.

Flory, Lynam, Millich, Leukefeld and Clayton (2002) utilizando el modelo de los 5 grandes factores en sujetos que abusaban del cannabis, indicaron que estos, se caracterizaron por presentar en el NEO-PIR-R, puntuaciones bajas en amabilidad, responsabilidad, una baja extroversión y alta apertura a la experiencia.<sup>70</sup>

Existen pocos estudios hasta el momento sobre la asociación de TP y dependencia al cannabis. El trastorno esquizotípico de la personalidad es el que más se ha estudiado en relación con el uso y adicción al cannabis.

Para algunos, la esquizotípica es una variación del contínuum dimensional de predisposición a la psicosis que aparece de forma natural en la población general. Por tanto, sería una dimensión de la personalidad que aparece de forma leve en personas sanas. Varios estudios transversales han examinado la asociación entre el consumo de cannabis y los rasgos esquizotípicos, discriminando entre consumidores de cannabis frente a no consumidores. Las personas con personalidad esquizotípica es probable que sean propensas al consumo de cannabis.

#### IV.8.6. Trastornos Psicóticos y Consumo de Cannabis

Las investigaciones de los últimos años concluyen que el consumo de cannabis y los trastornos psicóticos de alguna manera están relacionados.<sup>70</sup>

Revisiones sistemáticas realizadas sobre estudios que analizan la asociación entre el consumo de cannabis y psicosis, indican que el consumo de cannabis puede aumentar en 2-3 veces el riesgo de aparición de psicosis a lo largo de la vida.

Varias hipótesis, se han planteado, con el fin de explicar la relación entre psicosis y cannabis:

- El consumo de cannabis se inicia para confrontar y aliviar la sintomatología psicótica (“hipótesis de la automedicación”).

- El consumo de cannabis se produce junto con otras drogas ilegales que conjuntamente son responsables de los problemas de salud mental.
- El consumo de cannabis y el desarrollo de esquizofrenia comparten factores etiológicos.
- El consumo de cannabis es un factor de riesgo que acelera y agrava la esquizofrenia en personas vulnerables, y afecta a su curso.
- El consumo de cannabis contribuye de forma única al riesgo de padecer un trastorno psicótico, sea este específico o no.

De todas ellas, en las dos últimas es donde la investigación actual se centra y profundiza.<sup>69</sup>

Algunos consumidores de cannabis presentan sintomatología psicótica producida por los efectos directos del consumo a dosis altas. Esta sintomatología se puede manifestar en forma de alucinaciones, paranoia, amnesia, confusión, hipomanía y labilidad emocional, soliendo remitir en unos días tras la retirada del consumo.

Arendt, Mortensen, Rosenberg, Pedersen and Waltoft (2008) consideran que esta sintomatología inducida por el cannabis, puede ser una expresión temprana de la esquizofrenia en sujetos vulnerables.

Moore et al. (2007) indica que el consumo de cannabis aumenta un 40% el riesgo de presentar episodios psicóticos, incrementándose este porcentaje en sujetos con consumos más elevados. A mayor consumo de cannabis, mayor riesgo de presentar episodios psicóticos.<sup>69</sup>

Otros estudios indican que la edad temprana en el inicio del consumo, así como la alta frecuencia en el uso, puede adelantar de 3 a 7 años la aparición del primer episodio psicótico en sujetos vulnerables.

Uno de los trastornos mayormente asociados al consumo de cannabis y destacando su posible papel etiológico es la esquizofrenia. Parece que el consumo temprano de cannabis y a dosis altas es un factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia en sujetos vulnerables genéticamente. En cambio, otros estudios indican que, en los sujetos con trastornos psicóticos, aumenta la probabilidad de consumo de cannabis. Independientemente de esta relación bidireccional, el consumo de cannabis intensifica los síntomas de la esquizofrenia, agravando su cuadro clínico.

A pesar de la asociación entre cannabis y psicosis, otros factores influyen sobre el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. Factores genéticos y ambientales interactúan, de manera que el riesgo es probablemente mayor en los que tienen antecedentes familiares de psicosis o una historia personal de sensaciones y vivencias extrañas. Aunque no se ha encontrado una relación causal clara, existe un acuerdo en cuanto a la recomendación de advertir de los efectos negativos del consumo sobre la salud mental.<sup>69</sup>

#### IV.9. Otros Trastornos Psicopatológicos y Consumo de Cannabis

##### IV.9.1. Trastornos Cognitivos

A nivel cognitivo el uso prolongado y diario de cannabis produce trastornos neuropsicológicos y del rendimiento cognitivo afectando sobre todo a la atención, memoria a corto plazo, percepción, velocidad de procesamiento, psicomotricidad y problemas en la toma de decisiones. Como se comentó anteriormente el cannabis puede producir daños en el tejido cerebral y alteraciones funcionales del flujo sanguíneo y metabolismo cerebral. Estudios indican que estas deficiencias cognitivas suelen remitir casi en su totalidad a las cuatro semanas abstinencia. y si persisten suelen estar asociados al inicio temprano en el consumo (Pope et al., 2003). Sería necesario aumentar la investigación de los efectos neuropsicológicos a largo plazo del consumo de cannabis.<sup>70</sup>

##### IV.9.2. Cannabis y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Fergusson and Boden (2008) analizaron la asociación del consumo de cannabis en la adolescencia con la sintomatología del TDAH en el adulto, mediante un estudio longitudinal prospectivo durante 25 años en 1.265 niños de Nueva Zelanda. Los resultados indicaron una asociación positiva entre el consumo de cannabis y el aumento en la sintomatología del TDAH en adultos, además esta asociación estaba mediada por el consumo de otras sustancias. Los autores concluyeron que el consumo de cannabis conduce al consumo de otras drogas que, a su vez, conducen a un aumento en los síntomas del TDAH.<sup>70</sup>

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variables         | Definición  | Indicador   | Escala   |
|-------------------|---|---|----------|
| Trastorno dual    | Se denomina patología dual a la convergencia de un trastorno de adicciones y un trastorno psiquiátrico en un individuo. | Sí<br>No  | Nominal  |
| Edad              | Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la realización del estudio.   | Años cumplidos  | Numérica |
| Sexo              | Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.                   | Masculino<br>Femenino                                   | Nominal  |
| Escolaridad       | Período de tiempo que asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza.      | Primaria<br>Secundaria<br>Universitario<br>Técnico      | Ordinal  |
| Estado civil      | Circunstancia de una persona, respecto a un estado legal que le liga con una pareja o no.                               | Soltero<br>Casado<br>Unión libre<br>Divorciado<br>Viudo | Nominal  |
| Situación laboral | Hace referencia a lo que el paciente se dedica, su empleo, actividad o profesión, que le demanda tiempo.                | Empleado publico<br>Empleado<br>privado                 | Nominal  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
| Edad de inicio de consumo de sustancias | Edad al consumir sustancias psicoactivas por primera vez.   | Años cumplidos  | Numérica |
| Sustancia Consumida                     | Sustancias que cuando son ingeridas o administradas en el sistema, afecta los procesos mentales como la cognición, percepción, memoria, atención, y lenguaje. | Tabaco.<br>Alcohol,<br>Marihuana.<br>Anfetaminas<br>Cocaína<br>Otras. | Nominal  |
| Policonsumidor                          | Consiste en el consumo de más de una droga, normalmente al mismo tiempo o una detrás de la otra.  | Sí<br>No  | Nominal  |

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### V.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y de corte trasversal con el objetivo de determinar el trastorno dual en pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que asisten CAIDEP, Enero-Junio, 2023. (Ver anexo XII.1. Cronograma)

### V.2. Universo

El universo estuvo representado por todos los pacientes que asisten CAIDEP, durante, Enero-Junio, 2023.

### V.3. Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico de 72 pacientes que ingieren alcohol y marihuana los cuales asisten CAIDEP, Enero-Junio, 2023.

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

$n = 1.962 * 0.5 * 0.5 * 500 / (0.052^2 * (500-1)) + 1.962^2 * 0.5 * 0.5$   $n = 134$   $n =$  Tamaño de muestra buscado.

$N =$  Tamaño de la Población o Universo.  $N = 205$ .

$K =$  Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC).  $K = 95$  por ciento  $= 1.96$ .  $e =$  Error de estimación máximo aceptado.  $e = 5$  por ciento.  $p =$  Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito).  $p = 0.5$ .  $q = (1-p) =$  Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.  $p = 0.1$ .

### VI.4. Criterios

#### VI.4.1. Inclusión

1. Pacientes consumidores de alcohol versus marihuana con trastornos Dual.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Pacientes adultos ( $\geq 18$  años)

#### VI.4.2. Exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. No firmar el consentimiento informado.
3. Barrera de idioma.

#### VI.5. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos constó de 10 preguntas. De estas, 8 fueron preguntas cerradas, diseñadas para respuestas específicas mientras que 2 fueron preguntas abiertas. Las cuales contenían datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, escolaridad, estado civil, situación laboral, edad de inicio de consumo de sustancias, sustancia psicoactiva, frecuencia de consumo de sustancia psicoactiva, policonsumidor. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

#### VI.6. Procedimientos.

El anteproyecto fue sometido a la unidad de investigación de la escuela de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y a la dirección de investigación del CAIDEP.

Luego de aprobado en ambas instancias, se procedió a ubicar los pacientes, y someterlo al consentimiento informado con fines de firma. Se acudirá al centro, CAIDEP en hora de 8-12, donde se localizaron los pacientes y se sometieron a entrevista o encuesta, la entrevista fue sometida por los sustentantes en semestre Enero-Junio de 2023. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

#### VI.7. Tabulación.

Para la tabulación de los datos fueron tabulados a través de programas computarizados tales como Microsoft Word y Microsoft Excel y presentados en tablas y gráficas.

#### VI.8. Análisis.

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

#### VI.9. Aspectos éticos.

El presente estudio fue sujeto con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>49</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>50</sup>

El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la unidad de investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos. El estudio implicó el manejo de datos que ofrecieron los pacientes que se encuentran en el centro de salud. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos que se creó con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por los investigadores.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad (Consentimiento informado). A la vez, las identidades de las participantes fueron protegidas en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información que se incluyó en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

## VII. RESULTADOS.

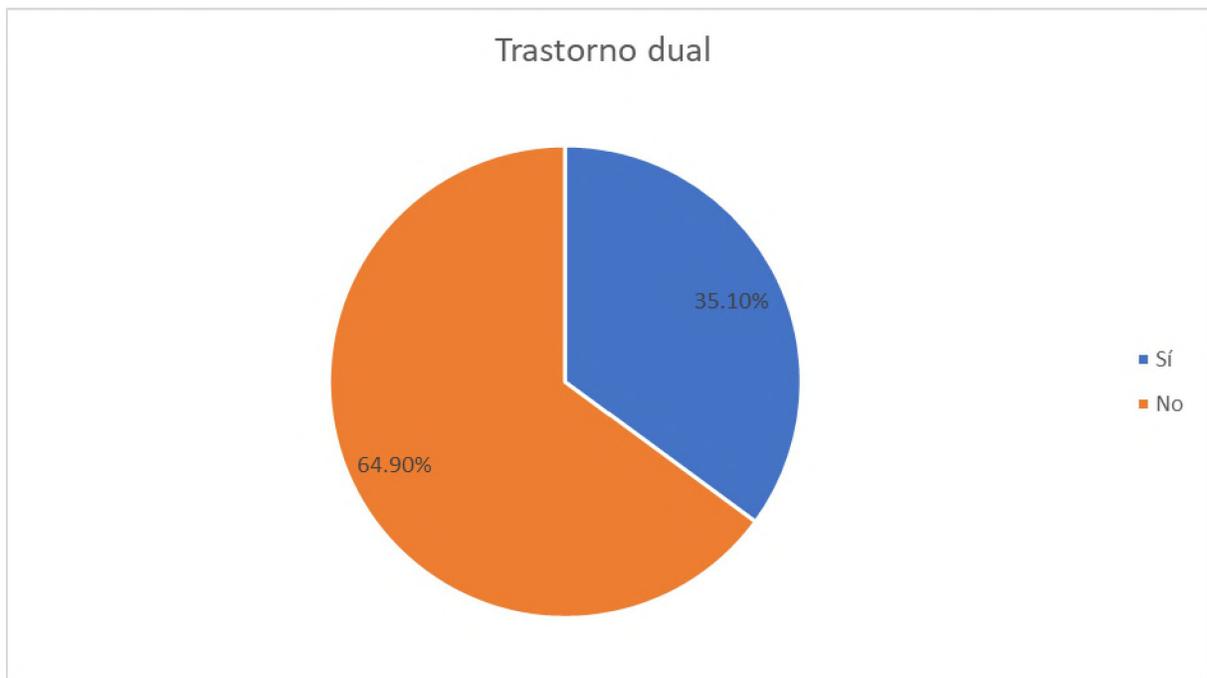
Cuadro 1. Distribución de pacientes consumidores de alcohol y marihuana que presentaron trastorno dual.

| Trastorno dual | Frecuencia | %     |
|----------------|------------|-------|
| Sí             | 72         | 35.1  |
| No             | 133        | 64.9  |
| Total          | 205        | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

Del total de 205 pacientes que asistieron al centro CAIDEP, 72 pacientes para un 35.1 por ciento presentaron trastorno dual.

Gráfico 1. Distribución de pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que presentaron trastorno dual.



Fuente: cuadro 1

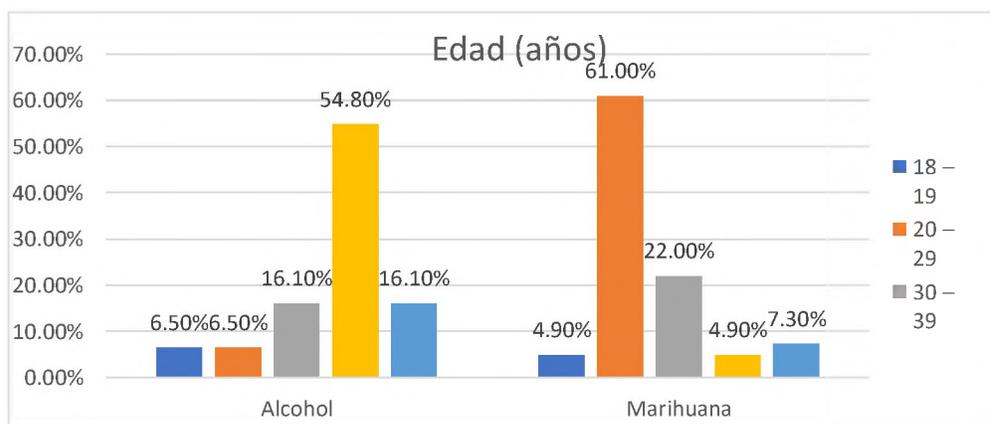
Cuadro 2. Relación de edad y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

| Edad (años) | Alcohol    |       | Marihuana  |       |
|-------------|------------|-------|------------|-------|
|             | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| 18 – 19     | 2          | 6.5   | 2          | 4.9   |
| 20 – 29     | 2          | 6.5   | 25         | 61.0  |
| 30 – 39     | 5          | 16.1  | 9          | 22.0  |
| 40 – 49     | 17         | 54.8  | 2          | 4.9   |
| 50 – 59     | 5          | 16.1  | 3          | 7.3   |
| Total       | 31         | 100.0 | 41         | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

El 54.8 por ciento de los pacientes con trastorno dual que consumían alcohol tenían una edad entre 40 a 49 años, mientras que los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual presentaron un 61.0 por ciento que tenían una edad entre 20 a 29 años.

Gráfico 2. Relación de edad y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.



Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3. Relación de sexo y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

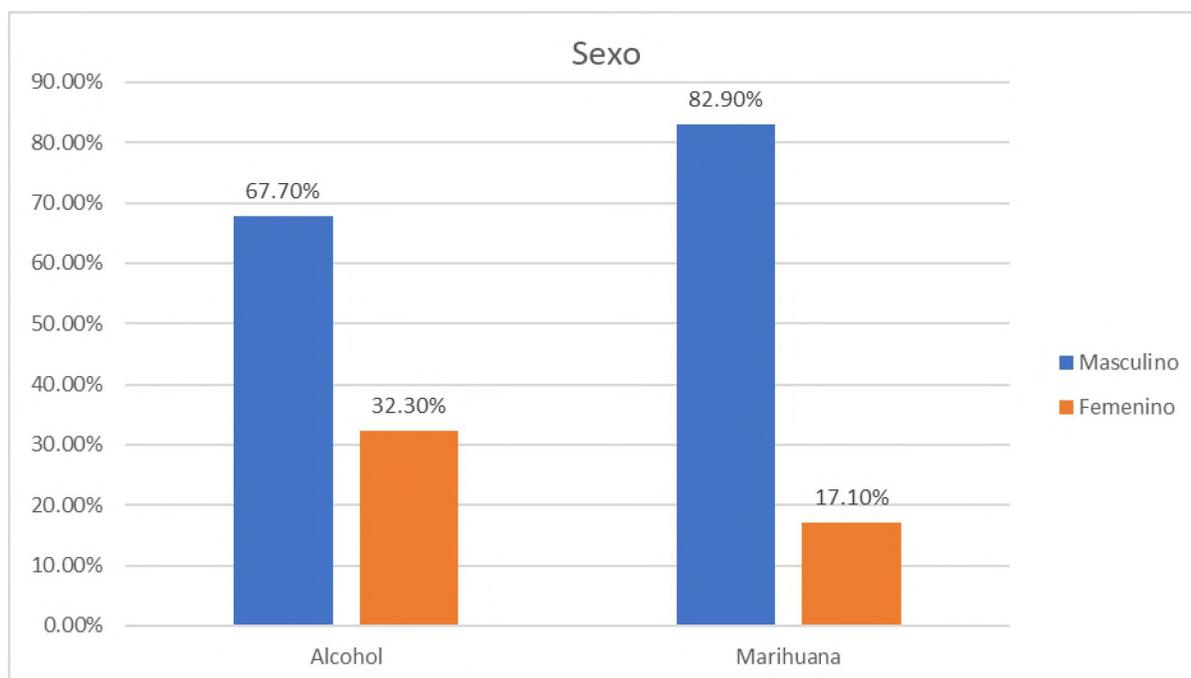
| Sexo      | Alcohol    |       | Marihuana  |       |
|-----------|------------|-------|------------|-------|
|           | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| Masculino | 21         | 67.7  | 34         | 82.9  |
| Femenino  | 10         | 32.3  | 7          | 17.1  |
| Total     | 31         | 100.0 | 41         | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

El 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual pertenecían al sexo masculino y el 32.3 por ciento al sexo femenino.

El 82.9 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran del sexo masculino y el 17.1 por ciento femeninos.

Gráfico 3. Relación de sexo y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.



Fuente: Cuadro 3.

Cuadro 4. Relación de escolaridad y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

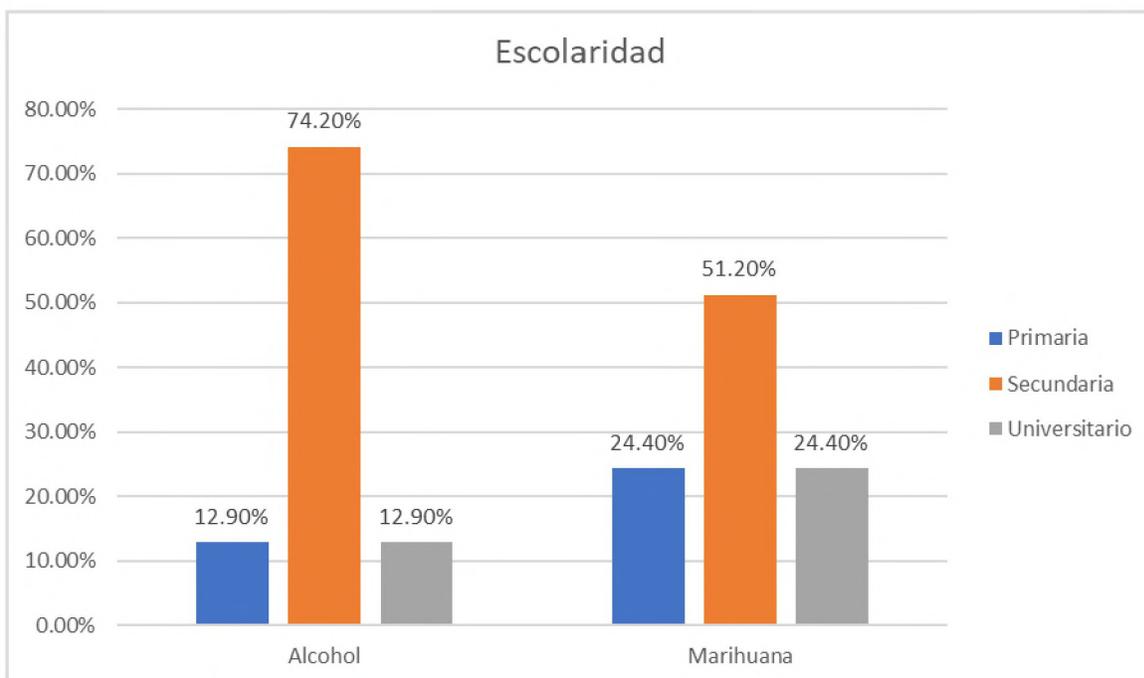
| Escolaridad   | Alcohol    |       | Marihuana  |       |
|---------------|------------|-------|------------|-------|
|               | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| Primaria      | 4          | 12.9  | 10         | 24.4  |
| Secundaria    | 23         | 74.2  | 21         | 51.2  |
| Universitario | 4          | 12.9  | 10         | 24.4  |
| Total         | 31         | 100.0 | 41         | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

El 74.2 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual cursaron la secundaria y el 12.9 por ciento la primaria y universitarios.

El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual cursaron la secundaria y el 24.4 por ciento la primaria y universitarios.

Gráfico 4. Relación de escolaridad y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.



Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 5. Relación de estado civil y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

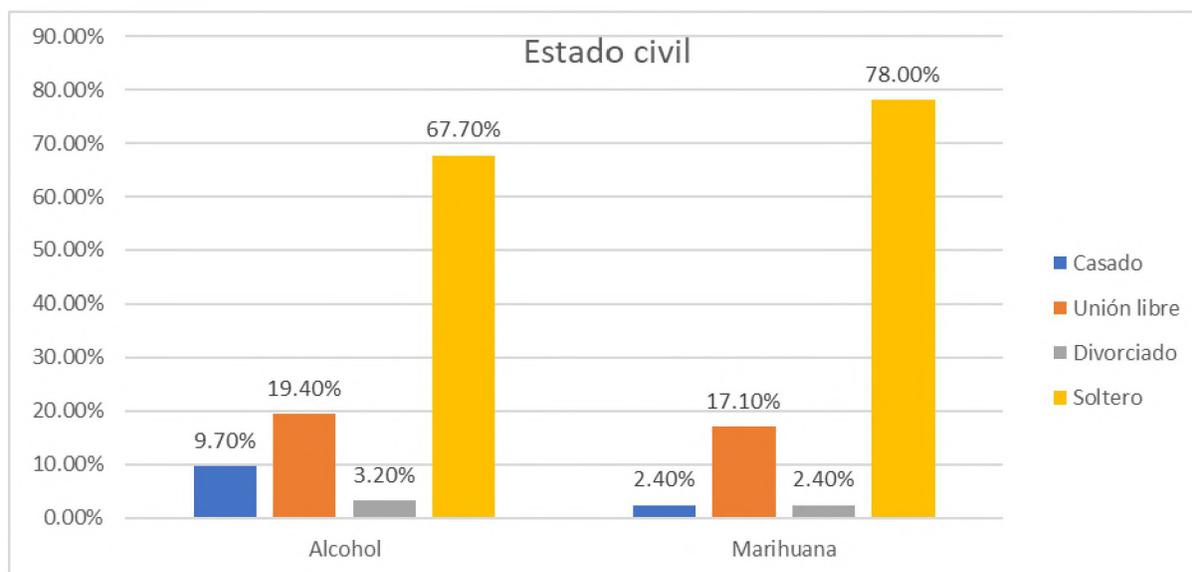
| Estado civil | Alcohol    |       | Marihuana  |       |
|--------------|------------|-------|------------|-------|
|              | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| Casado       | 3          | 9.7   | 1          | 2.4   |
| Unión libre  | 6          | 19.4  | 7          | 17.1  |
| Divorciado   | 1          | 3.2   | 1          | 2.4   |
| Soltero      | 21         | 67.7  | 32         | 78.0  |
| Total        | 31         | 100.0 | 41         | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

El 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran solteros, el 19.4 por ciento vivían en unión libre, el 9.7 por ciento eran casados y el 3.2 por ciento divorciados.

El 78.0 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran solteros, el 17.1 por ciento vivían en unión libre y el 2.4 por ciento eran casados y divorciados.

Gráfico 5. Relación de estado civil y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.



Fuente: Cuadro 5.

Cuadro 6. Relación de situación laboral y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

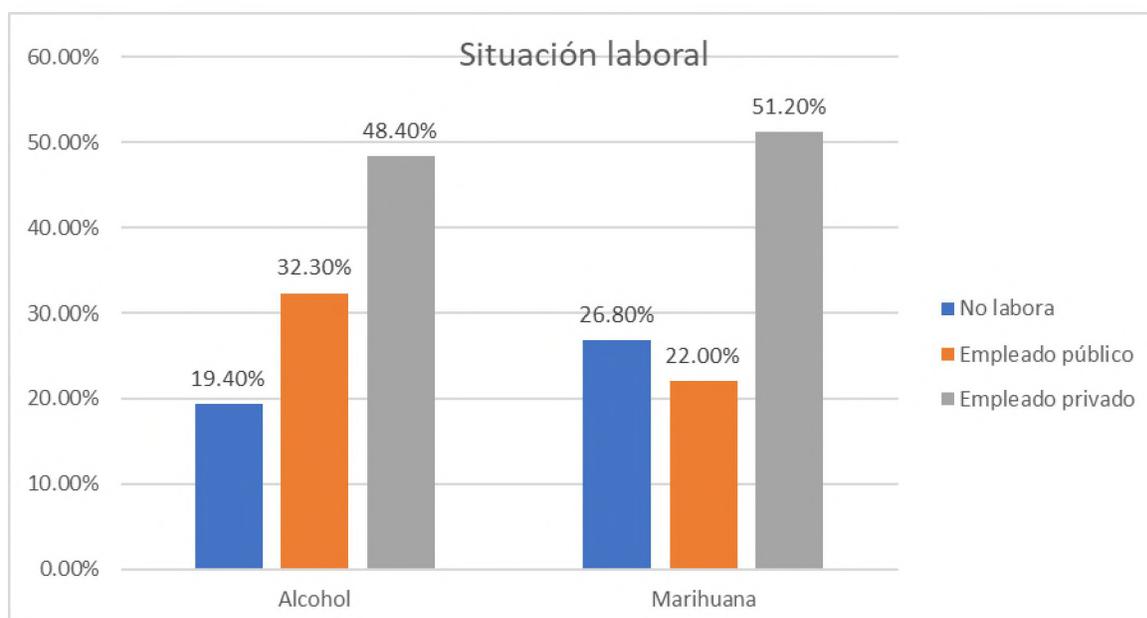
| Situación laboral | Alcohol    |       | Marihuana  |       |
|-------------------|------------|-------|------------|-------|
|                   | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| No labora         | 6          | 19.4  | 11         | 26.8  |
| Empleado público  | 10         | 32.3  | 9          | 22.0  |
| Empleado privado  | 15         | 48.4  | 21         | 51.2  |
| Total             | 31         | 100.0 | 41         | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

El 48.4 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran empleados privado, el 32.3 por ciento empleados públicos y el 19.4 por ciento no laboran.

El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran empleados privados, el 26.8 por ciento no laboran y el 22.0 por ciento empleados públicos.

Gráfico 6. Relación de situación laboral y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.



Fuente: Cuadro 6.

Cuadro 7. Relación de edad de inicio de consumo de sustancias (años) y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

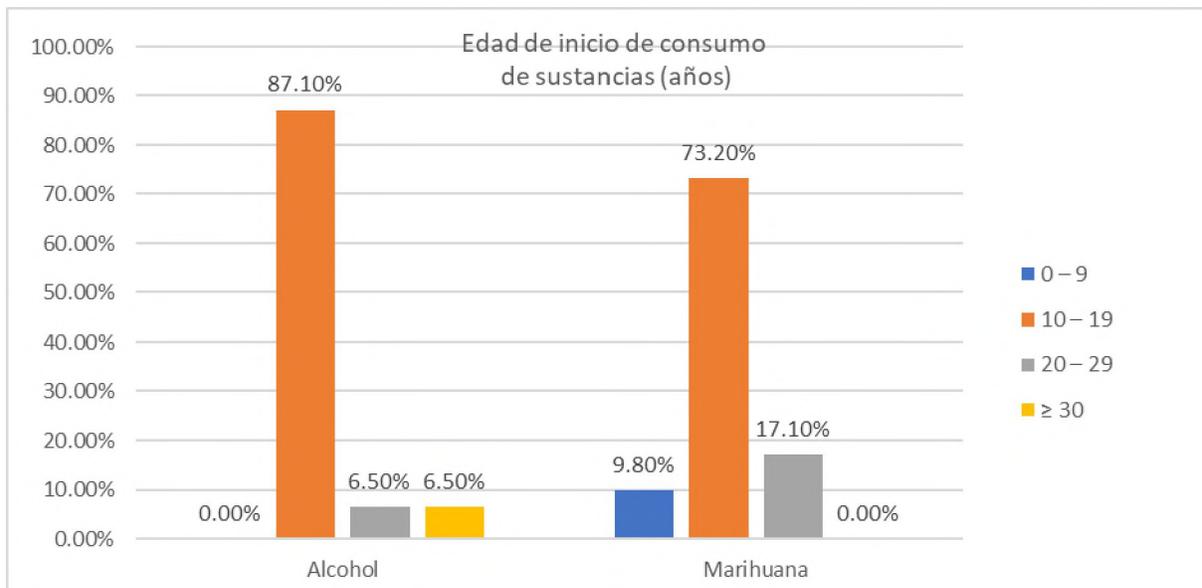
| Edad de inicio de consumo de sustancias (años) | Alcohol    |       | Marihuana  |       |
|--|------------|-------|------------|-------|
|  | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| 0 – 9  | 0          | 0.0   | 4          | 9.8   |
| 10 – 19  | 27         | 87.1  | 30         | 73.2  |
| 20 – 29  | 2          | 6.5   | 7          | 17.1  |
| ≥ 30   | 2          | 6.5   | 0          | 0.0   |
| Total  | 31         | 100.0 | 41         | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

El 87.1 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual empezaron a consumir alcohol entre los 10 a 19 años y el 6.5 por ciento entre 20 a 29 años y mayor e igual a los 30 años.

El 73.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual empezaron a consumir marihuana entre los 10 a 19 años, el 17.1 por ciento entre 20 a 29 años y el 9.8 por ciento entre 0 a 9 años.

Gráfico 7. Relación de edad de inicio de consumo de sustancias (años) y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.



Fuente: Cuadro 7.

Cuadro 8. Relación de frecuencia de uso de sustancia psicoactiva y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

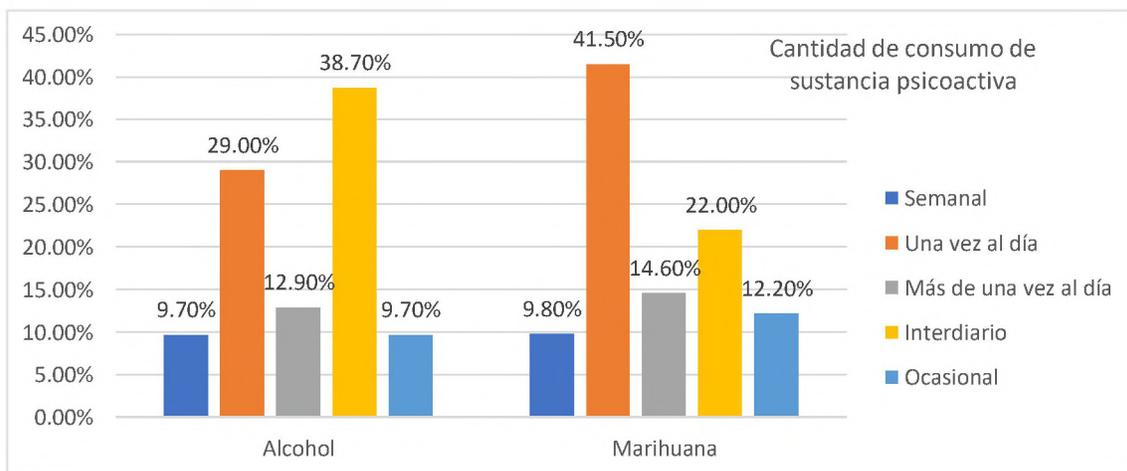
| Cantidad de consumo de sustancia psicoactiva | Alcohol    |       | Marihuana  |       |
|--|------------|-------|------------|-------|
|  | Frecuencia | %     | Frecuencia | %     |
| Semanal                                      | 3          | 9.7   | 4          | 9.8   |
| Una vez al día                               | 9          | 29.0  | 17         | 41.5  |
| Más de una vez al día                        | 4          | 12.9  | 6          | 14.6  |
| Interdiario                                  | 12         | 38.7  | 9          | 22.0  |
| Ocasional                                    | 3          | 9.7   | 5          | 12.2  |
| Total  | 31         | 100.0 | 41         | 100.0 |

Fuente: Encuesta.

El 38.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual consumían alcohol interdiario, el 29.0 por ciento una vez al día, el 12.9 por ciento más de una vez al día y el 9.7 por ciento semanal y ocasional.

El 41.5 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual consumían marihuana una vez al día, el 22.0 por ciento interdiario, el 14.6 por ciento más de una vez al día, el 12.2 por ciento ocasional y el 9.8 por ciento semanal.

Gráfico 8. Relación de frecuencia de uso de sustancia psicoactiva y trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.



Fuente: Cuadro 8.

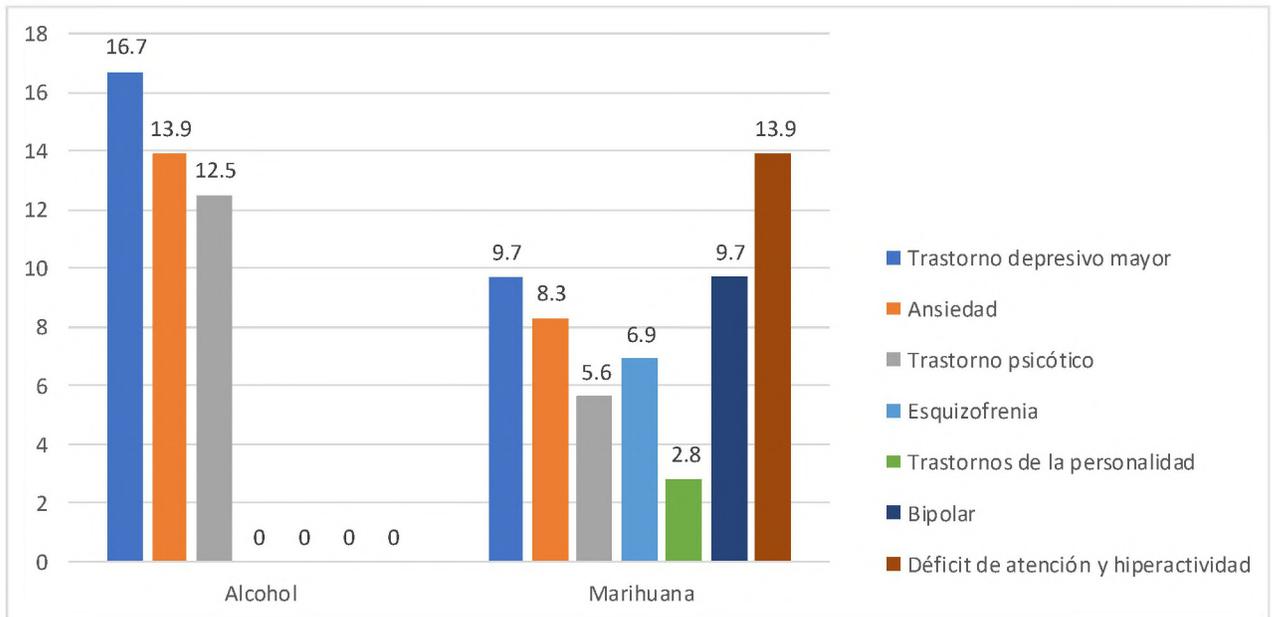
Cuadro 9. Distribución de pacientes con patologías de trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana.

| Patologías                           | Alcohol    |             | Marihuana  |             |
|--------------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                                      | Frecuencia | %           | Frecuencia | %           |
| Trastorno depresivo mayor            | 12         | 16.7        | 7          | 9.7         |
| Ansiedad                             | 10         | 13.9        | 6          | 8.3         |
| Trastorno psicótico                  | 9          | 12.5        | 4          | 5.6         |
| Esquizofrenia                        | 0          | 0.0         | 5          | 6.9         |
| Trastornos de la personalidad        | 0          | 0.0         | 2          | 2.8         |
| Bipolar                              | 0          | 0.0         | 7          | 9.7         |
| Déficit de atención e hiperactividad | 0          | 0.0         | 10         | 13.9        |
| <b>Total</b>                         | <b>31</b>  | <b>43.1</b> | <b>41</b>  | <b>56.9</b> |

Fuente: Encuesta.1

De acuerdo a las patologías presentadas, de los 31 pacientes que consumían alcohol el 16.7 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor, el 13.9 por ciento presentaron ansiedad y el 12.5 de los pacientes presentaron trastorno psicótico; en cuanto al consumo de marihuana el 13.9 de los pacientes presentaron déficit de atención e hiperactividad, el 9.7 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor y bipolaridad respectivamente, el 8.3 por ciento de los pacientes presentaron ansiedad, el 6.9 por ciento presentaron esquizofrenia, el 5.6 por ciento trastorno psicótico y el 2.8 por ciento de los pacientes presentaron trastornos de la personalidad.

Gráfico 9. Distribución de pacientes con patologías de trastorno dual en consumidores de alcohol versus marihuana durante el periodo, Enero-Junio 2023. Según el inicio de las patologías.



Fuente: cuadro 10

Cuadro 10. El trastorno Dual inició antes del consumo o el consumo inició la patología, durante el periodo, Enero-Junio 2023.

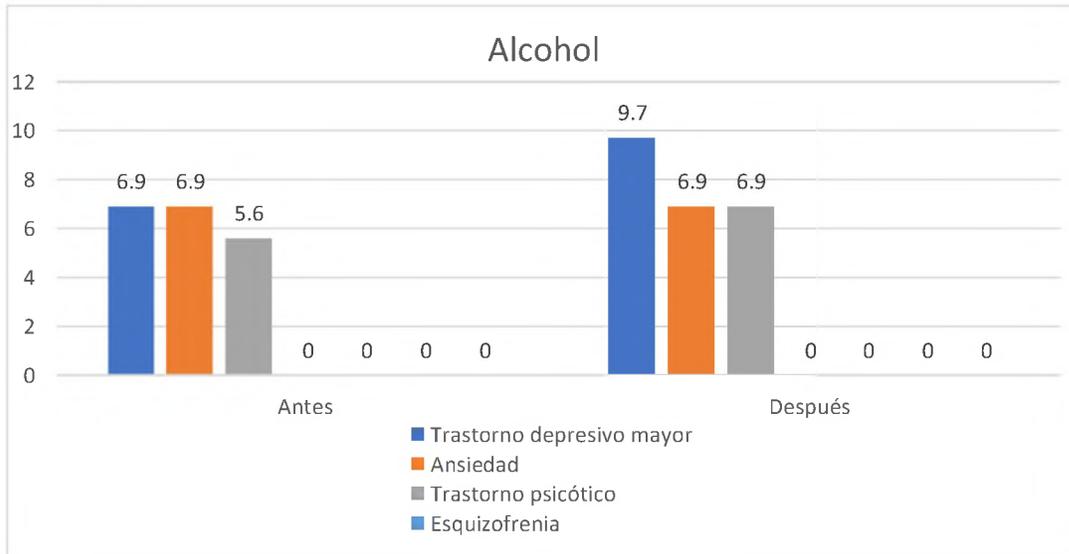
| El trastorno dual inició antes del consumo o el consumo inició la patología. | Alcohol   |             |           |             | Marihuana |             |           |             |
|--|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
|  | Antes     |             | Después   |             | Antes     |             | Después   |             |
|  | No.       | %           | No.       | %           | No.       | %           | No.       | %           |
| Trastorno depresivo mayor  | 5         | 6.9         | 7         | 9.7         | 3         | 4.2         | 4         | 5.6         |
| Ansiedad   | 5         | 6.9         | 5         | 6.9         | 5         | 6.9         | 1         | 1.4         |
| Trastorno psicótico  | 4         | 5.6         | 5         | 6.9         | 2         | 2.8         | 2         | 2.8         |
| Esquizofrenia  | 0         | 0.0         | 0         | 0.0         | 1         | 1.4         | 4         | 5.6         |
| Trastornos de la personalidad  | 0         | 0.0         | 0         | 0.0         | 0         | 0.0         | 2         | 2.8         |
| Bipolar  | 0         | 0.0         | 0         | 0.0         | 1         | 1.4         | 6         | 8.3         |
| Déficit de atención e hiperactividad   | 0         | 0.0         | 0         | 0.0         | 3         | 4.2         | 7         | 9.7         |
| <b>Total</b>   | <b>14</b> | <b>19.4</b> | <b>17</b> | <b>23.5</b> | <b>15</b> | <b>20.9</b> | <b>26</b> | <b>36.2</b> |

Fuente: Encuesta.1

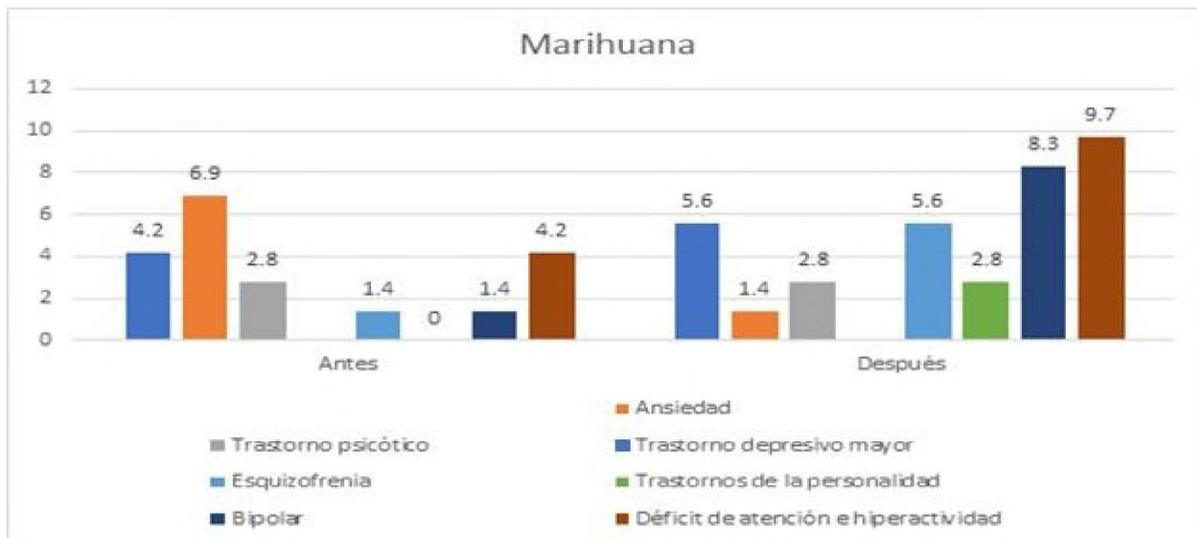
En relación al inicio de consumo de las sustancias antes y después observamos que el 6.9 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor antes del consumo, el 6.9 de presentaron ansiedad y el 5.6 por ciento presentaron trastorno psicótico; después el 9.7 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor, el 6.9 por ciento presentaron ansiedad y trastorno psicótico respectivamente; en cuanto al consumo de marihuana los pacientes antes del consumo presentaron ansiedad en 6.9 por ciento, el 4.2 por ciento trastorno depresivo mayor y déficit de atención e hiperactividad, el 2.8 por ciento presentaron trastorno psicótico y el 1.4 por ciento de los pacientes presentaron esquizofrenia y trastorno bipolar; después el 9.7 por ciento presentaron déficit de atención e hiperactividad, el 8.3 por ciento presentaron bipolaridad, el 5.6 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor y esquizofrenia respectivamente,

el 2.8 por ciento presentaron Trastorno psicótico y Trastornos de la personalidad respectivamente y el 1.4 por ciento presentaron ansiedad.

Gráfico 10. El trastorno dual inició antes del consumo o el consumo inició la patología, durante el periodo, Enero-Junio 2023.



Fuente: cuadro 11



## VIII. DISCUSIÓN.

Nuestra investigación se condujo en el estudio de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en personas consumidoras de drogas ilícitas y/o alcohol admitidas a centros de atención. La Patología Dual, concepto que define la asociación cruzada de padecer dos enfermedades simultáneamente, en este caso en particular, el uso de una sustancia ilícita y una patología mental. Este término de dualidad de desórdenes reconocidos es muy complejo y da a conocer las variaciones posibles de dependencia de sustancias y de trastornos psiquiátricos y sus combinaciones. Del total de 205 pacientes que asistieron al centro CAIDEP, 72 pacientes para un 35.1 por ciento presentaron trastorno dual de los cuales 31 consumían alcohol y 41 marihuana.

Del 35.1 por ciento que presentaron trastorno dual de los cuales 31 consumía alcohol y 41 marihuana. Coincidiendo en el estudio realizado por Manuel Quiroga Gallego en el Hospital Militar Capitán Medico Pages Melilla España en el año 2018, donde el 80.3 por ciento de las sustancias psicoactiva consumida por los pacientes era la marihuana.

El 54.8 por ciento de los pacientes con trastorno dual que consumían alcohol tenían una edad entre 40 a 49 años. El 61.0 por ciento de los pacientes con trastorno dual que consumían marihuana tenían una edad entre 20 a 29 años, a diferencia del estudio realizado por Cesar Edgardo Sisniegas Vergara en la Universidad de San Martin de Porres Chiclayo Perú en el año 2021, donde el 48.6 por ciento de la edad de los pacientes consumidores eran entre 20 a 29 años.

El 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual pertenecían al sexo masculino. El 82.9 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran del sexo masculino, datos estos que se asemejan a los reportados por Daniela Romero Reyes et al en la Universidad Autónoma de Tamaulipas Tamaulipas, México, en el año 2022, donde el 86.7 por ciento de los pacientes consumidores pertenecían al sexo masculino.

El 74.2 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual cursaron la secundaria. El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual cursaron la secundaria, en el estudio realizado por Constanza Daigre Blanco en la Universidad Autónoma de Barcelona, España en el

año 2018, donde el 60.2 por ciento de la escolaridad de los pacientes consumidores cursaron la secundaria.

El 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran solteros. El 78.0 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran solteros. En el estudio realizado por Ernesto León Machín et al en el Hospital Universitario "General Calixto García" la Habana Cuba en el año 2021, donde el 82.2 por ciento del estado civil de los pacientes consumidores eran solteros.

El 48.4 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran empleados privado. El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran empleados privados. En el estudio realizado por Yanetsi Contreras Olive et al En el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba. En el año 2022, donde el 55.3 por ciento de la situación laboral en los pacientes consumidores al momento de la recolección eran empleados privados.

El 38.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual consumían alcohol interdiano. El 41.5 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual consumían marihuana una vez al día. En el estudio realizado por Elena Gervilla García en la Universitat de les Illes Balears, España en el año 2019, donde el 80.2 por ciento de pacientes comenzaron a consumir sustancias psicoactivas entre los 10 a 25 años.

En relación con las patologías de trastorno dual, el 26.4 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor lo que es similar a la literatura internacional que refiere que la patología dual se constituya como un problema de salud cada vez más relevante, con un incremento notable de la incidencia. En cuanto a la patología dual, del 18.75 por ciento de lo(as) usuario(as) que lo registran, un 50 por ciento presenta un trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, sin especificación. Esto es consistente con lo que plantea Torrens (2008, p.316) psiquiatra especialista en adicciones, quien precisa que, en los últimos años se ha evidenciado "la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, situándose entre el 15 y el 80 por ciento. Así, la coexistencia de un trastorno depresivo mayor y el consumo de cannabis es una de las patologías duales más comunes en el área de las adicciones a

sustancias, llegando a tasas en las que uno de cada cuatro pacientes con depresión son también consumidores de esta droga. A pesar de que todavía no haya una causa concreta que explique esta asociación entre ambas patologías, se ha demostrado que esa relación existe. De este modo, se contempla al cannabis como un factor que aumenta el riesgo de padecer depresión, pero también a la depresión como un factor predictivo del uso de cannabis cuya hipótesis más aceptada sería la basada en la automedicación.

## IX. CONCLUSIONES

Vistos, analizados y discutidos los resultados hemos llegado a las siguientes conclusiones.

1. Del total de 205 pacientes que asistieron al centro CAIDEP, 72 pacientes para un 35.1 por ciento presentaron trastorno dual de los cuales 31 consumían alcohol y 41 marihuana.
2. El 54.8 por ciento de los pacientes con trastorno dual que consumían alcohol tenían una edad entre 40 a 49 años. El 61.0 por ciento de los pacientes con trastorno dual que consumían marihuana tenían una edad entre 20 a 29 años.
3. El 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual pertenecían al sexo masculino. El 82.9 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran del sexo masculino.
4. El 74.2 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual cursaron la secundaria. El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual cursaron la secundaria.
5. El 67.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran solteros. El 78.0 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran solteros.
6. El 48.4 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual eran empleados privado. El 51.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual eran empleados privados.
7. El 87.1 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual empezaron a consumir alcohol entre los 10 a 19 años. El 73.2 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual empezaron a consumir marihuana entre los 10 a 19 años.
8. El 38.7 por ciento de los pacientes consumidores de alcohol con trastorno dual consumían alcohol interdiario. El 41.5 por ciento de los pacientes consumidores de marihuana con trastorno dual consumían marihuana una vez al día.
9. De acuerdo con las patologías presentadas, de los 31 pacientes que consumían alcohol el 16.7 por ciento de los pacientes presentaron trastorno

depresivo mayor, el 13.9 por ciento presentaron ansiedad, en cuanto al consumo de marihuana el 13.9 de los pacientes presentaron déficit de atención e hiperactividad, el 9.7 por ciento de los pacientes presentaron depresión y bipolaridad respectivamente.

10. En relación con el inicio de consumo de las sustancias antes y después observamos que el 6.9 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor antes del consumo, el 6.9 de presentaron ansiedad; después el 9.7 por ciento de los pacientes presentaron trastorno depresivo mayor, el 6.9 por ciento presentaron ansiedad y trastorno psicótico respectivamente; después el 9.7 por ciento presentaron déficit de atención e hiperactividad.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. Es importante mencionar que los pacientes con ansiedad y trastorno depresivo mayor con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, podría dificultar el tratamiento y retrasar su recuperación, por lo que consideramos que el estudio de la salud mental debería ser más estructurado, con una intervención multidisciplinaria, oportuna y precoz en los factores causales de esta condición, para evitar las recaídas que son frecuentes en esta población y así consigan una pronta reinserción al ámbito familiar y social.
2. En los centros de rehabilitación para las adicciones se debe desarrollar programas de abordaje medico psiquiátrico, donde el objetivo no solo sea el tratamiento de la adicción, sino que permita tener énfasis en la educación psicosocial y emocional con relación a los trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, determinar los factores de riesgo y prevenirlos.
3. Es importante que desde el punto de vista nacional se incluya el tema de la prevención del consumo de sustancias ilícitas, así como en los programas de salud pública y mental, se debe fortalecer su prevención junto con otros factores de riesgo como el consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol) y sustancias ilegales.

## XI. REFERENCIAS.

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental un estado de bienestar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2014 [citado 2 de diciembre de 2019]. Disponible en: [http://origin.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en](http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en).
2. World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion, 2001; Fact Sheet No. 220 [Internet]. Geneva, Switzerland; 2018. [citado 02 de diciembre de 2019] Disponible en: <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H v. d., Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ [Internet]. 2011;343 [consultado 02 de diciembre de 2019] doi: 4163-d4163.
4. Ordoñez Mancheco JM. prevalencia de patología dual y factores de riesgo en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Cuenca, abril – diciembre 2017.
5. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual en el Hospital Doce de Octubre. Madrid en el año 2018.
6. Cruz J, Factores asociados con el “ofrecimiento de cannabis” en la conducta de iniciación del consumo en escolares peruanos en el estudio Nacional de devida 2022.
7. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive therapies: what is new and what is effective? CurrOpinPsychiatry. 2012;(25):522-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Consulta sobre el Marco mundial en favor de la salud de los adolescentes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 17 de diciembre de 2019].
9. Castellanos Y, Ricardo J, Rodríguez D, Lugo Ao, Hernández Jo y Zouain Jo. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos a través del MINI en pacientes consumidores de Drogas Ilícitas y/o Alcohol. Volumen 5, Número 1, Año 2015.

10. World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. WorldHealthOrganization; 2017.
11. Szerman N, Martínez-Raga J. Dual disorders: two different mental disorders. *Advances in Dual Diagnosis*. 2015;8(2):61-4.
12. Fisher, M. Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Oct; 59(10): 847–850.
13. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babín, F. (2013a). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 6 (3), 121-128.
14. Volkow, N. D. (2007). Addiction and Co-occurring mental disorders. Director's perspective. *NIDA Notes*, 21, 2.
15. Mueser, K. T, Drake, R .E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*, 23 (6), 717-34.
16. Hoenicka, J., Aragües, M. y Rodríguez-Jiménez, R. (2009). Bases genéticas de los trastornos psiquiátricos. *Manual de Psiquiatría*, (pp115-132), Ed: ENE.
17. Gershon, E. S., DeLisi, L. E., Hamovit, J., Nurnberger, J. I., Maxwell, M. E., Schreiber, J., Dauphinais, D., Dingman, C. W., & Guroff, J. J. (1988). A controlled family study of chronic psychoses Schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 328–336.
18. Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev*, 24 (4), 494-510.
19. Ponce, G y Jiménez, M. A. (2010). Heredabilidad de la patología dual. En: G. Haro, J. Bobes, M. Casas, J. Didia y G. Rubio (eds). *Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental* (pp 95-106). Barcelona: RMA. Ediciones.S.L.
20. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant C., ...Babín F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con

- patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25, 118–127.
21. Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH, Alterman AL, Miles KM, Noordsy DL. Antisocial personality disorders, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, (1997). 106, 473-477.
  22. Donovan JE, Jessor R, Costa FM, Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *J Consult Clin Psychol*, (1988). 56, 762-65.
  23. Caton CLM. Mental Health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatric Services*. (1995). 46, 1139-1143.
  24. Anthony JC, Helzer JE. Syndromes of drug abuse and dependence. In: Robins LN, Regier DA, Editors. *Psychiatric disorders in America The Epidemiologic Catchment Area Study* New York: Free Press. (1991). (pp 116-154).
  25. Bruce ML, Takeuchi, DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry* (1991). 48, 470–474.
  26. Rodríguez-Jiménez R, Bagnéy A, Peñas JM, Gómez N, Aragües M. Modelos etiopatogénicos de la patología dual. En: Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G. *Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental* Barcelona: RMA. Ediciones. S.L. (2010). (pp 187-206).
  27. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*, (1998). 23 (6), 717-34.
  28. Lagoni L, Crawford E, Huss M. An examination of the self-medication hypothesis via treatment completion. *Addiction Research & Theory*, (2011). 19 (5), 416-426.
  29. Brodhad D. Support for the self-medication hypothesis: the association of recent crack use depression, pain and fatigue among HIV positive adults (Order No.AAI3591797) .Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1534281250?Accounted=17225>. (2014).
  30. Mariani JJ, Khantzian E, Levin FR. The self-medication hypothesis and psychoestimulant treatment of cocaine dependence: A update. *Addiction*, 23(2), 189-193. (2014).

31. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, (1986). 12, 631-647.
32. Hall W, Degenhardt L. Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian Journal of Psychiatry*, (2000). 34, 26-34.
33. Bizzarri JV, Rucci P, Sbrana A, Miniati M, Raimondi F, Ravani L, Cassano GB. Substance use in severe mental illness: Self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Research*, (2009). 165, 88-95
34. Potvin S, Sepehry AA, Stip E. Meta-analysis of depressive symptoms in dual diagnosis schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, (2007). 41 (10), 792-9.
35. Ogloff JR, Lemphers A, Dwyer C. Dual diagnosis in an Australian forensic psychiatric hospital: Prevalence and implications for services. *Behav Sci Law*, (2004). 22, 543-562.
36. Compton WM, Thomas YF, Stinson F, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, (2007). 64, 566-576.
37. Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Ford C. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry*, (2003). 183, 304-13.
38. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Mesias, B, Basurte I, Poyo F. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, (2011). 23, 249-256.
39. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*, (2004). 76, S11-S19.
40. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res*, (2007). 12, 2036-45.

41. Sartor CE, Lynskey MT, Heath AC, Jacob T, True W. The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, (2007). 102, 216–25.
42. Cherpitel CJ. Focus on: The burden of alcohol use trauma and emergency outcomes. *Alcohol Res: Current Reviews*, (2013). 35 (2), 150–4.
43. Guardia J. Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: F. Pascual y J. Guardia (Eds). *Monografías sobre alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol. (2012). (pp 219294).
44. Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*, (2008). 20 (2), 218-223.
45. Pérez B, de Vicente MP, García L, Romero C, Oliveras MA. Prevalencia de psicopatología en dependientes de alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, (2008). 10, 42-8.
46. Ávila JJ, González D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, (2007). 19, 383-92.
47. Inaba DS, Cohen WE. *Uppers, Downers all Arounders. Physical and mental effects of psychoactive drugs*. (6Thed) Medford, OR: CNS productions. (2007).
48. Guardia J. Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol. En: F. Pascual y J. Guardia (Eds). *Monografías sobre alcoholismo* (pp 219294). Barcelona: Socidrogalcohol. (2012).
49. Pascual F, Guardia J, Pereiro C, Bobes J. *Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica*. 3ª Edición. Madrid: Sanet. (2013).
50. Kerr-Correa F, Igami TZ, Hiroce V, Tucci AM. Patterns of alcohol use Between genders. A cross-cultural evaluation, (2007). 102, 265-75.
51. Flannery BA, Morgenstern J, McKay J, Wechsberg WM, Litten R. Cooccurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, (2004). 28, 976-81.
52. Goldstein RB, Dawson DA, Chou SP. Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: results from wave 2. national

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Stud Alcohol Drugs*, (2012). 73, 938950.
53. Hauser J, Szczepanska W, Glodowska A. Analysis of psychological data and social functioning in alcoholics. *Psychiatry Poland*, (1994). 28 (6), 701-709.
54. Esper LH, Corradi-Webster C, Carvalho AM, Furtado EF. Women in outpatient treatment for alcohol Abuse: sociodemographic clinical characteristics. *Rev Gáucha Enferm*, (2013). 34 (2), 93-101.
55. Fernández Del Rio A, López A, Becoña E. Trastornos de la Personalidad en fumadores y personas con dependencia de la cocaína que acuden a Tratamiento: Un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, (2011). 6 (1), 67-75.
56. Fernández-Serrano, MJ, Moreno-López L, Pérez-García M, Verdejo García A. Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos Adictivos*, (2012). 14(1), 27–33. doi:10.1016/S1575-0973(12)70040-5.
57. Fetzner MG, McMillan KA, Sareen J, Asmundson GJ. What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD? Findings from a nationally representative sample. *Depress Anxiety*, (2011). 28, 632-638.
58. Fox H, Bergquist K, Casey J, Hong K, Sinha R. Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: Relationship to stress and impulse control. *The American Journal on Addictions*, (2011). 20 (2), 151-160.
59. Gianoli MO, Jane JS, O'Brien E, Ralevski E. Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol*, (2012). 20 (4), 333-344.
60. Goldstein RB, Dawson DA, Chou SP. Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: results from wave 2 of the national Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Stud Alcohol Drugs*, (2012). 73, 938950.
61. Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Blanco C, Grant B. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, (2011). 68, 1158-1167.

62. Hasin D S, Shmulewitz D, Stohl M, Greenstein E, Aivadyan C, Morita K., Saha T, Aharonovich E, Jung J, Zhang H, Nunes EV, Grant BF. Procedural validity of the AUDADIS-5 depression, anxiety and post-traumatic stress disorder modules: Substance abusers and others in the general population. *Drug Alcohol Depend*, (2015). 1 (152), 246-56.
63. Heffner JL, Anthenelli RM, Adler CM, Strakowski SM, Beavers J, DelBello MP. Prevalence and correlates of heavy smoking and nicotine dependence in adolescents with bipolar and cannabis use disorders. *Psychiatry Res*, (2013). 30, 210 (3), 857–862.
64. Limonero J, Gómez-Romero MJ, Fernández-Castro J, Tomás-Sábado J. Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cannabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, (2013). 19 (2-3), 223-234.
65. Lobo E, Dufouil C, Marcos G, Quetglas B, Saz P, Guallar E, Lobo A. For the ZARADEMP Workgroup. Is there an association between low-to-moderate alcohol consumption and risk of cognitive decline? *Am J Epidemiol*, (2010). 172, 708-716.
66. Magor-Blatch L, Keen J, Bhullar N. Personality factors as predictors of programme completion of drug therapeutic communities. *Mental Health and Substance Use*, (2014). 7 (2), 110-124.
67. Mariani JJ, Khantzian E, Levin FR . The self-medication hypothesis and psychoestimulant treatment of cocaine dependence: A update. *Addiction*, (2014). 23(2), 189-193.
68. Marquez-Arrico J, Adan A. Patología dual y rasgos de la personalidad: situación actual y futuras líneas de trabajo. *Adicciones*, (2013). 25 (3), 195-202.
69. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. (ESTUDES) Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2013). 1994/2012.

70. Nielsen DA, Ho A, Bahl A, Varma P, Kellogg S, Borg I, Kreek MJ. Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug Alcohol Depend*, (2012). 124, 113-20.
71. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principio ético para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Biothica* 2017; VI (2): 321.
72. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2015.

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

| <b>Variables</b>                           | <b>Tiempo: 2023</b> |                     |
|--|---------------------|---------------------|
| Selección del tema                         | <b>2023</b>         | Enero 2023          |
| Búsqueda de referencias                    |                     | Enero 2023          |
| Elaboración del anteproyecto               |                     | Febrero 2023        |
| Sometimiento y aprobación del anteproyecto |                     | Marzo 2023          |
| Ejecución de las encuestas                 |                     | Marzo 2023          |
| Tabulación y análisis de la información    |                     | Abril 2023          |
| Redacción del informe                      |                     | Mayo-Noviembre 2023 |
| Revisión del informe                       |                     | Marzo 2024          |
| Encuadernación                             |                     | Marzo 2024          |
| Presentación                               |                     | Marzo 2024          |

XII.2. Instrumento de recolección de datos.

INCIDENCIA DEL TRASTORNO DUAL EN PACIENTES CONSUMIDORES DE ALCOHOL VERSUS MARIHUANA QUE ASISTEN CAIDEP, DURANTE EL PERIODO. Enero-Junio 2023.

1. Edad\_\_\_\_\_ años
2. Sexo: Masculino\_\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_\_
3. Escolaridad: Primaria\_\_\_\_\_ Secundaria\_\_\_\_\_ Universitario\_\_\_\_\_ Técnico\_\_\_\_\_
4. Estado civil: Casado\_\_\_\_\_ Unión libre\_\_\_\_\_ Divorciado\_\_\_\_\_ Viudo\_\_\_\_\_ Soltero\_\_\_\_\_
5. Situación laboral: Empleado público\_\_\_\_\_ Empleado Privado\_\_\_\_\_
6. Edad de inicio de consumo de sustancias\_\_\_\_\_ Años
7. Sustancia psicoactiva: Alcohol\_\_\_ Marihuana\_\_\_\_\_
8. Cantidad de consumo de sustancia psicoactiva: Mas de 1 vez al día\_\_\_\_\_ Una vez al día\_\_\_\_\_ Interdiario\_\_\_\_\_ Semanal\_\_\_\_\_ Quincenal\_\_\_\_\_ Ocasional\_\_\_\_\_
9. Policonsumidor: Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

10. Si la patología dual inicio antes del consumo o el consumo inició la patología dual.  
(Especificar patología)

| Antes | Después |
|-------|---------|
|       |         |
|       |         |
|       |         |

### XII.3. Consentimiento informado

Título de la investigación: Trastorno dual en pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que asisten CAIDEP, Enero-Junio De 2023.

Objetivo de la investigación:

Determinar el trastorno dual en pacientes consumidores de alcohol versus marihuana que asisten CAIDEP, Enero-Junio, 2023.

Riesgos: No hay ningún riesgo en su participación en esta investigación.

Costo: Esta investigación no tendrá ningún costo para usted.

Confidencialidad: La información obtenida en este estudio se mantendrá en privado.

Si existe alguna publicación como resultado de este estudio, los residentes no serán identificados por su nombre, ni ninguno de sus datos personales.

Retiro del estudio: La participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse en el momento que lo desee.

Derechos del residente: a usted se le dará la oportunidad de preguntar acerca de este estudio y de su participación antes de firmar este documento. Tiene derecho a que sus preguntas sean respondidas a su completa satisfacción.

Yo, \_\_\_\_\_

He leído y comprendido este informe de consentimiento, por lo que acepto de manera voluntaria mi participación en el estudio.

Responsables del estudio: Mary Sabel Jiménez Reynoso, Jean Carlos Taveras García, Rubén Darío Pimentel (Metodológico) y Dr. Jaime Manuel Martínez Yepes (Clínico).

#### XII.4. Costos y Recursos

|  |            |             |           |
|--|------------|-------------|-----------|
| Humanos  |            |             |           |
| Sustentante: uno    Asesores: dos Archivistas y digitadores  |            |             |           |
| Equipos y materiales   | Cantidad   | Precio (RD) | Total     |
| Papel bond 20 (8 ½ X 11)   | 3 resmas   | 200.00      | 600.00    |
| Lápices  | 6 unidades | 10.00       | 60.00     |
| Borras   | 3 unidades | 10.00       | 30.00     |
| Bolígrafos Sacapuntas  | 6 unidades | 30.00       | 180.00    |
| Computadora:   | 2 unidades | 40.00       | 80.00     |
| Hardware:  | 2 unidades | 1,500.00    | 3,000.00  |
| Intel® Core™ i5-2100 3.10 GHz.<br>4.00 GB RAM.<br>Impresora HP all in one.<br>Software:<br>Microsoft Windows 8. Microsoft<br>Word 2013.<br>IBM SPSS 9.<br>Presentación:<br>Proyector SVGA/HDMI LG.<br>Cartuchos HP 122 |            |             |           |
| Información  |            |             |           |
| Libros, Revistas, Artículos online<br>Otros documentos   |            |             |           |
| Económicos   |            |             |           |
| Inscripción de anteproyecto de tesis UNPHU   |            |             | 10,000.00 |
| Papelería (copias)   | 6 informes |             | 3,400.00  |
| Encuadernación   |            |             | 13,000.00 |
| Alimentación y Transporte  |            |             | 5,200.00  |
| Imprevistos  |            |             | 7,000.00  |
| Total  |            |             | 42,750.00 |

XII.5. Evaluación

Sustentantes

  
Mary Sabel Jiménez Reynoso 09-0246

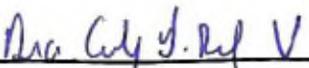
  
Jean Carlos Taveras García 11-1285

Asesores:

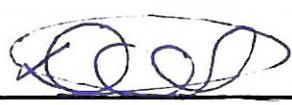
  
Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

  
Dr. Jaime Manuel Martínez Yepes (Clínico)

Jurado:

  
Dra. Cindy Rodríguez Vasquez

  
Dr. Jonathan Bravo Vasquez

  
Dra. Claridania Rodríguez

Autoridades

  
  
Dra. Claudia María Scharf  
Directora Escuela de Medicina

  
  
Dr. William Duke  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha de presentación 14/05/2024  
Calificación 99-A