

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales
y de la Comunicación

Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social

CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS
USUARIOS CON PATOLOGÍA DUAL DE LA
URAD “LAS CRUCITAS”

Autora: Ylenia Díaz Gutiérrez

Tutora: Berta Puyol Lerga

Fecha de presentación: 15 de julio de 2016

ÍNDICE.....	pág
INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	5
1.1. EL CONSUMO Y LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS.....	5
1.1.1. Las drogas.....	5
1.1.2. El abuso de sustancias	6
1.1.3. La drogodependencia.	8
1.1.4. Las vías de administración.....	10
1.1.5. La clasificación de las sustancias	11
1.1.6. El consumo de drogas en España	13
1.2. LOS TRASTORNOS MENTALES	14
1.2.1. Los conceptos de salud mental y trastorno mental	14
1.2.2. La clasificación internacional de los trastornos mentales	15
1.3. LA PATOLOGÍA DUAL	21
1.3.1. Los conceptos de comorbilidad y patología dual.....	21
1.3.2. Las patologías más comunes.....	24
1.3.3. Los datos sobre la patología dual	26
2. OBJETIVOS	27
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3. MÉTODO.....	27
3.1. PROCEDIMIENTO.....	27
3.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	28
3.3. VARIABLES	28
3.4. POBLACIÓN, PERÍODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO	29
3.5. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	29
3.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	29
4. RESULTADOS	30
4.1. RESULTADOS DE LAS PERSONAS USUARIAS CON PATOLOGÍA DUAL DE LA URAD “LAS CRUCITAS”	30
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
6. CONCLUSIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

INTRODUCCIÓN

Las drogodependencias y los problemas que éstas derivan preocupan a la sociedad desde hace décadas, y es por eso que se han llevado a cabo diversas acciones para afrontarla.

Como se expone en la Estrategia Nacional (2009-2016), desde los inicios del Plan Nacional sobre Drogas (a mediados de la década de los ochenta) ha habido una marcada evolución del drogodependiente en España.

En la época de los años ochenta-noventa, la sustancia que más alarma social causaba era la heroína. Las personas usuarias de esta sustancia psicoactiva presentaban por lo general, una grave situación de exclusión, que se veía incrementada por la asociación de comisión de delitos para asumir los costes de la sustancia. Además, había que añadir a esto, el padecimiento de enfermedades infecciosas como consecuencia de las condiciones de uso de esta droga (administrada generalmente por vía parenteral, y en una proporción importante de consumidores, compartiendo el material de inyección).

El alcohol y el tabaco, eran en ese entonces y aún hoy día las sustancias más consumidas debido a su legalidad y a la gran aceptación social de la que gozan. Según pasan los años, el perfil de los consumidores ilegales y los modelos de consumo siguen variando. Se ha ido elevando el número de las personas que consumen cannabis y cocaína en polvo, dando lugar también al “consumo recreativo” de drogas, donde también se incluyen el éxtasis o MDMA (y varios derivados anfetamínicos) además de las nombradas anteriormente.

Al igual que a lo largo de los años hemos podido observar la evolución de los/as consumidores/as, también hemos visto las diferentes repercusiones que trae la dependencia a las drogas, ya que, todas las sustancias pueden provocar reacciones que no han sido deseadas o buscadas y no todas las personas corren los mismos riesgos ni tienen las mismas secuelas debido a que son muchas las variables que influyen.

Según Martín (2009) se entiende que los efectos y consecuencias del consumo no sólo dependen de los factores sociales y económicos sino también de los culturales y educativos. Por eso, en la adicción a las sustancias, se interrelacionan diversos factores

como la composición de las propias sustancias, las circunstancias personales y el contexto sociocultural entre otros.

Es importante que las personas conozcan tanto los factores de riesgo (que contribuyen a incrementar la probabilidad de que una persona desarrolle un problema de adicción a las drogas) para evitarlos. Como los factores de protección, ya que, estos actúan como mediadores que reducen la vulnerabilidad de los individuos ante problemas relacionados con las drogas.

Del mismo modo, algunos autores como Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2001) defienden que los factores biológicos y psicológicos también son importantes a la hora de desarrollar una dependencia a determinadas drogas. Entre ellos nombran por un lado, la edad, el sexo y la carga genética, y por otro lado, los rasgos de la personalidad de cada individuo, el grado de estabilidad emocional y la presencia de alteraciones psíquicas. Para estos autores, uno de los factores de riesgo más importantes son los trastornos psiquiátricos, debido a que la drogodependencia es frecuente en personas con problemas psiquiátricos e igualmente, las patologías mentales son frecuentes en individuos drogodependientes.

Es cada vez más evidente la coexistencia entre ambos trastornos (conocido también como Patología Dual) y según Torres (2012, p.4) “las últimas previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman que para el año 2020, el 75% de las personas con una enfermedad mental crónica tendrá, además, algún problema de adicción. Por otra parte, según el primer estudio epidemiológico, realizado en España en el año 2008, sobre la Patología Dual, este trastorno ya afecta al 53 % de los pacientes que demandan tratamiento en las redes sanitarias públicas por problemas psiquiátricos y/o adictivos”.

De hecho, debido a su elevada presencia, se encuentran agrupadas de manera similar en las dos grandes clasificaciones actuales de enfermedades mentales. En la CIE- 10 promovida por la Organización Mundial de la Salud (1992), se encuentran bajo el nombre de “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”, y en la DMS-IV, promovida por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995), con el nombre de “trastornos relacionados con sustancias”.

En cualquier caso, toda sustancia psicoactiva es capaz de producir dependencia, pero según manifiesta Cuadrado (2001, p. 294) “una vez establecida, no existen diferencias psicopatológicas en la dependencia que origina cada una de las sustancias, aunque sí las hay en la rapidez de instauración, gravedad y, sobre todo, en el tipo de complicaciones asociadas tanto físicas como mentales y sociales, que van a ser específicas de cada una de las sustancias y que van a condicionar la evolución y el pronóstico de las mismas”.

Tanto la drogodependencia como la enfermedad mental, no desencadenan sólo dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también en una serie de repercusiones socioambientales. Según Bobes y Saiz (2013, p. 17) uno de los grandes retos actuales en salud pública es reducir la estigmatización de los trastornos, por sus indudables repercusiones en aspectos psicológicos, sociales o laborales de los pacientes y de su entorno.

Por ello, una de las motivaciones para la elaboración de la presente investigación, viene originada por la experiencia personal de quien investiga, debido a la realización de las prácticas de tercero y cuarto del Grado de Trabajo Social en el ámbito de la atención a las drogodependencias en la Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencias “Las Crucitas” de la “Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias”. Ya que, a medida que se llevaba a cabo dicha intervención en este campo, se pudo percibir un elevado número de usuarios/as con patologías mentales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas al igual que la presencia de diversas carencias en el ámbito social. Debido a eso, considera interesante llevar a cabo un análisis de los datos de los pacientes, para observar si hay características comunes entre ellos.

El documento corresponde al Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Se trata de una investigación de tipo cuantitativo que tiene como objeto de estudio conocer las características sociales de los/as pacientes con patología dual de la URAD “Las Crucitas” de la “Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias”.

La Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD) es una asociación civil de carácter privado y sin ánimo de lucro, subvencionada por la Dirección General de Atención a las Drogodependencias y por el Ayuntamiento de los

Realejos. Su principal objetivo es la prevención a las drogodependencias y el tratamiento e inserción social de todo tipo de pacientes drogodependientes. En el primer lustro de existencia la asociación consolida una red asistencial de adicciones en la zona norte de Tenerife (con las UAD's), y a partir de 1997 asumió la gestión de los únicos recursos que atendían esta problemática en el sur de la isla con la UAD de Granadilla de Abona y la URAD "las Crucitas".

La URAD o también conocida como Comunidad Terapéutica, es un servicio de asistencia al paciente adicto en régimen de internamiento, integrado en un programa de tratamiento integral que empieza y continúa posteriormente en los centros ambulatorios (UAD) de referencia de los que proviene la persona.

Aquellos/as usuarios/as que por sus características personales no pueden seguir un tratamiento de tipo ambulatorio, son derivados a la Comunidad Terapéutica. En ella, y previamente desintoxicados, se pretende que adquieran, a través de un programa multidisciplinar de intervención psicológica, social y un paquete de actividades complementarias, las estrategias necesarias que les capaciten para continuar en su centro ambulatorio el proceso de rehabilitación más adecuado.

Los programas que ofrece la URAD son adecuados para este tipo de pacientes que no sólo tienen que luchar con su dependencia a las drogas sino también con una enfermedad mental, pues, no solo trabajan la abstinencia a la adicción sino que, también promueven unos hábitos de vida saludables en los que cuidan la salud física y psíquica.

En cuanto al documento, aparece dividido en epígrafes diferenciados donde se recoge el proceso del estudio. En primer lugar, la justificación muestra las razones que fundamentan la investigación. El segundo apartado recoge la información obtenida de la bibliografía existente. Proveniente de diversas fuentes y se encuentra fragmentado en tres secciones básicas que son: el consumo y la dependencia a las drogas, los trastornos mentales y por último, la patología dual.

Seguidamente se encuentran los objetivos, tanto el general como los específicos, al igual que el método propuesto para llevar a cabo la investigación, donde se determinan las variables, y las técnicas de recogida y análisis de datos. Por último, se presentan los datos obtenidos por medio de tablas y posteriormente, el análisis de los resultados y las conclusiones.

1. ANTECEDENTES TEÓRICOS

1.1. EL CONSUMO Y LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS

En las próximas páginas se realizará una pequeña explicación teórica, donde se exponen los conceptos básicos necesarios para la comprensión del tema, como son las definiciones de droga, drogadicción, abuso y dependencia de sustancias, al igual que las diferentes formas de consumo y la clasificación de las sustancias.

1.1.1. Las drogas

Para comenzar, es oportuno aclarar el término “droga”. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud es: “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, por cualquier vía, inhalación, ingestión, intramuscular o endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico; es decir, es capaz de cambiar la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento de la persona y es susceptible de generar en el usuario o consumidor la necesidad de seguir consumiéndola” (Martín. 2009, p. 19).

Las drogas, son sustancias que provocan cambios en el organismo, pues actúan en el Sistema Nervioso Central, que es el encargado de coordinar y controlar los diferentes órganos y funciones del cuerpo. Así mismo, modifican la actuación, las emociones y los sentimientos.

Cabe destacar que cuando se afirma “toda sustancia” se hace referencia tanto a las drogas legales (el alcohol, los fármacos y el tabaco), como a las ilegales. Además, se excluye de este concepto a conductas compulsivas como pueden ser los juegos.

El término droga se aplica a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain. 2001, p. 4)

En la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias, concretamente en el artículo 2, se entiende por drogas a “todas aquellas sustancias que administradas por cualquier vía, sean capaces de provocar cambios en la conducta, producir efectos nocivos para la salud y el bienestar físico o psíquico, crear dependencia y, en general, todas aquellas que pueden modificar una o más funciones del organismo”.

1.1.2. El abuso de sustancias

Toda droga tiene un riesgo de uso, es decir, el consumo esporádico u ocasional de la sustancia, supone un riesgo a la hora de generar una dependencia.

En cuanto al abuso de sustancias, entendemos a partir del Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (1995) que se trata de “una conducta desadaptativa de consumo de sustancias manifestado por repercusiones de carácter desfavorables, repetidas y propias relacionadas con el consumo reiterado de sustancias.

Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses, y a diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias” (DSM-IV-TR, 1995, p.188).

Con respecto al abuso de sustancias, los criterios para el diagnóstico son:

“A.- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes, durante un periodo de 12 meses:

1.- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. (Ej. Ausencias repetidas relacionadas con el consumo de la sustancia; descuido de los niños)

2.- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. (Ej. Conducir bajo los efectos de la sustancia)

3.- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. (Ej. Arrestos por comportamientos inadecuados debido a la sustancia).

4.- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. (Ej. Violencia, discusiones familiares)

B.- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias” (DSM-IV-TR, 1995. P.188).

El Real Colegio de Psiquiatras Británico define el abuso como “cualquier consumo de drogas que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain. 2001, p. 5)

Para la Organización Mundial de la Salud “incluye cuatro criterios diferentes:

1. Uso no aprobado: cuando el consumo está legalmente sancionado. Como los casos de consumos cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un coche, se portan armas, se participa en una competición deportiva (doping), etc.
2. Uso peligroso: señala el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico (consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de conducir un vehículo). Puede estar o no sancionado legalmente.
3. Uso dañino: se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total la tolerancia a las mismas, por ejemplo en ancianos, niños, mujeres embarazadas o en período de lactancia, etc.

En los criterios precedentes la relación entre uso y abuso se establece, principalmente por un diferencial cuantitativo.

4. Uso que comporta una disfunción: describe a un “patrón desadaptativo de consumo”, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alternación del funcionamiento personal: psicológico y social” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain. 2001, p. 5).

1.1.3. La drogodependencia.

La Organización Mundial de la Salud en 1964 definió por primera vez el concepto de “drogodependencia” como “un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por:

1. Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
2. Tendencia a incrementar la dosis.
3. Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia¹ por la retirada de la droga.
4. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad” (Becoña, 2002, p. 21).

Por lo tanto, se refiere a un conjunto de manifestaciones tanto orgánicas como mentales con una intensidad inestable donde el uso de sustancias psicoactivas tiene una alta prioridad. Existe una preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla (como ir hasta sitios lejanos, robar para conseguir dinero...).

La ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias explica, en el artículo 2, la drogodependencia como “aquella alteración del comportamiento que afecta al estado físico, psíquico y social del

¹ Según el DSM-IV, el síndrome de abstinencia se define por cualquiera de los siguientes síntomas:
A- presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias.
B.- El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
C.- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

individuo y que se caracteriza por una tendencia al consumo compulsivo y continuado de drogas”.

Por otro lado, el Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV explica la “dependencia” como “un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes (7), en algún momento de un período continuado de 12 meses” (DSM-IV-TR, 1995, p. 186).

Los ítems mencionados son los siguientes:

“1.- Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a.- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b.- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con el consumo continuado.

2.- Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a.- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
- b.- Se toma la misma sustancia u otra similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3.- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de tiempo, de lo que inicialmente se pretendía.

4.-Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5.- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (Ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6.-Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7.- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (Ej. continuar con la ingesta de alcohol a pesar de empeorar una úlcera)” (DSM-IV-TR, 1995, p. 186-187).

La dependencia, denominado síndrome de dependencia, según la CIE-10, “comprende un conjunto de manifestaciones orgánicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de alguna o algunas drogas, se convierte en la principal prioridad para el individuo, dejando de lado incluso cualquier conducta que en tiempos anteriores tuvieron un valor más alto.

La manifestación más característica que se presenta en el síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias psicoactivas, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. El caso de que se dé una recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la reaparición más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que ocurre en individuos no dependientes” (Becoña, 2002, p. 47).

1.1.4. Las vías de administración

Dependiendo de la vía que utilicemos para consumir cada sustancia, se determina la rapidez y la manera de actuar de ésta en el cerebro, al igual que condiciona el grado de dependencia que puede generar.

Según Martín (2009), “podemos diferenciar las siguientes vías de administración:

- Oral: puede realizarse a través de la ingesta de la sustancia, siendo una vía algo más lenta y con un menor riesgo de intoxicación y dependencia. Otra forma puede ser a través del “mascado”; triturando la sustancia y produciendo unos efectos más rápidos que la vía anterior.
- Pulmonar: inhalándolo (cuando se fuma) la sustancia llega al cerebro más rápido, por lo tanto, llega a producir mayor dependencia.
- Nasal: se esnifa la sustancia a través de las fosas nasales.

- Intravenosa o endovenosa: la sustancia llega de forma directa a la sangre, es una de las vías que más dependencia genera, al igual que más sobredosis e infecciones.
- Intramuscular o subcutánea: se trata de administraciones minoritarias y suelen coincidir con personas que empiezan su adicción y sienten miedo a la punción intravenosa. Por otro lado, también se puede dar en casos en los que la persona lleva una gran período de consumo a través de la vía intravenosa, por lo que no se encuentran los vasos sanguíneos” (Martín, 2009, p. 108).

Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2001) también explican cinco vías de administración de las cuales coinciden en tres de ellas (oral, pulmonar y nasal) con Martín (2009). Las vías restantes a las que hacen mención son las siguientes:

- “Rectal o genital: aplicación de la sustancia sobre la mucosa anal o genital. Es una vía utilizada en el consumo de cocaína y heroína.
- Parental: esto significa que se debe utilizar una jeringuilla como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Donde incluye la vía intravenosa, intramuscular y subcutánea” ” (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain. 2001, pp. 16, 17).

Sin embargo, Becoña (2002) diferencia seis vías de administración: “la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y, rectal. La vía pulmonar es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso la dosis y frecuencia de consumo es importante para pasar del uso al abuso y a la dependencia” (Becoña, 2002, p. 27).

1.1.5. La clasificación de las sustancias

Según el tipo de droga, se clasifican en distintas categorías, como refiere Palacios y Ramón (2001), “las drogas se pueden clasificar conforme a diversos criterios. Uno de los primordiales es el efecto que produce la sustancia en el Sistema Nervioso Central (SNC). A partir de esto pueden catalogarse en:

- Drogas depresoras: cuentan con la capacidad de obstaculizar el funcionamiento normal del cerebro, originando así un estado de apatía y somnolencia. En este grupo podemos encontrar opiáceos, tranquilizantes, hipnóticos y alcohol.
- Estimulantes: producen un aceleramiento de la función habitual del cerebro, dando lugar a la dificultad de conciliación del sueño y estados de ánimo alterados e incluso, desaparición del contacto con la realidad. Entre ellas se incluyen las anfetaminas, la cocaína, las drogas de diseño (incluidas también en las alucinógenas) y también la nicotina y el café.
- Alucinógenas: este tipo de sustancias alteran el funcionamiento del SNC, causando alucinaciones, transformaciones de la realidad y reacciones relacionadas a trastornos psiquiátricos más graves. En las drogas alucinógenas destacan, el cannabis, las drogas de síntesis, LSD, inhalantes, entre otras” (Palacios y Ramón, 2001, p. 12).

La Organización Mundial de la Salud “apostó en 1975 por nueve grupos:

1. Opiáceos: opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos como por ejemplo la morfina, heroína, metadona, etc.
2. Psicodépresores: formado por barbitúricos, benzodiacepinas y análogos.
3. Alcohol etílico.
4. Psicoestimulantes mayores: cocaína y derivados (crack), anfetaminas y derivados, katina o norpseudofedrina, etc.
5. Alucinógenos: LSD, mescalina, psilocibina y otros.
6. Cannabis y sus derivados: marihuana, hachís.
7. Sustancias volátiles: solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitroso, etc.
8. Psicoestimulantes menores: tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.
9. Drogas de diseño”

(Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain. 2001, p. 17).

Sin embargo, una de las clasificaciones más utilizadas es la de Shuckit (2000), reflejada en la siguiente tabla:

Clase	Algunos ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos simpatomiméticos del SNC de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Fuente: Shuckit (2000, s.r.f. Becoña, 2002, p.22)

1.1.6. El consumo de drogas en España

En España, obtenemos datos sobre el consumo a través de las encuestas que realiza el Plan Nacional sobre Drogas, cada dos años, desde 1995. Se trata de una Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España en población general residente en hogares, y abarca desde los 15 hasta los 64 años. En ella, podemos observar que la última publicación fue en el año 2013, con una muestra de 23.136 cuestionarios válidos. Donde se percibe que las sustancias más consumidas en los últimos 12 meses por la población de entre 15 y 64 años son las drogas legales como el alcohol (78,3%), el tabaco (40,7%) y los hipnosedantes (12,2%), a lo que les sigue la principal sustancia ilegal consumida, el cannabis (9,2%).

Otro dato relevante es que, el consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres, excepto los hipnosedantes donde la proporción de mujeres

consumidoras duplica a la de varones pues, han consumido en los últimos 12 meses el 16% de las mujeres de 15 a 64 años frente a un 8,5% de los hombres. La edad de inicio de consumo se sitúa en 35 años.

1.2. LOS TRASTORNOS MENTALES

A continuación, se hace referencia a dos conceptos que nos aproximan a la naturaleza de la investigación. Estos son: salud mental y trastorno mental.

1.2.1. Los conceptos de salud mental y trastorno mental

La OMS (2004, p.7) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Para Ruiz y Imbernon (1996, p. 4) haciendo referencia a la definición de "trastorno mental" según (CIE-10) afirma que es “la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfieren en la actividad del individuo”.

Por otro lado, a partir del Diccionario Mosby-Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (2001), el trastorno mental “se trata de cualquier variación del equilibrio emocional, manifestado por un comportamiento de mal adaptación o de una perturbación funcional ocasionada por factores genéticos, físicos, químicos, biológicos, psicológicos o sociales y culturales” (Villanueva, 2001, p. 1503). Por lo tanto, el trastorno mental es una modificación de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que se dañan procesos psicológicos como por ejemplo la cognición, el aprendizaje, la conciencia entre otros. Por lo que obstaculiza a la persona a la hora de adaptarse socialmente.

Según refieren Gómez, y Zapata (2000, p.31) “a pesar de que la causa de las enfermedades mentales no está totalmente determinada, se piensa que son necesarios diversos factores de diferente naturaleza para dar el comienzo de ésta. La predisposición genética, elementos de condición física y otros correspondientes a las vivencias psíquicas, favorecen al origen de las apariciones patológicas en un enfermo.

Depende de la forma en la que actúen sobre la personalidad del individuo se recogen cuatro grupos de factores. El primero, está formado por lo que se llaman factores endógenos, donde se incluyen los factores heredados y constitucionales con los que la persona nace. Otro grupo es el de los factores orgánicos/exógenos, compuesto por lesiones que puede sufrir el cerebro a lo largo de la vida. El tercer grupo, lo forman los factores de orden psicológico que pueden ser conflictos en la propia personalidad, formas de actuar, etc. Y por último, los factores sociales, compuesto por los elementos del medio ambiente que influyen sobre el individuo”.

1.2.2. La clasificación internacional de los trastornos mentales

Existe una amplia variedad de trastornos mentales y del comportamiento, a los cuales hay que hacer mención ya que, se clasifican en 10 grupos. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el capítulo V, estos son:

- Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos. “Se trata de una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión cerebral u otra afección causante de disfunción cerebral. La disfunción puede ser primaria, como en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo y selectivo, o secundaria, como en el caso de enfermedades sistémicas y de los trastornos que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos el cerebro.

Las características propias se pueden catalogar en dos grupos principales. Por un lado, se encuentran los síndromes en los cuales son firmes y destacadas alteraciones de las siguientes funciones: la memoria, la inteligencia, la capacidad de aprendizaje, la conciencia, la atención. Y por otro lado, se reúnen los síndromes en los cuales las manifestaciones más destacadas se presentan en las áreas de la percepción, de los contenidos del pensamiento, del humor, de las emociones, o en los rasgos generales de la personalidad y formas del comportamiento. Estos trastornos pueden comenzar a cualquier edad aunque la mayoría tienden a empezar en la edad adulta o avanzada” (CIE-10, 1992, p. 25).

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas. “Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos

relacionados con la ingestión de una droga de abuso, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias” (DSM-IV, 1995, pp. 181, 182).

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. “La esquizofrenia es un trastorno mental grave. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario). Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad” (OMS, 2016).

“Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o de falta de adecuación de las mismas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros, pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede” (Sánchez, 2008, p. 102).

- Trastornos del humor (afectivos). “Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la

depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Este cambio del humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadores de estrés” (CIE-10, 1992, p. 89).

- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. “Bajo el nombre de neurosis se clasifican una serie de alteraciones que tienen en común las siguientes características:

1. La sintomatología que presentan en la actualidad es el resultado de conflictos inconscientes o aprendizajes inadecuados que se adquieren en el pasado, en general durante la infancia, por diversas razones continúan interfiriendo en las relaciones actuales.

2. A pesar del malestar que sus síntomas provocan, estos pacientes conservan una apreciación de la realidad, un grado de equilibrio y cohesión interna, tan adecuado como para desenvolverse en forma más o menos eficiente en sus relaciones interpersonales.

3. La mayoría reconoce que presenta una conducta inadecuada y la experimenta de un modo egodistónico, se le considera desagradable e indeseable, pero a pesar de todos sus esfuerzos no puede evitarla.

4. La conducta neurótica está de tal forma estructurada que le sirve al individuo para manipular a las personas de su ambiente y contrarrestarles las conductas que puedan ser peligrosas para su medio interno; satisfacer necesidades inconscientes consideradas antisociales de una manera aceptable por el medio social; bloquear el paso a la consciencia de toda información sobre la verdadera causa de su conducta; u obtener ventajas o recompensas secundarias por sus síntomas.

5. El síntoma fundamental es la ansiedad y de acuerdo a su manifestación se dividen en dos tipos que son la neurosis de ansiedad donde se experimenta la ansiedad en forma directa y sin control, y otros tipos de neurosis como son la fóbica, histérica, obsesiva, etc. En estos casos logran mediante una serie de maniobras psicológicas transformar la ansiedad flotante en otro síntoma.

La neurosis en general no se presenta como un cuadro único, por el contrario suelen estar combinados síntomas como ansiedad, tristeza, irritabilidad, afecciones físicas, etc.; de acuerdo a cuál de ellos sea el predominante, pueden clasificarse en neurosis de ansiedad, depresión, fóbica, histérica, obsesiva, hipocondríaca” (Sánchez, 2008, pp. 128, 129).

- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. “Dentro de este grupo encontramos los trastornos que tienen que ver con la conducta alimentaria, caracterizados por la pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente, con respecto a los trastornos del sueño, esta categoría incluye sólo aquellos trastornos del sueño en los que se considera que los factores primarios son las causas emocionales y que no se deben a afecciones físicas identificables clasificadas en otra parte.

También se incluye en este grupo la disfunción sexual, que abarca las diversas maneras por las cuales una persona es incapaz de participar en una relación sexual como lo hubiera deseado. La respuesta sexual es un proceso psicósomático y tanto el aspecto psicológico como el somático están implicados en la generación de la disfunción sexual.

Otros de los trastornos destacados son los debidos al abuso de sustancias que no producen dependencia, donde pueden intervenir una amplia variedad de medicamentos y remedios autóctonos, pero los grupos particularmente importantes son las drogas psicotrópicas que no producen dependencia, tales como las antidepresivas, laxantes y analgésicos que pueden ser comprados sin prescripción médica, tales como la aspirina y el paracetamol. Aunque por lo general es muy claro que el paciente tiene una fuerte motivación para tomar la sustancia, no se desarrollan síntomas de dependencia o abstinencia como en el caso de las sustancias psicoactivas” (CIE-10, 1992, pp. 140- 157).

- Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos. “Estas alteraciones tienen relevancia clínica por sí mismas, tienden a ser persistentes, son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas,

mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida” (CIE 10, 1992, p. 158).

“Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal en una cultura determinada percibe, piensa, siente, y sobre todo se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Tienden a presentarse en la infancia y la adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de la personalidad sea adecuado antes de los 16 años” (Sánchez, 2008, p. 125).

- Retraso mental. “El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

Algunos enfermos pueden presentar déficits graves en un área completa o una capacidad mayor en un área particular, a pesar de un retraso mental profundo. La determinación del grado de desarrollo del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, se incluyen las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo propio del medio cultural del individuo y los hallazgos psicométricos. Para un diagnóstico definitivo debe estar presente un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal” (Sánchez, 2008, pp. 146, 147).

- Trastornos del desarrollo psicológico. “Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones específicas de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías peculiares son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez

después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño” (Sánchez, 2008, p. 149).

- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. “En este grupo se encuentran varios trastornos como son: los trastornos hiperkinéticos, caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida) por falta de constancia en las actividades que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades.

Otro tipo son los trastornos de la conducta, caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante. Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más). Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso debe ser preferido el diagnóstico subyacente.

Los trastornos mixtos de la conducta y las emociones se caracterizan por la combinación de un comportamiento agresivo, asocial o desafiante persistente, con síntomas evidentes y marcados de depresión, ansiedad y otros desórdenes emocionales. Para ser incluidos en esta categoría, los trastornos deben cumplir tanto con los criterios de los trastornos de la conducta en la niñez como con los de los trastornos emocionales en la niñez, con los de un diagnóstico de neurosis de tipo adulto o de un trastorno del humor.

Los trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez más que fenómenos cualitativamente anormales por sí mismos, se trata principalmente de exageraciones de las tendencias normales del desarrollo. Al igual que los trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia son un grupo heterogéneo de trastornos que tienen en común el inicio de anormalidades

del comportamiento social durante la etapa de desarrollo, pero que (a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo) no se caracterizan principalmente por incapacidad social aparentemente constitucional o por deficiencias que afectan todas las áreas del comportamiento. En muchos casos es probable que las distorsiones o las privaciones graves originadas en el entorno desempeñen un papel etiológico fundamental.

En cuanto a los trastornos por tics, se trata de síndromes en los cuales la manifestación predominante es alguna forma de tic. Un tic es un acto motor involuntario, rápido, recurrente y no rítmico (que involucra habitualmente a grupos musculares circunscritos) o una emisión vocal de comienzo brusco, sin ningún propósito aparente. Los tics tienden a ser experimentados como irresistibles, pero habitualmente pueden ser suprimidos durante períodos variables, se exacerban con el estrés y desaparecen durante el sueño” (CIE 10, 1992, pp. 204-228).

1.3. LA PATOLOGÍA DUAL

1.3.1. Los conceptos de comorbilidad y patología dual

Stowell (1991) definió el diagnóstico o trastorno dual como la “coexistencia de un trastorno psiquiátrico y otro por uso de sustancias. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (1995), definió la comorbilidad como la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico” (Stowell, 1991, s.r.f. Arana y Germán, 2005, p. 174).

El NIDA (2011, p.1) defiende que la “comorbilidad”, también conocida como morbilidad asociada, “es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.”

Bustos (2012, p. 5) puntualiza que el término patología dual “hace referencia a un modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de alteraciones que hace a las sustancias más placenteras que para el resto de los individuos, y estas deficiencias, genéticamente

determinadas, son corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación. Sin embargo los trastornos psiquiátricos también pueden surgir como consecuencia de los efectos tóxicos, directos e indirectos, de la droga consumida, lo cual demuestra la complejidad de esta entidad clínica”.

El consumo de sustancias psicoactivas puede producir un gran número de efectos y trastornos de tipo físico y mental. Por lo que puede desembocar en lo que hoy en día llamamos “Patología Dual”. Este término alude a “la asociación cruzada (coexistencia o co-morbilidad, si se prefiere) de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental por un lado, y por otro, el uso patológico de sustancias tóxicas (adicción o dependencia de drogas)” (Babín y Insúa, 2006, p. 45).

La patología dual puede iniciarse por dos vías. En primer lugar, pueden ser personas con algún trastorno psiquiátrico previo inician el consumo de drogas, para aliviar y/o con el fin de mejorar y regular sus síntomas. Y en segundo lugar, también puede ser personas sin trastorno mental precursor, pero que debido al consumo de sustancias, desarrollan una psicopatología.

Algunas de las características mencionadas por la Federación de Asociaciones y familiares de personas con enfermedad mental en España (FEAFES, 2014) que podemos destacar de las personas con patología duales son:

1. Alta concurrencia entre el trastorno mental y el trastorno por abuso de sustancias tóxicas.
2. Falta de percepción con respecto a la enfermedad, o conflictos para asumir y/o manifestar que tienen adicciones.
3. Normalmente se identifican solo con uno de los dos roles (drogodependencia o trastorno mental).
4. Acuden más a los servicios de urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas.
5. Suelen exponer que tienen una sensación de no “encajar” en los recursos.
6. Alto índice de fracasos en las intervenciones anteriores. Presentan mayor dificultad de adherencia al tratamiento y más posibilidades de recaídas.
7. Son personas más vulnerables a la hora de afrontar determinadas dificultades, los factores estresantes suelen afectarles gravemente.
8. Existen mayores tasas de desempleo y exclusión social.

Para Santo Domingo (2003) en Arana y Germán (2005, p. 175) “las principales formas de asociaciones entre ambos diagnósticos son:

- Los síntomas psiquiátricos pueden aparecer de forma secundaria al trastorno por uso de sustancias. El abuso o dependencia de alcohol u otras drogas puede propiciar la aparición de síntomas asociados con prácticamente cualquier trastorno psiquiátrico, que podrá remitir o persistir después de la abstinencia. También puede darse el caso de que el trastorno por uso de sustancias (TUS) desemboque una recaída o el empeoramiento de los síntomas del trastorno psiquiátrico asociado. Por lo general, el tipo, la duración y la gravedad de estos síntomas se asocian con el tipo, la dosis y la cronicidad del consumo de sustancias.
- La abstinencia del alcohol u otras drogas puede precipitar la aparición de síntomas psiquiátricos o incluso asemejar múltiples trastornos psiquiátricos.
- Los trastornos psicopatológicos pueden favorecer el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias. En este suceso, los sujetos utilizarían las drogas para aliviar determinados síntomas psiquiátricos, como una forma de automedicación, o para evitar los efectos secundarios de medicaciones. A su vez, el consumo de sustancias puede modificar o ensombrecer el carácter de los síntomas psiquiátricos.
- Los trastornos psiquiátricos y el trastorno por uso de sustancias pueden coexistir como fenómenos totalmente independientes. En este caso, determinar si ambos trastornos están relacionados puede ser difícil o incluso de poca relevancia, particularmente en los casos de larga evolución.
- Se ha planteado la posibilidad de que la patología dual se haya desencadenado por la existencia de un factor común de vulnerabilidad, ya sea genético, ambiental o de otro tipo”.

Por otro lado, Krausz (1996) propuso “cuatro categorías de diagnóstico dual que son las siguientes:

- Un diagnóstico primario de un trastorno mental, con un diagnóstico (dual) posterior de consumo abusivo de sustancias con efectos perjudiciales para la salud mental.

- Un diagnóstico primario de dependencia a las drogas con complicaciones psiquiátricas que conducen a una enfermedad mental.
- Diagnósticos concurrentes de consumo abusivo de sustancias y de trastornos psiquiátricos.
- Un diagnóstico dual de consumo abusivo de sustancias y de trastornos anímicos, resultado de una experiencia traumática subyacente, por ejemplo un trastorno de estrés postraumático” (Krausz, 1996, s.r.f. Arana y Germán. 2005, p. 175).

Meyer (1996) destaca que la patología dual, “se puede manifestar en cualquiera de los siguientes escenarios clínicos:

- El trastorno Psiquiátrico y el trastorno relacionado con sustancias pueden confluir por coincidencia.
- El trastorno relacionado con sustancias puede despertar vulnerabilidades, producir síntomas psiquiátricos o empeorar patologías subyacentes.
- El trastorno psiquiátrico puede despertar vulnerabilidades, producir o agravar un trastorno relacionado con sustancias.
- Ambos trastornos pueden ser producidos por una tercera condición orgánica de base.
- La utilización o abstinencia a una sustancia es capaz de producir síntomas indistinguibles de aquellos que corresponden a algunos trastornos psiquiátricos. Cabe aclarar que en cada individuo afectado por una patología dual, es probable que varios de los mecanismos asociados, con la presencia de comorbilidad diagnóstica, puedan estar involucrados simultáneamente” (Meyer, 1996, s.r.f. Torres, 2012, p. 4,5).

1.3.2. Las patologías más comunes

Morel (1999) “distinguió una serie de trastornos psiquiátricos más frecuentes observados en las complicaciones relacionadas con el consumo de drogas nombradas a continuación:

- Ansiedad y trastornos depresivos.

- Trastornos del sueño, resultado de la depresión, y trastornos de ansiedad o psicosis.
- Comportamiento agresivo y violento que indica trastornos de personalidad antisociales, psicopáticos, esquizofrénicos o paranoides” (Morel, 1999, s.r.f. Arana y Germán. 2005, p. 175-176)

Por otro lado, a partir de la clasificación internacional de las enfermedades, es fundamental explicar cuáles de ellas son las más comunes según la Sociedad Española de Patología Dual (2009) en relación al consumo de sustancias psicoactivas. Estas son las siguientes:

- Depresión: se puede decir que cuando el estado de ánimo de una persona sufre sentimientos de tristeza continuados o síntomas que afectan a la capacidad de relacionarse con otras personas, o en la vida diaria, esto se convierte en una enfermedad conocida como depresión.
- Esquizofrenia: es un trastorno caracterizado por distorsiones del pensamiento, de la percepción y las emociones. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan voces que otros no escuchan o piensan que los demás pueden leer su mente o que pueden controlar sus pensamientos. Esto puede aterrorizarlas y convertirlas en personas retraídas y fácilmente irritables.
- Ansiedad: se trata de un trastorno determinado por la aparición incontrolable de inquietudes excesivas, desproporcionadas y persistentes. Los síntomas pueden ser variables, aunque lo más frecuente son quejas de sentir nerviosismo constantemente, palpitaciones, sudoración, etc.
- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): es un trastorno complejo y multifactorial caracterizado por un patrón general de comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. Las personas con este trastorno, suelen ser también descuidados e impulsivos.
- Trastorno bipolar: se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en

ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y la actividad (depresión).

- Trastorno Límite de Personalidad: es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un estado de ánimo inestable.

1.3.3. Los datos sobre la patología dual

“Diversos estudios de Uchtenhagen y Zeiglgänsberger (2000) afirman que el diagnóstico psiquiátrico más común entre los consumidores de drogas es el trastorno de la personalidad ya que, afecta a un porcentaje de población situado entre el 50% y el 90%, seguido de un trastorno afectivo del 20% al 60% y de trastornos psicóticos, el 20%. Entre el 10% y el 50% de los pacientes presentaban un trastorno comórbido de carácter psiquiátrico o de la personalidad” (Uchtenhagen y Zeiglgänsberger, 2000, s.r.f. Arana y Germán. 2005, p. 176).

A juicio de Fridell (1991 y 1996), “pueden distinguirse tres grupos principales de trastornos: trastornos de la personalidad (del 65% al 85%), estados de depresión y ansiedad (del 30% al 50%), y psicosis (15%). Para Verheul (2001), en su sinopsis de seis estudios de drogodependientes en tratamiento, demostró la prevalencia de trastornos de la personalidad antisociales (23%), borderline (18%) y paranoides (10%)” (Fridell 1991 y 1996, s.r.f. Arana y Germán. 2005, p. 176).

Ambos coinciden con los datos recogidos por FEAFES (2014), que en el último año han atendido a 1.755 personas con patología dual de los cuales 1.381 son hombres (78'7%) y 374 son mujeres (21'3%).

Donde destaca que la principal franja de edad se encuentra entre los 20 y los 40 años. Con respecto al tipo de trastorno mental, más de la mitad (948) tienen esquizofrenia, el segundo diagnóstico más frecuente es el trastorno límite de la personalidad con 379

personas seguido de los trastornos de personalidad con 253 personas. En proporción a las sustancias destaca el consumo de marihuana (30,2%), el policonsumo (28,6%) y el hachís (18,7%).

Por otro lado, la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) explica que en las últimas décadas, mediante estudios epidemiológicos, se ha clarificado la íntima y también significativa relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos. La elevada prevalencia de esta comorbilidad indica que no puede ser desconocida por cualquier clínico que trate las enfermedades mentales. Además, hace referencia a un estudio prospectivo sobre la prevalencia de la patología dual hecho en 2008 en la Comunidad de Madrid, donde se ha encontrado que, en las redes sanitarias públicas relacionadas con la materia (salud mental y drogodependencias), el 53,2% de los pacientes que reciben tratamiento presenta patología dual y que en las de drogodependencias este porcentaje llega al 63%.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características sociales de los/as pacientes con patología dual de la Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencia “las Crucitas”.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales.
- Conocer si existen diferencias sociales según el tipo de trastorno mental que se padece.
- Averiguar qué tipo de sustancia y qué trastorno mental son los más destacados en la URAD.

3. MÉTODO

A continuación se presenta el método desarrollado para la elaboración del estudio, donde se explica el tipo de investigación, las técnicas tanto de recogida de datos como los instrumentos de análisis, al igual que la población objeto de estudio y las variables.

3.1. PROCEDIMIENTO

Después de la revisión teórica realizada en el presente documento, hemos querido profundizar en la relación existente entre el consumo de sustancias y los trastornos mentales, debido al aumento que esta problemática ha ido mostrando. Para averiguar sobre ello, se recogió información de los expedientes de todos/as los/as usuarios/as con patología dual de la URAD “las Crucitas”.

La recopilación de dicha información se realizó durante el horario laboral de la URAD, generando una base de datos con el programa Excel, para luego con la ayuda del mismo, poder analizarlos. De este modo, hemos logrado conocer posteriormente cuales son las características que prevalecen en los/as pacientes con patología dual.

3.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El método utilizado en esta investigación es el cuantitativo. La metodología cuantitativa “es un conjunto de técnicas que se utiliza para estudiar las variables de interés de una determinada población. Las variables pueden ser tanto cuantitativas (por ejemplo la edad) como cualitativas (por ejemplo el sexo)” (Hueso y Cascant, 2012, p. 3).

Este enfoque centra el proceso de investigación en las medidas numéricas, a través de la recolección de datos y posteriormente analizándolos para así, responder a las preguntas de la investigación. Se hace uso necesariamente del análisis estadístico descriptivo ya que, “busca desarrollar una descripción del tema estudiado a partir de sus características. Expresa que en este caso, describir es sinónimo de medir pues, miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de comunidades, personas, grupos o fenómeno bajo análisis.

La relevancia está en el estudio independiente de cada variable, aunque es posible que de alguna manera, se complementen las mediciones de dos o más características con el fin de determinar cómo es o cómo se manifiesta el fenómeno de interés” (Danhke, 1986, s.r.f. Hernández, Fernández, Baptista, 1998, p.60).

3.3. VARIABLES

Una variable es la característica que se pretende estudiar, es decir, lo que queremos conocer del sujeto investigado. Las variables de estudio utilizadas para esta investigación son las siguientes: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación

laboral, apoyo social, apoyo familiar, causas judiciales, tipo de sustancia que se consume y tipo de trastorno que padece.

3.4. POBLACIÓN, PERÍODO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO

La población objeto de investigación son todos/as los/as usuarios/as con patología dual atendidos en los años 2014, 2015 y hasta 17 de junio de 2016, en la Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencia “Las Crucitas” perteneciente a la Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencia.

La recogida de datos se realizó durante la segunda y tercera semana de junio del 2016 en la URAD en Granadilla de Abona.

3.5. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Se han utilizado exclusivamente técnicas documentales². Basándose en la extracción de la información necesaria de los archivos de la URAD de los/as usuarios/as en razón a los objetivos de la investigación.

Un archivo es “un conjunto orgánico de documentos producidos y/o acumulados por una persona natural o jurídica. Los documentos son conservados respetando un orden, y sirven de testimonio e información para la persona o institución que los produce” (Campillo, 2010, p. 11).

3.6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se ha elaborado un análisis de los datos de tipo descriptivo, utilizando técnicas descriptivas como son las representaciones con tablas. Con ello, se pretende observar de una manera sencilla y comprensible los resultados del estudio para su comparación y discusión. Todo esto se llevó a cabo con el programa informático Excel 2010.

² Consiste en obtener información ya recogida previamente, es decir, de fuentes secundarias, para luego analizarla estadísticamente. (Hueso y Cascant, 2012, p. 18)

4. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan las tablas con los datos que fueron obtenidos de la recogida de información de los usuarios y las usuarias de la Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencias “las Crucitas”, atendidos en los años 2014, 2015 y hasta el 17 de junio de 2016.

4.1. RESULTADOS DE LAS PERSONAS USUARIAS CON PATOLOGÍA DUAL DE LA URAD “LAS CRUCITAS”

Tabla 1: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre.

Tipo de trastorno mental	F	%
F20 Esquizofrenia	5	6,6
F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios	4	5,3
F31 Trastorno bipolar	1	1,3
F32 Depresión	40	52,6
F40 Trastornos de ansiedad fóbica	9	11,8
F42 Trastorno obsesivo compulsivo	0	0
F43 Reacciones a estrés graves y trastornos de adaptación	2	2,6
F51 Trastornos no orgánicos del sueño	1	1,3
F60 Trastornos específicos de la personalidad	3	4
F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	1	1,3
F70-79 Retraso mental	1	1,3
Retraso mental + Trastorno bipolar + Trastorno específico de la personalidad	1	1,3
Depresión + Trastorno de ansiedad fóbica	2	2,6
Trastorno bipolar + Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	1	1,3
Trastorno de ansiedad fóbica + Trastorno obsesivo compulsivo	1	1,3
Depresión + Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	3	4
Trastorno de ansiedad fóbica + Retraso mental	1	1,3
Total	76	100

Según podemos observar en la tabla 1, hay tres tipos de trastornos mentales principales en los/as pacientes usuarios de la URAD, estos son: depresión que abarca el 52,6%, los trastornos de ansiedad fóbica con un 11,8% y esquizofrenia con un 6,6%. Del 28,9% restante, el 11,8% pertenece a personas que sufren más de un trastorno mental.

Por ello, en las siguientes tablas agruparemos los trastornos mentales en cuatro variables que son: F20 (esquizofrenia), F32 (depresión), F40 (trastornos de ansiedad fóbica) y otros, donde agruparemos el resto de trastornos mentales.

Tabla 2: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	57	75
Mujer	19	25
Total	76	100

Tabla 3: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y el sexo.

Trastornos mentales	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
F20 Esquizofrenia	3	5,3	2	10,5	5	6,6
F32 Depresión	28	49,1	12	63,1	40	52,6
F40 Trastornos de ansiedad fóbica	6	10,5	3	15,8	9	11,8
Otros	20	35,1	2	10,5	22	28,9
Total	57	100	19	100	76	100

En lo referente al sexo, el 75% son hombres y el 25% mujeres. En ambos sexos el porcentaje mayor corresponde a la depresión como principal trastorno con un 49,1% en los hombres y un 63,1% en las mujeres.

También se puede observar como en el caso de los hombres, a la depresión le sigue “otros trastornos” (35,1%) y en las mujeres los trastornos de ansiedad fóbica con un 15,8%.

Tabla 4: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y la edad.

Edad	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Menos de 25 años	1	20	1	2,5	0	0	3	13,6	5	6,6
De 25 a 30 años	1	20	2	5	1	11,1	1	4,5	6	7,8
De 30 a 35 años	1	20	5	12,5	1	11,1	4	18,2	11	14,5
De 35 a 40 años	1	20	9	22,5	3	33,3	6	27,3	18	23,7
De 40 a 45 años	0	0	5	12,5	1	11,1	3	13,6	9	11,9

De 45 a 50 años	0	0	9	22,5	2	22,2	3	13,6	14	18,4
Más de 50 años	1	20	9	22,5	1	11,1	2	9,1	13	17,1
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

Al analizar los datos sobre la edad de las personas usuarias con patología dual, nos encontramos con que el intervalo que presenta mayor porcentaje abarca de los 35 a los 40 años con un 23,7%. Mientras que la franja de edad que menos frecuencia tiene es la de menos de 25 años con un 6,6%.

La esquizofrenia cuenta con un 20% en cada intervalo menos en los que comprenden las edades de 40 a 50 años donde no tiene ninguna representación. Con respecto a la depresión cuenta con un 22,5% tanto en el intervalo que va desde los 35 a 40 años como en las personas que tienen más de 45 años.

Los trastornos de ansiedad fóbica también tienen su mayor porcentaje en el intervalo de 35 a 40 años (33,3%), seguido del intervalo de 45 a 50 años con un 22,2%. Igualmente, en el grupo de “otros trastornos” destaca la franja de 35 a 40 años con un 27,3%, seguido del intervalo de 30 a 35 años (18,2%).

Tabla 5: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y el estado civil.

Estado civil	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Soltero/a	3	60	14	35	3	33,3	13	59,1	33	43,4
Casado/a	0	0	1	2,5	0	0	1	4,5	2	2,6
Separado/a	0	0	6	15	1	11,1	2	9,1	9	11,8
Divorciado/a	1	20	12	30	2	22,2	5	22,7	20	26,3
Viudo/a	0	0	0	0	1	11,1	0	0	1	1,3
Convivencia en pareja	1	20	7	17,5	2	22,2	1	4,5	11	14,5
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

Con respecto al estado civil, solo el 17% están casadas (2,6%) o conviven en pareja (14,5%), es decir, sólo 13 de las 76 personas usuarias cuentan con el apoyo de una pareja. Frente al 43,4% que están solteros/as, y el 39,4% que son separados/as, divorciados/as o viudos/as.

Al relacionar el estado civil con los grupos de trastornos mentales, observamos que más del 50% de las personas que sufren esquizofrenia (60%) y “otros trastornos” (59,1%) se encuentran solteros/as, mientras que en el grupo de las personas con trastornos de ansiedad fóbica sólo representa un 33,3% y en la depresión un 35%.

Los porcentajes con respecto al divorcio (26,3%) están bastante igualados en los diferentes trastornos. El más elevado está en la depresión con un 30%, a continuación está “otros trastornos” que representa el 22,7%, los trastornos de ansiedad fóbica (22,2%) y por último la esquizofrenia con un 20%.

Tabla 6: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y el tipo de apoyo con el que cuentan.

Apoyo	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Apoyo social	1	20	1	2,5	1	11,1	0	0	3	3,9
Apoyo familiar	3	60	27	67,5	5	55,6	16	72,7	51	67,1
Ambos apoyos	1	20	7	17,5	3	33,3	3	13,6	14	18,4
Ningún apoyo	0	0	5	12,5	0	0	3	13,6	8	10,5
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

Entendemos por apoyo la disponibilidad de ayuda/apoyo proveniente de otras personas fuera del núcleo del consumo.

En general, la mayoría de las personas usuarias tienen tanto con apoyo familiar (67,1%) como apoyo social (3,9%), aunque sólo el 18,4% cuentan con ambos, y el 10,5% con ninguno.

El principal apoyo es el familiar donde tiene su mayor porcentaje en “otros tipos de trastornos” (72,7%). En segundo lugar está la depresión con un 67,5%, seguido de la esquizofrenia (60%) y trastornos de ansiedad fóbica con un 55,6%.

Las personas que no cuentan con ningún tipo de apoyo sólo están presentes en los grupos de esquizofrenia y los trastornos de ansiedad fóbica, mientras que en la depresión representa un 12,5% y en “otros trastornos” un 13,6%.

Por otro lado, las personas que tienen ambos apoyo tienen mayor representación en el grupo de trastornos de ansiedad fóbica (33,3%), seguido de la depresión con un 17,5% y de “otros trastornos” (13,6%). Por último la esquizofrenia sólo cuenta con un 20%.

Con respecto al apoyo social, la esquizofrenia presenta un 20%, los trastornos de ansiedad fóbica un 11,1% y en la depresión sólo equivale a un 2,5% mientras que en “otros tipos de trastornos” no hay representación.

Tabla 7: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y el familiar de apoyo.

Familiar	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Pareja	1	20	7	17,5	2	22,2	0	0	10	13,1
Madre	1	20	4	10	1	11,1	4	18,2	10	13,1
Padre	0	0	2	5	0	0	3	13,6	5	6,6
Hermanas/os	1	20	3	7,5	0	0	1	4,5	5	6,6
Hijas/os	0	0	4	10	1	11,1	1	4,5	6	7,9
Otro familiar	0	0	2	5	1	11,1	2	9,1	5	6,6
Más de un familiar	1	20	13	32,5	3	33,3	7	31,8	24	31,6
Ningún familiar	1	20	5	12,5	1	11,1	4	18,2	11	14,5
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

De las 65 personas que cuentan con apoyo familiar, sólo 24 de ellas disponen de más de un familiar (31,6%). Del mismo modo, destaca que los principales familiares de apoyo sean las madres y las parejas con un 13,1% cada uno. Seguido de los/as hijos/as que corresponden un 7,9% del total.

A pesar de que son pocos los que cuentan con más de un familiar, cabe destacar que en todos los grupos de trastornos mentales hay al menos una persona que disfruta de ello. El mayor porcentaje está en los trastornos de ansiedad fóbica (33,3%), seguido muy cerca de la depresión (32,5%) y de los “otros tipos de trastornos” (31,8%). Por otro lado, la esquizofrenia representa un 20%.

De las personas que no tienen el apoyo de ningún familiar el 20% está presente en la esquizofrenia, el 18,2% en “otros tipos de trastornos”, y muy parecidos las personas con depresión con un 12,5% y los trastornos de ansiedad fóbica con un 11,1%.

Tabla 8: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y la situación laboral.

Situación laboral	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Trabajando	0	0	7	17,5	1	11,1	2	9,1	10	13,1
Parado/a	2	40	24	60	4	44,4	14	63,6	44	57
Incapacidad permanente	0	0	1	2,5	0	0	0	0	1	1,3
Pensionista	3	60	8	20	4	44,4	6	27,3	21	27,6
Labores del hogar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

La situación laboral de las personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, es en su mayoría de una situación de desempleo, con un 57,9%, es decir, más de la mitad de las personas usuarias se encuentran parados laboralmente en el momento en el que comienzan el tratamiento. Sólo un 13% se encuentra trabajando y el 28,9% restante es pensionista o tiene una incapacidad permanente.

La única coincidencia entre los cuatro grupos de enfermedades mentales es que en todos ellos, las personas están paradas/os o son pensionistas. Mientras que en el único grupo donde no existe un porcentaje de personas trabajando es en el de esquizofrenia.

Con respecto a la esquizofrenia, el 60% son pensionistas y el 40% restante se encuentran en situación de paro laboral. Por otro lado, en la depresión el 60% también está parado/a y el 20% son pensionistas. En lo que refiere a los trastornos de ansiedad fóbica, tanto la situación de paro como la de pensionista están representadas con un 44,4% mientras que en “otros tipos de trastornos” equivalen los/as parados/as a un 63,6% y los pensionistas un 27,3%.

Tabla 9: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y el nivel de estudios.

Nivel de estudios	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
No sabe leer ni escribir	0	0	0	0	1	11,1	0	0	1	1,3
Primaria	0	0	3	7,5	0	0	0	0	0	0
Primaria incompleta	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3,9
EGB	0	0	8	20	1	11,1	3	13,6	12	15,8
EGB incompleta	2	40	7	17,5	3	33,3	5	22,7	17	22,4
ESO	1	20	5	12,5	0	0	3	13,6	9	11,8

ESO incompleta	0	0	3	7,5	2	22,2	3	13,6	8	10,5
Formación Profesional	0	0	6	15	0	0	3	13,6	9	11,8
Bachillerato/BUP	1	20	5	12,5	1	11,1	1	4,5	8	10,5
Estudios universitarios	0	0	0	0	1	11,1	1	4,5	2	2,6
Pos-universitarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No consta	1	20	3	7,5	0	0	3	13,6	7	9,2
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

Las personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, tienen principalmente un nivel de estudios superiores (24,9%) ya que, el 11,8% posee un título de Formación Profesional, el 10,5% tiene bachillerato o BUP y el 2,6% ha estudiado en la universidad.

El 22,4% no terminó la Enseñanza General Básica (EGB) y el 10,5% tampoco posee el título de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Tanto en la esquizofrenia (40%) como en los trastornos de ansiedad fóbica (33,3%) y en “otros tipos de trastorno” (22,7%) el mayor porcentaje se encuentra en la EGB incompleta, mientras que en la depresión el mayor porcentaje se encuentra en la EGB terminada.

Por otro lado, sólo hay un 11,1% de analfabetos que corresponde al grupo de los trastornos de ansiedad fóbica, y no hay personas con estudios pos-universitarios ni con la enseñanza primaria incompleta.

Tabla 10: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y si tienen causas judiciales.

Causas judiciales	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Si	3	60	12	30	5	55,5	10	45,4	30	39,5
No	2	40	24	60	4	44,4	11	50	41	53,9
No consta	0	0	4	10	0	0	1	4,5	5	6,6
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

Poco más del 50% de las personas usuarias con patología dual, no han cometido ningún delito y se encuentran sin causas judiciales pendientes, frente al 39,5% que tienen causas judiciales pendientes o que están cumpliendo alguna sanción de ese tipo. Al igual que no consta esta información de un 6,6%.

Las causas judiciales aparecen en todos los grupos de trastornos mentales. en la esquizofrenia está el porcentaje mayor (60%), seguido de los trastornos de ansiedad fóbica con un 55,5%. Mientras que en la depresión (60%) y en “otros tipos de trastornos mentales” (50%) hay mayor porcentaje de no poseer causas judiciales.

Tabla 11: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y el número de sustancias que consumen.

Nº de sustancias	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Una sustancia	0	0	24	60	3	33,3	9	40,1	36	47,4
Dos sustancias	3	60	8	20	2	22,2	5	22,7	18	23,7
Tres sustancias	1	20	5	12,5	1	11,1	8	36,4	15	19,7
Más de tres sustancias	1	20	3	7,5	3	33,3	0	0	7	9,2
Total	5	100	40	100	9	100	22	100	76	100

Más del 50% de las personas usuarias con patología dual de la URAD, consumen más de una sustancia. Concretamente el 23,7% consumen 2 sustancias, el 19,7 tres sustancias, y el 9,2 restante más de tres sustancias.

El 60% de los pacientes con esquizofrenia consumen dos sustancias y ninguno de ellos consume sólo una. La depresión con un 60% y “otros trastornos mentales” con el 40,1% consumen en su mayoría una sustancia, mientras que las personas con trastornos de ansiedad fóbica consumen con un 33,3% una sustancia o más de tres.

Tabla 12: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y que sólo consumen una sustancia.

Tipos de sustancias	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Alcohol	0	0	12	50	2	66,7	4	44,4	18	50
Cocaína	0	0	8	33,3	0	0	2	22,2	10	27,8
Cannabis	0	0	0	0	0	0	1	11,1	1	2,8

Opiáceos	0	0	3	12,5	0	0	2	22,2	5	13,9
Benzodiacepinas	0	0	1	4,2	0	0	0	0	1	2,8
Otras	0	0	0	0	1	33,3	0	0	1	2,8
Total	0	0	24	100	3	100	9	100	36	100

La principal sustancia que se consume sola es el alcohol con un 50%, seguido de la cocaína con un 27,8%. Al relacionarlo con los diferentes tipos de trastornos mentales, se puede ver que el 50% de las personas que tienen depresión y que sólo consumen una sustancia, es el alcohol, al igual que pasa en los trastornos de ansiedad fóbica (66,7%).

Tabla 13: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y que consumen dos sustancias.

Tipos de sustancias	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Alcohol + otra	1	33,3	7	87,5	2	100	4	80	14	77,8
Cocaína + otra	2	66,7	1	12,5	0	0	1	20	4	22,2
Total	3	100	8	100	2	100	5	100	18	100

Tabla 14: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y que consumen tres sustancias.

Tipos de sustancias	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Alcohol + cocaína + cannabis	1	100	5	100	0	0	4	50	10	66,7
Otras	0	0	0	0	1	100	4	50	5	33,3
Total	1	100	5	100	1	100	8	100	15	100

Tabla 15: Personas usuarias con patología dual de la URAD “las Crucitas”, según el tipo de trastorno mental que sufre y que consumen más de tres sustancias.

Tipos de sustancias	F20	%	F32	%	F40	%	Otros	%	Total	%
Alcohol + cocaína + cannabis + otra	0	0	2	66,7	2	66,7	0	0	4	57,1
Otras	1	100	1	33,3	1	33,3	0	0	3	42,9
Total	1	100	3	100	3	100	0	0	7	100

Al dividir los tipos de sustancias que consumen las personas policonsumidoras, se observa que:

En las personas que consumen dos sustancias, son el alcohol o la cocaína más otro tipo de sustancias como pueden ser los opiáceos, el cannabis, las benzodiazepinas u otras, como las drogas de diseño o el juego patológico que a pesar de que no es una sustancia, se considera una adicción.

Del 23,7% de las personas que consumen dos sustancias, más de la mitad mezcla el alcohol con otro tipo. Y que tanto en los consumidores de tres o más de tres sustancias, siguen estando presentes como drogas principales el alcohol y la cocaína, acompañadas del cannabis principalmente.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Habiendo expuesto los resultados de los datos extraídos y el breve resumen de cada una de las características que hemos representado, nos introduciremos en el análisis de los mismos, contrastando y relacionando los resultados obtenidos tanto con los antecedentes teóricos como con los objetivos planteados.

En primer lugar, con respecto a los datos de los tipos de trastornos mentales de los/as usuarios/as que hemos recogido para la investigación, se han encontrado 11 diferentes. Estos son: esquizofrenia, trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastorno bipolar, depresión, trastornos de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo, reacciones a estrés graves y trastornos de adaptación, trastornos no orgánicos del sueño, trastornos específicos de la personalidad, trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad y retraso mental. Descubriendo también que habían pacientes con más de un trastorno mental de los nombrados anteriormente.

Los trastornos mentales más frecuentes en los/as pacientes analizados, son la depresión, los trastornos de ansiedad fóbica y la esquizofrenia. Debido a que no había una elevada frecuencia en relación a los demás trastornos, los hemos agrupados como otros tipos de trastornos mentales. De esta manera, nos será más fácil conocer las características de cada uno.

En lo referente al sexo, se observa que son más los hombres con patología dual atendidos en la URAD “las Crucitas” que las mujeres en el período de dos años y medio. Concretamente estamos hablando de 19 mujeres (25%) frente a 57 hombres (75%).

Es un dato importante ya que, si tenemos en cuenta los datos sobre el consumo de alcohol y otras drogas del Plan Nacional sobre Drogas, el consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres. Debido a eso, los perfiles que mostramos a continuación sobre los diferentes trastornos, son tanto de hombres como de mujeres pero que presentan un mayor porcentaje del sexo masculino.

Las personas usuarias con depresión representan el 52,6% del total de pacientes. De este porcentaje, más de la mitad son hombres con edades comprendidas entre los 35 y 40, y de más de 45 años. El estado civil en su mayoría es de solteros y divorciados y en relación al apoyo, cuentan con el apoyo familiar, que por lo general suele venir por parte de la madre. En su conjunto, son personas en situación de paro laboral y con un nivel de estudios básicos. Las causas judiciales no son una característica de este trastorno ya que más de la mitad de ellos no han cometido ningún delito.

Referente al consumo, suelen utilizar una sola sustancia, que principalmente se trata del alcohol. La relación que puede existir entre este trastorno y el alcohol es que se trata de una sustancia que pertenece al grupo de las sustancias depresoras que cuentan con la capacidad de obstaculizar el funcionamiento normal del cerebro, originando así un estado de apatía y somnolencia.

Casas y Guardia (2002, p. 204) explican que “el consumo excesivo continuado de bebidas alcohólicas podría inducir a estados depresivos graves pero transitorios, en cualquier persona que no tenga antecedentes de depresión. Pero que, el 80% de pacientes alcohólicos presentan algún episodio depresivo mayor, a lo largo de su vida, que suele ser la consecuencia del consumo excesivo, más que la presencia de un trastorno depresivo independiente, sobre todo en los varones”.

Además, manifiestan que determinadas experiencias estresantes pueden inducir síntomas depresivos, mientras que otras pueden generar ansiedad. Algunas son breves y transitorias pero otras pueden ser persistentes o tener efectos retardados o desencadenar

otras pérdidas (económicas o de apoyo social) que van a empeorar la situación de la persona como podemos ver presentes en los perfiles de la presente investigación.

Las personas con trastornos de ansiedad fóbica, entre los que se hallan trastornos ansioso-depresivos y la fobia social, representan casi el 12% de los/as usuarios/as. En general se trata de hombres de 35 a 40 años. Suelen ser solteros, y cuentan tanto con apoyo social, como con el apoyo de más de un familiar. La situación laboral suele ser de desempleado o de pensionista y con un nivel de estudios básico incompletos. Suelen tener causas judiciales o cumplen alguna sanción de ese tipo.

En el consumo, utilizan una sola sustancia o más de tres. En ambos casos, la sustancia que está siempre presente es el alcohol y en el caso de más sustancias, hablamos de cocaína, cannabis mezcladas con opiáceos o benzodiazepinas. Este policonsumo se puede deber a que los trastornos de ansiedad suelen estar determinados por la aparición incontrolable de inquietudes excesivas, desproporcionadas y persistentes. Los síntomas pueden ser variables, aunque lo más frecuente son quejas de sentir nerviosismo constantemente, palpitaciones, sudoración, etc.

En relación a ello, según Casas y Guardia (2002, p. 205), podemos afirmar que las personas con trastornos de ansiedad tienen una mayor probabilidad de desarrollar alcoholismo o viceversa. Se refiere con mayor importancia a las personas vulnerables y en relación con las pérdidas de relaciones, fracaso formativo o vocacional, acontecimientos vitales o episodios repetidos de abstinencia. Por otro lado, explica que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan 2'5 a 4'3 veces más riesgo para el alcoholismo que la población general. Según un estudio prospectivo, existe una relación causal recíproca entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo.

Según explica Grau-López (2009), se han descrito las características asociadas con la comorbilidad de esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias, y “el perfil de estos pacientes es el siguiente: hombre joven, con una primera hospitalización a edad temprana; mayor presencia de trastornos afectivos; mayor riesgo de suicidio consumado; mejor ajuste premórbido; mayores tasas de conductas violentas y delictivas; mayor incumplimiento terapéutico; patrón de conductas marcado por la impulsividad; búsqueda de novedades, de personalidad antisocial y policonsumo; peor funcionamiento social; mayor inestabilidad familiar y marginación social, y un acceso

deficitario a la red asistencial” (Grau-López, 2009, s.r.f. Roncero, Barral, Grau-López, Esteve y Casas, 2010, p. 15).

Por lo tanto, podemos afirmar que se coincide con bastantes variables de las descritas ya que, a pesar de que la esquizofrenia sólo representa un 6,6% en la presente investigación, es el grupo donde más igualadas están las variables del sexo, aunque en su mayoría se trata de hombres. Suelen tener menos de 40 años o más de 50. También son solteros en su mayoría, y cuentan con algún tipo de apoyo. En cuanto al apoyo familiar, no les suele proceder de padres ni de hijos/as. En general están en situación de paro laboral o son pensionistas y no poseen un nivel de estudios básicos pues los tienen incompletos. Esta patología tiene en su conjunto causas judiciales pendientes.

El consumo es al menos de dos sustancias, entre las que destaca la cocaína como principal. Esto puede deberse a que esta sustancia pertenece al grupo de las estimulantes, produciendo un aceleramiento de la función habitual del cerebro, dando lugar a estados de ánimo alterados e incluso, desaparición del contacto con la realidad. Suele ser habitual en los/as pacientes con esquizofrenia pues se trata de personas con distorsiones del pensamiento, de la percepción y las emociones.

Del mismo modo, estamos de acuerdo con Roncero (2007, s.r.f. Roncero, Barral, Grau-López, Esteve y Casas, 2010, p. 5) en que “el consumo de estimulantes se ha estimado alrededor de 4 veces más frecuente en pacientes con esquizofrenia que en los que no lo son. Estos pacientes, podrían utilizarlos con efecto terapéutico para paliar la sintomatología psicótica, y según Baigent (1995, s.r.f. Roncero, Barral, Grau-López, Esteve y Casas, 2010, p. 5) para mejorar el humor y para tener mayor sensación de energía y claridad en el pensamiento con el consumo”.

Por último, según los otros tipos de trastornos mentales, hablamos de un perfil que en su conjunto son hombres de 35 a 40 años, solteros y que cuenta en gran medida con el apoyo de más de un familiar. Se trata de personas con un elevado porcentaje de desempleo y que no ha terminado la Enseñanza General Básica. En cuanto a las causas judiciales no se podría decir si tiene relación con estas patologías debido a que están igualadas las personas que han cometido delitos con las que no lo han hecho.

Habitualmente consumen de una a tres sustancias, entre las que destaca el alcohol seguido de la cocaína y el cannabis.

Por lo tanto, a pesar de que son diversas las enfermedades mentales que hemos analizado, los resultados de los perfiles han coincidido en gran medida.

Con respecto al segundo Informe del Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas adictivos en tratamiento, correspondiente al año 2013, hay ciertas similitudes. Como por ejemplo, de las 2.242 personas que participaron en el estudio un 84,27% son hombres y un 15,73 % mujeres, es decir, al igual que en nuestra investigación en su mayoría las personas usuarias, son hombres.

La edad media se sitúa en 36,2 años, por lo que se encuentra en el intervalo de mayor porcentaje de nuestro estudio. En cuanto al estado civil de las personas en tratamiento estudiadas, la mayor parte está soltera en el momento de realización de la entrevista (61,88%) frente a nuestro 43,4%. El resto se distribuye en casados, divorciados y separados.

El 26,49% del total de la muestra presenta únicamente estudios básicos, siendo un 48,21% las personas que no tienen estos estudios básicos, bien porque en caso de haberlos iniciado no los han finalizado o porque ni siquiera los han iniciado. Las personas con estudios medios representan el 16,47%; un 5,26% son diplomados/as, y sólo un 3,57% licenciados/as universitarios/as.

Con respecto a nuestra investigación hay menor porcentaje en lo referido a los estudios básicos ya que, el 15,8% cuenta con ellos y un 22,4% de las personas lo tienen incompleto. Pero por otro lado, el 24,9% posee estudios superiores como la formación profesional, bachillerato o universitarios.

En el segundo Informe del Observatorio Proyecto Hombre se refieren a la conflictividad familiar mientras que nuestro estudio ha sido enfocado al apoyo social y familiar que presentan las personas usuarias. No obstante, en Proyecto Hombre, el 60,81% manifiesta haber tenido o tener problemas serios en lo que respecta a la familia, siendo el porcentaje para los problemas con la pareja algo mayor (66,09%). Y por nuestra parte, destacamos que el 31,6% cuenta con el apoyo de más de un familiar seguido del apoyo de las madres y parejas con un 26,2%.

En cuanto a la situación laboral no hay mucha coincidencia ya que el 30,34% afirma en el momento de la entrevista que su fuente de ingresos ha sido el empleo mientras que en nuestro análisis el mayor porcentaje está en los/as parados/as con un 57%.

En ambos informes la sustancia más consumida, exclusivamente o con otras drogas, es el alcohol, tanto en personas que reconocen tener un problema con el consumo de alcohol (ya sean grandes cantidades como alcohol en cualquier dosis) como en los que consumen alcohol y otras drogas. La segunda sustancia por la que las personas acuden a los programas a demandar tratamiento es la cocaína. Esta categoría incluye a quienes informan de “policonsumo” como problema, y a quienes afirman consumir más de una sustancia/día.

En Canarias, en lo que se refiere al informe de Proyecto Hombre, se observa que el alcohol y la cocaína están igualados en porcentajes con un 24,5 cada uno. Al igual que destacamos que el 5% de los ingresos han sido promovidos por el sistema judicial y el 8,2% se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

6. CONCLUSIONES

Una vez que se han analizado los datos recogidos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

En relación al objetivo sobre conocer las características sociales de los/as pacientes con patología dual de la Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencia “las Crucitas”, se puede concluir que en líneas generales en su mayoría se trata de:

- Personas con una edad comprendida entre los 35 y 40 años, sin pareja y que se encuentran en situación de desempleo laboral o son pensionistas.
- En general no cuentan casi con apoyo social y en el caso del apoyo familiar son muy pocos los que perciben el amparo de más de un familiar.
- No poseen un elevado nivel de estudios ya que en su conjunto, pues en su mayoría no tienen terminada de Educación General Básica.
- Las causas judiciales no son un dato relevante con respecto a la patología dual debido a que más del 50% no cuentan con ningún delito.
- Más de la mitad de las personas usuarias consumen más de una sustancia.
- La principal droga consumida es el alcohol.

- El principal trastorno mental con diferencia al resto es la depresión.

No hay muchas diferencias en cuanto a las características sociales de un trastorno a otro. En su mayoría suelen ser personas de la misma edad, con una situación laboral similar y un estado civil concreto. Cuentan en mayor o menor medida con algún tipo de apoyo y el nivel de estudios no es destacable entre unos y otros.

Referente a las causas judiciales, el único trastorno donde no hay un elevado número de delitos es el de depresión, al igual que es en este trastorno donde prevalece el consumo de una única sustancia.

A pesar de que existen diferencias entre el número de sustancias que se consumen, el alcohol está presente como droga principal en los todos los grupos de trastornos excepto en la esquizofrenia donde la sustancia principal es la cocaína.

Con todo ello, y con lo visto en la revisión teórica podemos afirmar que la patología dual en primer lugar, puede darse en personas con algún trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas, para aliviar y/o con el fin de mejorar y regular sus síntomas. Y en segundo lugar, también pueden ser personas sin trastorno mental precursor, pero que debido al consumo de sustancias, desarrollan una psicopatología. Al igual que podemos apoyar algunas de las características de las personas con patología dual mencionadas anteriormente por FEAFES (2014) como que existen mayores tasas de desempleo y exclusión social o que suelen exponer que tienen una sensación de no “encajar” en los recursos.

Es evidente que al no contar con unas características sociales favorables anteriormente, es importante que las personas usuarias cuenten con ellas o traten de mejorarlas durante el tratamiento de la drogodependencia, al igual que al terminar el proceso, ya que no podemos olvidar que es uno de los factores que influyen sobre el individuo. Siendo entre otros elementos, las redes de apoyo un papel de gran influencia en la prevención de recaídas y en la mejora de la patología.

A pesar de la diversidad de personas que existen, se ha podido observar en los diferentes estudios el perfil concreto del drogodependiente actual. Se ha registrado una disminución del porcentaje de personas que disponían de una ocupación remunerada en el momento del ingreso en los diferentes programas de Proyecto Hombre, al igual que

queda a la vista el elevado porcentaje de paro laboral que presentan los/as usuarios/as de la URAD “las Crucitas”. Según el Informe de Proyecto Hombre, se puede deber a un ligero incremento comparativo en cuanto al nivel de estudios acabados (ha crecido tanto la proporción de personas con estudios medios como la de universitarios).

Esto podría ser un indicador del aumento del riesgo de exclusión social para determinados perfiles de drogodependientes que, por disponer de formación, empleo y una mayor o menor red social articulada a su vez sobre el entorno familiar y laboral, se encontraban relativamente alejados del perfil tradicional de drogodependiente en situación de exclusión. Estos perfiles, por la relación de la adicción y el impacto del desempleo, estarían siendo desplazados a una posición más periférica desde el punto de vista de la inclusión social.

Y es que, a la problemática de la adicción y de los trastornos mentales, hay que sumar las dificultades que presenta actualmente el mercado de trabajo para el acceso al empleo, así como la relativa facilidad con la que las personas con una menor formación y competencias profesionales pueden ser desvinculadas indefinidamente de la actividad laboral.

Con referencia a la propia investigación hemos podido conocer cuáles son las características sociales de los/as usuarios/as con patología dual presentes en la URAD. Con ello, se podría desarrollar una investigación de mayor amplitud para conocer de manera más exacta qué carencias son las más específicas para así, poder llegar a dar un mejor servicio con respecto a esas necesidades. Ya que, a pesar de que cada vez el tema de la patología dual está más presente en la sociedad, aún no está lo suficientemente desarrollado, pues es bastante complejo debido a la comorbilidad entre las diferentes sustancias y trastornos que dificultan la atención de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arana, X. y Germán, I. (2005). *Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas*. San Sebastián: Eguzkilore, (19). Recuperado de: <http://www.ehu.es/documents/1736829/2174561/12Arana.pdf>
- Babín, F. y Insúa, P. (2006). *Programa de educación para la salud*. Madrid: Doblehache Comunicación. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/educacion/mod1.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bobes, J. y Saiz, J. (2013) *Impacto social de la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa. Recuperado de: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/documentos/Libro-Impacto%20social%20de%20la%20esquizofrenia.pdf>
- Bustos, D. (2012). *Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el instituto psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús” de la ciudad de Quito durante el mes de septiembre del año 2012*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Campillo, I. (2010). *Sistema de Gestión Integral de Documentos de archivo para empresa de la construcción del territorio de Camagüey*. Granada: Universidad de Granada. Recuperado de: http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
- Casas, M. y Guardia, J. (2002) *Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo*. Adicciones, 14. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/524/519>

- Cuadrado, P. (2001). *Trastornos y problemas relacionados con salud mental: Alcoholismo y drogodependencias*. Recuperado de http://www.catbarcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/1_-_alcoholismo_y_drogodependencias.pdf
- FEAFES (2014). *Aproximación a la patología dual propuestas de intervención en la red FEAFES*. Recuperado de: <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf>
- Federación de Asociaciones y familiares de personas con enfermedad mental. FEAFES. (2016) *¿Qué es salud mental?* Recuperado el 30 de marzo de 2016, de: <http://www.feafesgalicia.org/ES/contenido/19/Qu%C3%A9%20es%20una%20enfermedad%20mental>
- Gómez, C. y Zapata, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social* (p. 31). Eunate.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Ultra.
- Hueso, A. y Cascant, M. (2012). *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación*. Valencia: Universitat Politècnica de València. Recuperado de: https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%C3%ADa%20y%20t%C3%A9cnicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%C3%B3n_6060.pdf?sequence=3
- *Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias*. Boletín Oficial de Canarias, 28 de julio del 1998, número 94.
- Lorenzo, P.; Quesada, J.; Leza, J.; y Lizasoain, I. (2001). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Médica Panamericana
- Martín, V. (2009). *Las Drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social*. Málaga: Aljibe.

- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 - 2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- NIDA (2011). *La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/comorbidity-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2007) *¿Qué es la salud mental?* Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- OMS (2004) *Invertir en salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Palacios, D. y Ramón, E. (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Recuperado el 25 de marzo de 2016 de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/femp.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2013)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_Estadisticas_EDADES.pdf
- Proyecto Hombre (2013) *Observatorio Proyecto Hombre: sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*. Madrid: Doblehache comunicación.
- Roncero, C.; Barral, C.; Grau-López, L.; Esteve, O.; y Casas, M. (2010) *Protocolo de intervención. Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed.

- Ruiz, J. y Imbernon, J. (1996). *Sentirse mejor: Como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. Recuperado de http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse1.htm
- Sánchez, J. (2008). *Psiquiatría para estudiantes de medicina*. Venezuela: Universidad de los Andes Recuperado de: http://sanliz.com/content/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=44
- Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). (2009). *Patología dual*. Recuperado de: <http://www.patologiadual.es/>
- Torres, E. (2012). *Adiestramiento en patología dual grave*. Castellón. Recuperado de: <http://www.apalweb.org/docs/dual2012.pdf>
- Villanueva, R. (2001) *Diccionario Mosby-Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Madrid: Harcourt.