

CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN

MEMORIA CIENTÍFICA FORMACIÓN EN PATOLOGÍA DUAL GRAVE

Dr. Guillermo Rivera Arroyo

CASTELLÓN - ESPAÑA

Julio 2010.





Los hombres aman sus vicios y
al mismo tiempo los odian.

Séneca



Sumario

I- INTRODUCCIÓN	4
I.1- Antecedentes históricos	4
I.2- El Programa Jofré.....	6
I.3- Bases conceptuales sobre Patología Dual.....	6
I.4- Apuntes sobre la organización de la salud mental en España.....	9
2- EL MODELO CASTELLÓN	12
2.1- Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve.....	13
2.3 - Investigaciones en actual desarrollo	13
3 - Reporte de las actividades realizadas en el Hospital Provincial de Castellón	14
3.1- Roles y responsabilidades desempeñadas	15
3.2 - Historial y evolución de los casos clínicos atendidos en el Programa de Patología Dual Grave del Hospital Provincial de Castellón	17
3.3 - Reporte de actividades realizadas en la Unidad de Toxicomanías del Hospital Clínico de Valencia	26
3.4 - Reporte de actividades realizadas en la Unidad de Conductas Adictivas.....	28
3.5 - Un caso clínico de desintoxicación atendido en la UTA.....	29
4- Anteproyecto de investigación	33
Referencias bibliográficas	36



1. Introducción.

En los últimos diez años el término Patología Dual no ha dejado de suscitar polémica en el ámbito de la comunidad de profesionales de la Salud Mental y de la asistencia a los problemas derivados de la Drogodependencia. A pesar de que el concepto, en sí mismo, parece bastante neutro, y de que se puede contemplar como una alternativa de sutil discriminación dialéctica respecto al Diagnóstico Dual, ha llegado incluso a ser rechazado en algunos programas de docencia acusado de inoportuno o confuso en su contenido (Smith, 2010).

Sin embargo, el panorama parece estar cambiando, así lo atestiguan los tres journals de circulación internacional, dedicados exclusivamente a patología dual, o dual diagnosis como se conoce el término en inglés. En España, la Sociedad Española de Patología Dual cobra cada vez más relevancia, al mismo tiempo que colabora con entidades como Socidrogalcohol y la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Política Social), con quienes se han propuesto abrir un debate para tratar de aclarar la identidad de éste concepto en sus perspectivas epistemológica, clínica y asistencial. En comunidades como Asturias, temas como la patología dual están siendo tomados en cuenta para la delimitación del nuevo Plan sobre Drogas (DM del 30 de junio de 2010).

En Latinoamérica la Asociación de Conductas Adictivas y Patología Dual, viene de un tiempo a esta parte, liderando la formación e investigación al respecto en el continente, en alianza con la Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL. El Programa Jofré es una de las iniciativas más vigorosas en actual desarrollo; consiste en formar a psiquiatras en patología dual y favorecer el intercambio profesional en colaboración con el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (ACAPI, 2010).

Se expondrán los antecedentes que nos permiten contextualizar la existencia del programa Jofré, su filosofía y características, además de exponer los conceptos más actualizados sobre la Patología Dual. Para una cabal contextualización de las actividades realizadas por el becario, hemos creído conveniente hacer algunos apuntes sobre el sistema de salud mental español y la correspondiente red de drogodependencias; así como la hermenéutica de funcionamiento del programa de patología dual grave del Hospital Provincial de Castellón. Posteriormente se describirán las tareas efectuadas por el becario y se hará una descripción sintética de todos los casos clínicos atendidos, profundizando la exposición en uno de los más llamativos. Para finalizar se describirá el plan de trabajo de investigación a realizarse en Bolivia, tras la culminación de la rotación.

1.1 Antecedente Históricos

El primer establecimiento, en el hemisferio occidental, consagrado exclusivamente a los enfermos mentales se remonta al año 1409. La iniciativa fue obra del Padre Juan Gilberto Jofré, de la Orden de la Merced, nacido en Valencia el 23 de junio de 1364 y dedicado desde 1391 a la redención de cautivos. La realización fue obra de la ciudad de Valencia (Simbor, 1996).

Efectivamente, a la cabeza del gremio de mercaderes, los ciudadanos de Valencia y el Padre Jofré, se consiguió un privilegio del rey de Aragón Don Martín I, y en febrero del 1410 cartas del Papa Benedicto XIII (el Papa Luna), autorizando la construcción de la capilla, el cementerio



y las dependencias del asilo. La administración del hospital, que se llamó de *Nostra Dona Santa María deis Innocents*, recayó sobre la municipalidad de Valencia y una cofradía formada por los vecinos de la ciudad para sufragar los gastos (Viqueira, 1970).

La función del manicomio desde sus comienzos era doble: proteger a los enfermos mentales de la sociedad y a la comunidad de los locos. Según dice Bassoe (1945), citando a Schmitz, “el hospital de Valencia fue el primero en quitar las cadenas a los locos y en instituir un tratamiento moral, con ejercicios, juegos, ocupaciones, entretenimientos, dieta e higiene”.

Aunque previamente a esta experiencia se han descrito tradiciones en la Granada musulmana o en las Islas Británicas, la contribución específicamente española a los establecimientos para locos consiste no en la idea de encerrarlos, sino en el concepto de que son enfermos, y de que la enfermedad es curable; de ahí surge, en consecuencia, no sólo el trato humanitario a los locos, sino su tratamiento por médicos, el uso de métodos especiales para la curación y el estudio sistemático y clasificación de las enfermedades mentales.

El primer hospital especializado para enfermos mentales de que tenemos noticia en América se fundó en 1567 en la ciudad de México. El hecho de que se estableciera en fecha tan temprana una institución de este tipo es tanto más extraordinaria cuanto la introducción de enfermedades hasta entonces desconocidas en el Nuevo Mundo (viruela, sarampión, etc.) causó una verdadera explosión de epidemias que requirieron la fundación, organización y mantenimiento de un enorme número de hospitales (Postel y Quetel, 2002).

A lo largo de América Latina estas instituciones se fundaron siguiendo como modelo las ya existentes en España. En ellas parece haber prevalecido un régimen de vida semejante al que había mostrado ser tan benéfico en las instituciones de la metrópoli. Al frente de estas instituciones estuvo personal médico capacitado; los enfermos fueron atendidos por enfermeros, enfermeras o hermanos hospitalarios: el trato que recibían los enfermos era humanitario, existiendo un régimen de vida en el que se evitaba el tener encadenados a los enfermos, llevando éstos una vida ordenada y ocupados en ciertas actividades, siendo encerrados en jaulas o cuartos especiales sólo cuando estaban agitados (Viqueira, 1970).

Algunas de las instituciones especializadas en el tratamiento de enfermos mentales en Hispanoamérica eran superiores a las existentes en Europa en su época. Los edificios magníficos y amplios de la Canoa (1700) y de San Hipólito (1777) en México son anteriores al de Nuncio Nuevo en Toledo (1790) y al de Bedlam (1815). Es interesante señalar que el edificio de la Canoa consta de cuatro patios dispuestos en forma semejante a las construcciones toledanas y londinenses. Pero no sólo los edificios eran espléndidos. Recuérdese que en el Hospital de Bedlam de Londres no fue sino hasta 1815 que se separaron los hombres de las mujeres y se contrataron matronas para atender a las asiladas; y que fue sólo en esta época cuando la dirección técnica del hospital inglés recayó sobre un médico. Los datos de que disponemos sobre las instituciones hispanoamericanas, indican claramente que en el régimen interno y en el trato a los enfermos podían compararse con ventaja con la famosa institución londinense, y que estaban a la altura de las instituciones españolas, modelos entonces los más altos de la época (Malpica, 2002).



En el presente esta tradición de colaboración y vinculación profesional entre los países iberoamericanos se ha concretizado en el Programa Jofré.

1.2 El Programa Jofré.

El Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón ha establecido un programa de intercambio de profesionales en el área de salud mental que consiste en que especialistas en psiquiatría de América Latina realicen un periodo formativo en el Hospital Provincial, con el objetivo de adquirir conocimientos y actitudes, así como mejorar sus capacidades en el manejo de pacientes duales y que conozcan que pueden hacer en un futuro para desarrollar su profesión en este campo. De igual modo se pretende crear un vínculo entre asociaciones científicas y el programa de patología dual grave, que pretende favorecer el intercambio de experiencias y fomentar los proyectos de investigación en los que colaborará el Hospital Provincial con profesionales de América Latina.

Desde América Latina, este programa es apoyado por la Asociación Psiquiátrica América Latina APAL, encabezada por el Profesor Edgard Belfort, y por el Dr. Javier Didia, desde la Asociación de Conductas Adictivas y Patología Dual Iberoamericana ACAPI. El convenio establece que anualmente tres especialistas en Psiquiatría de América Latina recibirán formación en Patología Dual en el Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y en la Unidad de Toxicomanías del Hospital Clínico de Valencia. Está previsto que, gracias a este convenio, cada especialista permanecerá en el Consorcio entre dos y seis meses (APAL, 2010)

De este modo conocerán qué es lo que pueden hacer en su futuro para desarrollar su profesión en este campo de manera satisfactoria, según refleja el programa de colaboración, con el objetivo de diferentes perspectivas culturales ayuden al sistema a crear nuevas soluciones de adaptación, pues si las sociedades cambian también los hacen las enfermedades mentales.

1.3 Bases conceptuales sobre la patología dual.

La adicción a cualquier tipo de sustancia está íntimamente vinculada a los trastornos mentales. Cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo, y a la inversa, los pacientes adictos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales además con una peor evolución y un peor pronóstico (Torrens, 2008). Se ha demostrado que la psicopatología ya sea primaria o secundaria al uso de sustancias, tiene una mayor prevalencia cuando se compara con la población general. Se estima que aproximadamente la mitad de los drogodependientes actuales presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio al mismo tiempo que el 50% de los pacientes con enfermedades mentales abusarán de sustancias (Blanco, 2010). Lo cierto es que el consumo de tóxicos eleva la aparición de todo tipo de patologías psiquiátricas. Así, el 47% de los pacientes con Esquizofrenia, el 60,7% de los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y el 83,6 % de los que presentan Trastorno antisocial de la personalidad, presentan trastornos por uso de sustancias (alcohol y otras drogas) (Regier 1990).

El Estudio de Prevalencia de la Patología Dual en la Comunidad de Madrid (comunicación en las XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Salamanca, Marzo de 2009) realizado en Centros de Atención a Drogodependientes y Centros de Salud Mental reporta que en la



población estudiada, el 51,7% (433 individuos sobre 837) cumplían criterios para Patología dual actual definida como la presencia de Abuso/dependencia de alcohol u otras drogas más diagnóstico establecido de trastorno mental y/o trastorno de la personalidad; en los Centros de atención a drogodependientes (629 personas) el 61,7% (387) cumplen criterios de Patología dual actual, llegando al 67,4% si consideramos además adicción o trastorno mental en el pasado. Es decir, dos de cada tres personas con adicción a drogas presentan algún trastorno mental y/o de la personalidad, Entre los trastornos mentales diagnosticados, el trastorno Bipolar afecta al 22,7% (143 sobre 629) y las Psicosis al 8,9% (56 sobre 629); algún Trastorno de la Personalidad al 42% (262 sobre 629) siendo 82 (13%) los que presentan Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Estas cifras, aún siendo extraídas del tipo de población atendida y por tanto con una prevalencia esperada de cualquier trastorno superior a la de la población general. Es indudable que el abuso/dependencia de drogas aumenta el riesgo de padecer algún trastorno mental.

En Latinoamérica, Koldovsky (2010) describe, en una serie de casos de pacientes con trastornos de la personalidad, un 19% de comorbilidad con Trastorno del Uso de Sustancias. Mientras en México, un estudio descriptivo encontró correlación entre las conductas antisociales y el consumo de sustancias adictivas, sin ser estas correlaciones muy fuertes, sin embargo se encontró también que el grado de correlación entre consumo de drogas y conductas antisociales de tipo violento se constituyen en relaciones con mayor fuerza entre los adolescentes mayores (Ochoa, 2010).

Sin embargo, esta comorbilidad entre ambos tipos de patología está actualmente bajo intensa discusión y presenta importantes implicaciones desde el punto de vista tanto terapéutico como de pronóstico. Probablemente uno de los hechos que produce confusión es el nombre, ya que no es una patología, sino la descripción de la coexistencia de dos o más enfermedades, no se encuentra reconocida en las clasificaciones internacionales y es una conceptualización muy controvertida entre los que sostienen su validez como concepto y los que no están de acuerdo con ella y reniegan de esa etiqueta.

Durante años, la psiquiatría académica ha ignorado la Patología Dual (un doble diagnóstico era imposible antes de la DSM III, debido a los criterios de exclusión y el DSM I y II “prohibían” diagnósticos múltiples), o la consideración de la personalidad como causa subyacente del abuso de sustancias. En el campo de las adicciones se creía, que tras la abstinencia, los trastornos mentales cederían paulatinamente. La investigación no ha encontrado una sola variable de la personalidad como causa para los trastornos por uso de sustancias, tampoco se ha comprobado la remisión de los trastornos psiquiátricos con la abstinencia (Trippier, 2008).

Ambas teorías han puesto de relieve la necesidad de investigación y tratamiento específicamente dirigido a la complejidad de la patología dual. Algunas investigaciones sugieren deficiencias en el funcionamiento neurológico como un precursor para el diagnóstico dual en algunas personas (Chappel, 2008). La automedicación de los trastornos del Eje I, y el alivio sintomático de diagnósticos del Eje II también ha sido citada como la causa de los trastornos duales (Kessler et al., 1996). Por otro lado, se ha señalado a los antecedentes familiares de consumo de sustancias y el consumo propio, como predictores de la presencia de un trastorno de la personalidad (Barea, 2010). Otros subrayan los factores psicosociales como



la pobreza y ausencia de los padres (Rahav et al., 1995), el abuso físico y sexual y el descuido (Henderson et al., 1994), y las normas culturales (Rahav et al., 1995), juegan un papel fundamental en el desarrollo del diagnóstico dual. De hecho, algunos autores (Jones & Katz, 1992), sugieren que la falta de preocupación por cuestiones relacionadas con la patología dual está directamente relacionada a que muchos de estos pacientes pertenecen a las minorías pobres. Mientras las dos enfermedades se exacerbaban mutuamente existen numerosas interacciones causales que deben ser consideradas para una mayor especificidad diagnóstica y un abordaje terapéutico más eficaz.

La investigación está aun a años luz de la investigación general en neurociencias a falta de un reconocimiento oficial y por tanto la inversión de fondos para esta cuestión junto con las dificultades de modelos experimentales diseñados explícitamente para este tipo de problemas (Traver, 2010).

A pesar de la relevancia de llevar a cabo tratamientos efectivos en los casos de patología dual, hasta la actualidad este es uno de los puntos más conflictivos y donde existe mayor reto para el futuro. La patología dual requiere aproximaciones terapéuticas complejas para adecuar el tratamiento a la doble naturaleza del problema. Es importante conocer los efectos e interacciones medicamentosas que puedan acontecer para evaluar la sintomatología que refiere el paciente (Rocero, 2009). Y una de las principales dificultades del tratamiento es justamente, la inexistencia de lugares de atención especializados: los centros de salud mental se dedican a una gama de patologías que no incluye a las toxicomanías, y los de drogadicción no tratan los problemas psiquiátricos, en general.

Aquí radica la mayor virtud del Programa Jofré, porque permite al becario interactuar profesionalmente en un ambiente especializado en patología dual, con personal altamente experimentado y con un equipo de investigación de primer nivel; el cual utiliza no solo los tratamientos más empíricamente validados, sino también innova en el marco de un abordaje multimodal.

Uno de los aportes conceptuales más trascendentales de los últimos años, es la clasificación asistencial de la patología dual que Haro (2009) propone. La misma está sintetizada en la siguiente tabla.



Tabla 1: Clasificación Asistencial de la Patología Dual

Tipo	EEFG	Trastorno Mental	Adicción	Recurso Asistencial
Grave	0-30	Psicosis Demencia TP Grave <i>Paciente difícil</i>	Dependencia Cocaína Dependencia Heroína Dependencia Alcohol Politoxicomanía	Programa Patología Dual Grave (PPDG)
Moderada	29-50	Psicosis Demencia TP Grave	Abuso Cocaína Abuso Heroína Abuso Alcohol	Abordaje en Paralelo
		Trastornos afectivos TP TCA Reacciones de Adaptación	Politoxicomanía Dependencia Cocaína Dependencia Heroína Dependencia Alcohol	Abordaje Paralelo Diferido 1º Adicción
Leve	51-100	Psicosis Demencia TP Trastornos afectivos TCA Otros Trastornos Mentales	Dependencia Nicotina Abuso Cocaína Abuso Heroína Abuso Alcohol Abuso Cannabis Adicciones comportamentales	Abordaje Paralelo Diferido 1º Salud Mental Abordaje en SM

Así pues, la concurrencia de patología adictiva y otra patología psiquiátrica constituye uno de los desafíos más interesantes para los próximos años, no sólo desde la perspectiva de la investigación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a tal coexistencia, con lo que implica de profundización y mejora del conocimiento de la enfermedad mental en general, sino también en el desarrollo de estrategias terapéutica adecuadas en recursos asistenciales adaptados y por profesionales entrenados convenientemente. Todo un reto para los planificadores de políticas sanitarias y los profesionales de la salud mental.

1.4 Organización de la Salud Mental en España

Las enfermedades mentales constituyen un importante problema de salud pública en el mundo actual; prueba de ello es la estimación del coste social de estos procesos que, en los



países con economía de mercado, se acerca al 3% del Producto Interior Bruto (Lehtinen, 2000). En España, las estadísticas existentes revelan que, los "problemas mentales, nerviosos o emocionales" son la segunda causa de discapacidad para el conjunto de la población, tras los problemas de cuello y espalda; pasando al primer lugar en la población de menores de 44 años. Además, hay que añadir que las discapacidades derivadas de una enfermedad mental son las que más limitan el tipo de trabajo a desarrollar y que el 85% de las personas que padecen una discapacidad de este tipo perciben restricciones en el tipo de trabajo que desarrollan (INE, 2003).

La atención a la salud mental en España sigue una distribución territorial, con una asignación de recursos que debiera ser equitativa, homogénea y adaptada a la población del territorio que se atiende. En la actualidad, no todas las Comunidades Autónomas utilizan una terminología común para denominar el área geográfica básica de atención de salud mental; no obstante, la denominación más utilizada es la de "área". Las áreas de salud mental no son homogéneas, en ocasiones el territorio que abarcan no coincide con el de las áreas sanitarias del sistema de salud "general" y suelen presentar diferencias importantes entre sí en: el número y características de la población atendida. En promedio tienen a su cargo de 70000 a 100000 usuarios (SESPAS 2000).

La asistencia psiquiátrica se encuentra integrada por ley (Ley General de Sanidad) en el sistema sanitario general como una especialidad médica. No obstante, los recursos con los que cuenta la sanidad española para combatir una enfermedad compleja como la patología dual, presentan singularidades respecto a los recursos del resto del sistema sanitario: en primer lugar, porque la composición, organización y funcionamiento de los servicios entre distintas comunidades autónomas es variable y esta variabilidad se repite, incluso, entre áreas sanitarias de la misma comunidad; y, en segundo lugar, debido a que, la salud mental aún se encuentra "buscando su sitio" en el sistema asistencial, hallándose, en ocasiones, en un lugar difuso entre el sistema de drogodependencias y la atención de salud mental, y manteniendo unas relaciones poco claras con las redes de asistencia social (Salvador-Carulla y cols, 2002).

En la Comunidad de Valencia la Red de Drogodependencias está compuesta por tres tipos de dispositivos: 1) Unidad de Conductas Adictivas; UCA 2) Unidad de Desintoxicación Hospitalaria UDH y 3) Unidad de Deshabitación Residencial UDR (Generalitat Valenciana, 2007).

- 1) Las Unidades de Conductas Adictivas tienen como objetivo la asistencia sanitaria a las drogodependencias y otras adicciones. Complementariamente, colaboran en programas preventivos dirigidos a disminuir la incidencia del consumo de drogas y el desarrollo de otras adicciones. Se configuran como unidades de apoyo a los equipos de Atención Primaria, así como de referencia para el tratamiento de patologías de dependencia o cualquier tipo de droga, dentro del Área de Salud en la que radican.
- 2) Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria tienen el objetivo de apoyar, observar y controlar profesionalmente y de forma permanente al paciente durante el tiempo que dure el proceso; que en la mayoría de los casos ronda los 14 días. Para ingresar en esta unidad tienen que darse unas circunstancias muy concretas como haber fracasado reiteradamente en las terapias integrales que ofrecen las UCAS; sufrir una patología orgánica asociada severa; y carecer de un soporte familiar sólido. Algunos de los toxicómanos continuarán el largo camino hacia la deshabitación en una de las UDRS.



- 3) Las Unidades de Deshabitación Residencial son un recurso para realizar tratamientos de deshabitación, rehabilitación y reinserción en régimen de internamiento según las características propias del paciente. El objetivo final de esta unidad es alcanzar la inserción o reinserción de mujeres drogodependientes, mediante una progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma, sin dependencia de drogas o, en su caso, de otras conductas que generen adicción.

Por otro lado la Red de Salud Mental está compuesta por los siguientes tipos de dispositivos: 1) Unidad de Salud Mental USM 2) Unidad de Hospitalización para Pacientes Agudos UHPA 3) Unidad de Hospitalización de Media y Larga Estancia UHMLE 4) Hospital de Día HD 5) Unidad de Salud Mental Infantil USMI y 6) Unidad de Trastornos Alimentarios.

- 1) Las Unidades de Salud Mental son independientes, comunitarias y cuentan con personal sanitario propio. El abordaje es multidisciplinario y está dirigido atender ambulatoriamente las necesidades de salud mental de la población.
- 2) Unidades de Hospitalización para Pacientes Agudos. Son dispositivos asistenciales integrados en los Hospitales Generales, que están destinados al ingreso de aquellos pacientes mayores de 18 años, en situación de crisis aguda.
- 3) Unidades de Hospitalización de Media y Larga Estancia. Para el tratamiento de procesos subagudos con la finalidad de reestructurar y reorganizar la personalidad tras una crisis o recaída. Así atienden la fase de convalecencia de pacientes agudos y las reagudizaciones de pacientes con enfermedad mental grave y prolongada.
- 4) Hospitales de Día. Son recursos asistenciales intermedios entre la comunidad y las Unidades de Hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales, a los que están adscritos. Son una alternativa a la hospitalización para casos agudos, evitando así la separación de la persona en tratamiento de su medio familiar y social.
- 5) Unidades de Salud Mental Infantil. Atienden a niños y adolescentes menores de 18 años con patología psiquiátrica, que requieren tratamiento en régimen de hospitalización o un periodo de observación. También realizan consultoría a Equipos de Salud Mental Infanto-juvenil, Pediatría y Atención Primaria.
- 6) Unidades de Trastornos Alimentarios. Realizan atención en régimen de hospitalización a los Trastornos de la Conducta Alimentaria valoración médico-biológica, psiquiátrica y psicológica. Planificación del tratamiento a largo plazo.

Paulatinamente se ha puesto en marcha programas para grupos diagnósticos específicos, como las Unidades de Patología Dual, sobre las cuales profundizaremos más adelante.

Las redes se complementan con la Red Social compuesta por los:

- a) CRIS (Centros de Rehabilitación e Integración Social), son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevan a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y usuarias.
- b) CEEM (Centros Específicos para personas con enfermedad mental crónica), son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades



funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y usuarias.

2. El Modelo Castellón

El Programa de Patología Dual Grave (PPDG) del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón es un dispositivo específico que funciona desde octubre del año 2007. Este dispositivo dispone de 10 camas hospitalarias para desintoxicación y hospitalización breve, así como de una consulta externa.

El programa se plantea una intervención tendiente a coordinar y aunar los diferentes dispositivos y recursos existentes en las redes públicas para abordar la patología dual, valiéndose de la clasificación expuesta en la tabla I, encuadra al usuario en el momento asistencial más adecuado (Rubio, 2010). Una característica común de este tipo programas es que no disponen de estructura propia, sino que “cuelgan” de los pilares, de manera que utilizan sus camas hospitalarias, su personal sanitario, etc. De esta manera obligan a que los recursos sanitarios se dirijan hacia los enfermos mentales más graves, así como permiten que los recursos tipo pilares sean permeables a estos pacientes, pudiendo adecuar el recursos a la situación clínica del paciente en cada momento (hospitalizado, ambulatorio, hospital de día, etc). Estos programas se basan en el modelo de Gestión de Caso, de manera que el programa es el responsable para todos los aspectos sanitarios y sociales de cada paciente y en todo momento, facilitando pues que estos reciban atención sanitaria por otras enfermedades como infecciones por VIH, o dispongan de ayudas económicas como las derivadas de la ley de la dependencia.

El programa respeta la existencia y autonomía de las redes, favoreciendo la confluencia de las dos redes asistenciales mencionadas, haciendo de nexo de unión entre ambas y ofertando un servicio integrado e integral, tanto en la psicopatología como en la adicción del usuario; la dinámica del programa incluye el concepto de abordaje en paralelo diferido, atendiéndose primero la patología con mayor repercusión. Por ejemplo se realiza la desintoxicación de la sustancia problema en el recurso de drogodependencias y luego se deriva a la red de salud mental para el tratamiento de la psicopatología, y paralelamente se continúa con la deshabitación en la red de drogodependencias.

El modelo comprende los siguientes subprogramas básicos:

- a) *Subprograma de Agudos.* Comprende la hospitalización, inclusive si existiese un consentimiento informado. Es necesario que exista una autorización judicial. Los ingresos suelen ser programados, aunque también se contempla los ingresos de urgencia. Se dispone de 6 plazas en la sala de hospitalización de pacientes agudos, donde se procede a la desintoxicación y paralelamente a la atención de la sintomatología psiquiátrica.
- b) *Subprograma Ambulatorio.* Comprende una consulta que atiende a pacientes desestabilizados, se pretende la estabilización de su adicción para poder derivarlos a la Unidades de Conductas Adictivas y/o la estabilización psiquiátrica para la correspondiente derivación a las Unidades de Salud Mental. En caso de no lograrse la estabilización, el paciente puede ser derivado a las Unidades de Deshabitación



Residencial, Centros de Enfermos Mentales Crónicos o Centros de Media Estancia. Los objetivos principales de este subprograma son: 1) Mejorar el seguimiento postalta a corto plazo y la adherencia al tratamiento; 2) Proporcionar inmediatez en el resultado de los controles de drogas en orina; 3) Optimizar el seguimiento a corto-medio plazo de pacientes incluidos en programas terapéuticos especiales y en proyectos de investigación de calidad; 4) Acortar estancias hospitalarias evitables; 5) Servir de puente a corto plazo entre el hospital y las correspondientes unidades ambulatorias de salud mental y de conductas adictivas.

- c) *Subprograma UDH.* El objetivo es la interrupción de la intoxicación por la sustancia(s) tóxica(s), enmarcada según la motivación del paciente y la orientación terapéutica de la UCA que promueve el ingreso se procede a la desintoxicación parcial o completa, así como ingresos para la reducción del daño. A la vez el paciente también puede participar de sesiones grupales de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve, especialmente diseñada para este dispositivo.

Destaca el hecho de la naturaleza transdisciplinaria del programa, constituido por 1 psiquiatra y 1 Enfermera Especialista en Salud Mental a tiempo completo y a jornada parcial profesionales de terapia ocupacional, psicología clínica y trabajo social, además de profesionales en formación como MIRes, PIRes y EIRes, así como dos psicólogas de investigación dedicadas exclusivamente a los proyectos del PPDG.

A continuación se describirá dos de las experiencias más originales del PPDG del Hospital Provincial de Castellón.

2.1 Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (TPMB).

Se trata de la realización de grupos de psicoterapia manualizada con pacientes duales ingresados; con los objetivos de proporcionar psicoeducación, mejorar la adherencia terapéutica y propiciar la continuidad asistencial en otros recursos al alta; evaluando la efectividad de dicha terapia y optimizándola para su uso futuro (Haro, 2006).

Los objetivos fundamentales del manual son, entre otros: proporcionar a los pacientes información objetiva y útil sobre las drogas y otras conductas adictivas; enseñar recursos personales que faciliten el proceso de deshabituación; preparar a los pacientes para afrontar situaciones de riesgo y prevenir futuras recaídas; fomentar un mayor sentimiento de autoeficacia y control sobre su adicción; promover la adquisición de unos hábitos y estilo de vida más saludables; aumentar la motivación para participar en programas de psicoterapia en sus centros ambulatorios, y/o potenciar su implicación en los que ya estén llevando a cabo.

2.2 Investigaciones en actual Desarrollo.

El modelo de investigación seguido en el PPDG se caracteriza por desarrollar una estrategia, donde la investigación está en el pasillo de al lado de las camas de los pacientes. Los principales proyectos de investigación son:

- a) *Uso de sustancias y dinámica familiar como variables biopsicosociales que influyen en la evolución de los Trastornos de Conducta adolescentes a Trastornos de Personalidad Antisocial adultos.* Este proyecto trata de evaluar qué estilos parentales influyen en el desarrollo del trastorno disocial o el trastorno negativista desafiante en adolescentes y



su evolución a trastorno de la personalidad en la vida adulta. Para ello, se ha creado y se está validando un nuevo cuestionario de evaluación integral de dinámica familiar para padres e hijos. Posteriormente, se utilizará para conocer la influencia de estos estilos parentales, junto con el consumo de cannabis, en la conducta del adolescente y en la psicopatología que pueda presentar en la vida adulta.

Conocer la influencia del estilo relacional entre padres e hijos podrá permitir en un futuro desarrollar programas de prevención tanto de los trastornos adictivos como de los trastornos de la personalidad, así como de la aparición de patología dual.

b) Personalidad e Impulsividad como factores predictores de pronóstico en dependencia de cocaína y patología dual grave.

Este estudio trata de profundizar en el conocimiento de las posibles relaciones entre determinados patrones de impulsividad y el consumo de cocaína. Se trata de valorar la posible relación que pueda haber entre adicción a la cocaína, la impulsividad como rasgo de la manera de ser y las dificultades que tienen algunas personas para filtrar los estímulos sensoriales antes de actuar. Además, se pretende comprobar si existen causas biológicas de las adicciones y de sus complicaciones (trastornos de la personalidad, esquizofrenia, etc.). Finalmente, se pretende profundizar en las causas que llevan a ciertas personas a desarrollar un trastorno adictivo y sus complicaciones psiquiátricas y poder así mejorar el diagnóstico, tratamientos actuales y futuras acciones preventivas.

La metodología de trabajo es un pase de pruebas de papel, en la cual se incluye una carpeta con distintos tests de impulsividad, de personalidad, escalas de gravedad con respecto al consumo de cocaína, datos demográficos, etc., junto con dos tests de impulsividad por ordenador y una maquinaria novedosa de inhibición pre-pulso. (IPP). Con el aparato de inhibición pre-pulso, entre otras cosas, se intenta conseguir una prueba de filtrado cerebral, donde sea posible hacer un diagnóstico diferencial entre trastorno de la personalidad y consumo de cocaína.

3. Reporte final de las actividades realizadas durante la pasantía en el Hospital Provincial de Castellón.

La pasantía se desarrollo, principalmente, en la sala de Hospitalización del Programa de Patología Dual Grave del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (CHPC), complementando la estadía en la Unidad de Conductas Adictivas del mismo consorcio y en la Unidad de Toxicomanías del Hospital Clínico de Valencia. El coordinador de la pasantía fue el Dr. Gonzalo Haro Cortés, jefe del Programa de Patología Dual Grave del CHPC.

Encabezados por el Dr. Haro, el plantel de instructores estuvo formado por el Profesor Gaspar Cervera, la Dra. María Luisa Graña, la Licenciada Begonia Rubio y las Becarias de Investigación Licenciadas Gema Calvo y Sonia Francés. Las actividades desempeñadas fueron primordialmente clínicas y se complementaron con actividades de investigación. Cabe destacar el marco de autonomía e independencia en el que se realizó la práctica médica y que permitió el aprendizaje basado en la experiencia y la evidencia, invaluable oportunidad a la hora de



adquirir conocimientos, en un contexto altamente estructurado y supervisado por los respectivos instructores.

A continuación se detalla las responsabilidades y roles ejercidos, así como una detallada descripción de los pacientes atendidos, sobre quienes se ejerció responsabilidades directas en la evaluación, diagnóstico y tratamiento correspondientes.

3.1 Roles y responsabilidades desempeñadas

Las actividades clínico asistenciales y académicas están coordinadas por el Dr. Gonzalo Haro Cortes, jefe del Programa de Patología Dual Grave del Hospital Provincial de Castellón.

El becario goza de amplia autonomía la hora de realizar las actividades clínico asistenciales y en la toma de decisiones, bajo la supervisión del Dr. Haro, con quien se discute cada caso diariamente y se considera todas las opciones terapéuticas.

A continuación pasaremos a detallar las actividades diarias desarrolladas por el becario:

- a) Asignación de tareas, se refiere a las instrucciones específicas para el cuidado de cada paciente, son consignaciones para que el personal de enfermería proceda a realizarlas, esto implica: 1) los cambios de tratamiento, 2) el tipo de dieta (la alta comorbilidad física y los efectos colaterales de los opiáceos obligan a ser muy cuidados en este apartado), 3) el tipo código, se refiere al nivel de seguridad que debe tomarse en cuenta, denominándose código rojo cuando el paciente presenta un potencial suicida, 4) llamadas, lo relativo a las llamadas telefónicas, las cuales tienen un horario específico tanto para recibirlas como para efectuarlas, según el estado mental del paciente se escogerá la opción más apropiada. 5) visitas, los pacientes bajo régimen de desintoxicación no reciben visitas 6) pautas para la toma de constantes vitales, los pacientes en desintoxicación de opiáceos reciben un seguimiento muy estrecho al respecto 7) permisos, a menudo los pacientes duales graves son expuestos paulatinamente a la interacción familiar, inicialmente reciben visitas y posteriormente permisos para pernoctar en sus casas, un elemento más que nos permite saber cuando el paciente está listo para recibir el alta.
- b) Asistencia a los reportes diarios de la Unidad de Hospitalización Breve, al comenzar la jornada el servicio de enfermería reporta las novedades de los 40 pacientes ingresados dicha sala, donde se incluyen los 10 del PPDG. Pacientes bajo la responsabilidad de seis facultativos y cuatro residentes de psiquiatría.
- c) Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve para pacientes duales, se trata de la realización de grupos de psicoterapia manualizada con pacientes duales ingresados; con los objetivos de proporcionar psicoeducación, mejorar la adherencia terapéutica y propiciar la continuidad asistencial en otros recursos al alta; el becario aprende a desarrollar la técnica y finalmente conduce las sesiones grupales.



- d) Asistencia a las sesiones semanales del Servicio de Salud Mental donde se expone un caso clínico y posteriormente se discute al respecto, participan los facultativos y residentes de la Unidad de Agudos, de Mediana Estancia y Hospital de Día y de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital Provincial de Castellón.
- e) Ingreso de nuevos pacientes para Desintoxicación o estabilización en el Programa de Patología Dual Grave, uno de los aspectos más importantes a considerar al momento del ingreso, es tomar en cuenta que los primeros ingresan voluntariamente, y los segundos por vía involuntaria (judicializados). Existe un protocolo de 9 pasos que debe seguirse puntillosamente en colaboración con el DUE (diplomado universitario de enfermería). Los ingresos se realizan dos veces a la semana.
- f) Atención ambulatoria a pacientes duales graves, una vez a la semana se atiende a los pacientes duales graves con el objetivo de estabilizarlos, una vez conseguido ello se procede a derivarlos al dispositivo que corresponda, ya sea a una UCA, USM, CEEM o UDR. Uno de los instrumentos de mayor utilidad en la consulta es el sistema ABUCASIS, un sistema que conecta los centros y los sistemas de información de atención primaria y especializada de forma que toda la información clínica y administrativa del paciente está centralizada y disponible desde cualquier punto de la red asistencial pública (consultorios, centros de salud, centros de especialidades y hospitales). A la vez permite dispensar recetas electrónicas que facilitan ampliamente la dispensación del medicamento. Otro de los sistemas informáticos utilizados es el KEEWAN, un sistema desarrollado exclusivamente para la gestión clínica de los pacientes del Hospital Provincial de Castellón.
- g) Incorporación a los proyectos de investigación, se práctica el manejo de los instrumentos de investigación bajo la supervisión de las Licenciadas Sonia Francés y Gema Calvo. Los proyectos de investigación que se desarrollan en el Programa de Patología Dual Grave del Hospital Provincial de Castellón son:
- 1) Uso de sustancias y dinámica familiar como variables biopsicosociales que influyen en la evolución de los Trastornos de Conducta adolescentes a Trastornos de Personalidad Antisocial adultos. Este proyecto trata de evaluar qué estilos parentales influyen en el desarrollo del trastorno disocial o el trastorno negativista desafiante en adolescentes y su evolución a trastorno de la personalidad en la vida adulta. Para ello, se ha creado y se está validando un nuevo cuestionario de evaluación integral de dinámica familiar para padres e hijos. Posteriormente, se utilizará para conocer la influencia de estos estilos parentales, junto con el consumo de cannabis, en la conducta del adolescente y en la psicopatología que pueda presentar en la vida adulta.
 - 2) Personalidad e Impulsividad como factores predictores de pronóstico en dependencia de cocaína y patología dual grave. Este estudio trata de



profundizar en el conocimiento de las posibles relaciones entre determinados patrones de impulsividad y el consumo de cocaína. Se trata de valorar la posible relación que pueda haber entre adicción a la cocaína, la impulsividad como rasgo de la manera de ser y las dificultades que tienen algunas personas para filtrar los estímulos sensoriales antes de actuar. Además, se pretende comprobar si existen causas biológicas de las adicciones y de sus complicaciones (trastornos de la personalidad, esquizofrenia, etc.). Finalmente, se pretende profundizar en las causas que llevan a ciertas personas a desarrollar un trastorno adictivo y sus complicaciones psiquiátricas y poder así mejorar el diagnóstico, tratamientos actuales y futuras acciones preventivas.

- h) Asistencia a las reuniones mensuales del Grupo TXP. El grupo esta conformado por profesionales de la salud mental de la Comunidad Valenciana que complementan su actividad clínico-asistencial con tareas de investigación y publicación de material científico, entendiendo que ambas facetas son complementarias y se benefician mutuamente e intentando salvar las dificultades que habitualmente encuentran los profesionales para acceder a la investigación (falta de medios, grupos cerrados, poca formación, etc). El becario plantea un proyecto de investigación para desarrollarlo en su país de origen, se detalla más adelante todo lo respectivo a este tema.

3.2 Historial y evolución de los casos clínicos atendidos en el Programa de Patología Dual del Hospital Provincial de Castellón.

Caso 1. La disfunción familiar como agravante.

S.A. es un varón de 37 años, sobre él pesa una restricción judicial para no acercarse al hogar materno. Hace un par de años atrás presento un episodio de agitación, tras ser agredido por su hermano, reacciono arrojándole un objeto que provoco una contusión en su madre; tras una denuncia policial fue ingresado por 9 meses en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent. A su salida vivió temporalmente con su tía materna, pero la ausencia de contención provocó que el paciente permanezca la mayor parte del tiempo errante y solicitando dinero en la vía pública para jugar en las tragaperras, a solicitud de la madre duerme algunas noches en la casa materna.

Se inicio en el consumo sustancias (cannabis y opiáceos) a los 12 años, no completo la escolarización. La madre sufre de depresión crónica, el hermano presenta un patrón de comportamiento descrito como errático, impulsivo y hostil. El paciente es padre de una hija de 16 años, a quien no visita. Es portador del virus de la Hepatitis C.

El paciente es ingresado involuntariamente a fin de estabilizarlo de su sintomatología psicótica, se trata de su sexto ingreso. Al momento de ingresar el paciente presenta hematomas en ambos párpados, fue golpeado mientras dormía por su hermano sin ningún motivo aparente. El paciente expresa tristeza, ansiedad, angustia, ideación delirante



paranoide, alucinaciones auditivas, desrealización, eco del pensamiento, insomnio. Durante su ingreso se mostro aislado, abúlico, temeroso; cuenta haber sido asaltado y golpeado en la vía pública hace varios meses, desde entonces dice experimentar flashbacks, insomnio y ansiedad. Paulatinamente los síntomas psicóticos ceden, a la vez que el paciente socializa con sus pares y se muestra más confiado y animado. Se le concedió una autorización para permanecer el fin de semana, previo a su alta, en el hogar materno. Los resultados fueron óptimos razón por la que se le dio de alta con los siguientes diagnósticos:

Esquizofrenia Indiferenciada, Ludopatía y Trastorno de Estrés Postraumático.

El esquema farmacológico al alta fue el siguiente: Naltrexona 50 mg, Topiramato 100 mg, Olanzapina 20 mg, Levomepromazina 100 mg y 100 mg de Risperidona de Liberación Prolongada.

La madre comento haber llegado a un acuerdo con el hermano del paciente y reporto la mudanza de este a otro poblado. Al momento del alta se le fijo una cita para continuar tratamiento ambulatorio en la Unidad de Salud Mental de su zona.

Una semana después, y tras ser nuevamente agredido por su hermano, fue reingresado por presentar reagudización de la sintomatología psicótica, el médico responsable de esta nueva internación nos comunico que se logro la estabilización en un par de semanas y se recomendó el ingreso a un CEEM.

Comentario del caso. Las intervenciones familiares se consideran actualmente imprescindibles dentro de una atención organizada y compleja a un problema también complejo: la esquizofrenia (Mari, 1996). Sin embargo, y aunque disponemos de modelos de intervención de probada eficacia, no se han incorporado a la práctica cotidiana de los servicios de salud mental. La mayoría de los modelos existentes ha surgido del ámbito de la investigación, en equipos muy especializados en la atención familiar. El reto actual es emplear las enseñanzas de los programas disponibles, para elaborar e implantar intervenciones que tengan continuidad en el tiempo y estén integradas y adaptadas a los servicios asistenciales existentes.

Caso 2. Alcohol y esquizofrenia.

RM es un varón de 58 años, soltero, sin descendencia, vivía en compañía de su madre hasta que esta falleció hace dos semanas. No realiza actividad laboral alguna y el contacto con su familia es escaso, no cuenta con una red social. Ingiere alcohol desde hace varios años atrás, a razón de 20 UBE al día, a consecuencia de ello desarrollo una enfermedad hepática alcohólica.

Fue remitido por el servicio de urgencias para su estabilización. A su ingreso presentaba confusión mental, alucinaciones visuales y auditivas, ideación delirante de referencia y control., deshidratación y deterioro físico notables por un síndrome de abstinencia. Tras el fallecimiento de su madre, el paciente permaneció enclaustrado en su habitación, sin ingerir alimentos, ni alcohol.



Los síntomas positivos cedieron tras los primeros días del ingreso. Permaneciendo la sintomatología caracterizada por la abulia, aislamiento, aplanamiento afectivo, anhedonia, apatía, enlentecimiento del pensamiento y latencia de respuesta. No se detectó deterioro cognitivo, tras la evaluación neuropsicológica.

Al alta los diagnósticos fueron: Esquizofrenia Simple y Dependencia de Alcohol. El tratamiento prescrito fue:

150 mg de risperidona de liberación prolongada cada 15 días, mientras se prescribió diariamente 250 mg de disulfiram, 600 mg de oxcarbazepina, 300 mg de triapríde, además de ácido fólico y complejo vitamínico.

El paciente fue derivado a la Unidad de Salud Mental y a la Unidad de Conductas Adictivas para un seguimiento ambulatorio en paralelo.

Comentario del caso. La esquizofrenia simple presenta una sintomatología pobre en síntomas positivos, lo cual reduce la conflictividad con sus familias, pero cuando el cuidador responsable falta, a menudo caen en la exclusión social y el desamparo. RM consumió alcohol por muchos años sin que se solicitara ayuda. Cuando su madre-cuidadora falleció, el paciente no solo fue incapaz de cuidar de sí mismo, sino que incluso fue incapaz de obtener el alcohol del que depende. Al momento del alta, el hermano del paciente se comprometió a cuidar del mismo.

Caso 3. Adicción + Enfermedad Mental + Enfermedad Física

EG es un varón de 60 años, casado, con dos hijos independizados, incapacitado laboralmente desde los 43 años a consecuencia de una cardiopatía. Consume bebidas alcohólicas diariamente desde hace más de 20 años. Antecedentes de alcoholismo en el padre y el hermano. El paciente convive con la esposa, con quien afectivamente el trato es distante.

Fue remitido por la UCA para desintoxicación alcohólica, al ingreso presentaba ansiedad, temblor, temblor distal, reflujo gastroesofágico, dispepsia, anergia, llanto fácil y tristeza. Relata que bebe diariamente desde las primeras horas de la mañana, de lo contrario dice presentar temblor distal en manos y piernas. Relata que bebe desde la juventud, incrementando progresivamente el consumo en frecuencia, lo cual favoreció la presentación de enfermedades físicas. Actualmente se le ha diagnosticado: Valvulopatía, Psoriasis, Hernia de Hiato, Hipertensión Arterial y Obesidad. Los problemas de salud y su consumo continuado de alcohol provocaron incumplimientos laborales hasta que finalmente fue dado de baja a los 43 años, desde entonces bebe diariamente en el bar de su barrio. La familia lo describe como un sujeto reservado, inhibido, triste y evasivo, que solo se torna comunicativo y alegre cuando retorna intoxicado. La relación con la esposa es distante y la comunicación es escasa.

A las 24 horas del ingreso los síntomas físicos habían cedido, posteriormente los síntomas depresivos ceden en intensidad pero persisten, se muestra habitualmente triste, introvertido, melancólico, preocupado por su insuficiencia personal, aunque con escasa conciencia de



enfermedad. Participo de las sesiones grupales de Terapia Psicoeducativa Motivacional, destacando su discurso por la viscosidad y el pensamiento por la perseverancia; no se detecto deterioro cognitivo. Relato no haber recibido nunca antes un tratamiento específico para su adicción de alcohol, la fase en la que se encontraba era la de la contemplación. Cabe destacar que el paciente fue también evaluado por los facultativos de cardiología, medicina interna y gastroenterología.

Los diagnósticos realizados fueron: Dependencia de alcohol y Distimia.

Fue dado de alta tras un ingreso de quince días y fue derivado a la UCA con el siguiente tratamiento ambulatorio:

Esomeprazol 40 mg; enalapril 40 mg; ácido fólico, complejo vitamínico B, torasemida 5mg; Acenocumarol 2mg; escitalopram 10 mg y carbamida cálcica 60 mg.

Comentario del caso: Los estudios epidemiológicos como el ECA (Epidemiological Catchment Area) descrito por Regier (1990), indican la preocupación por el impacto sanitario secundario al alcoholismo y la creciente presencia de trastornos psiquiátricos asociados. Valbuena y cols. (2001) en un estudio retrospectivo de 188 ingresos con el diagnóstico de alcoholismo en el Servicio de Psiquiatría de un hospital general describieron el grupo de dependientes del alcohol como los de mayor edad, con presencia de comorbilidad física elevada, buena integración familiar pero mala laboral y diagnóstico psiquiátrico de tipo afectivo. El alcohol es la sustancia más tolerada socialmente, su uso a menudo es subestimado, dando lugar a su perpetuación con las consecuentes complicaciones físicas y socio-laborales.

Caso 4. La ansiedad social como puerta a las adicciones.

DJ es un varón de 31 años vive con sus padres y consume hachís, anfetaminas, cocaína y alprazolam crónicamente desde la adolescencia. Ha trabajado hasta los 28 años y desde hace tres esta cesante. Convive con sus padres y la hermana menor. El hermano mayor vive independientemente con su esposa.

Derivado por la UCA, fue ingresado involuntariamente por presentar agitación psicomotriz. Al ingreso presentaba lenguaje incoherente, ideación delirante de perjuicio. Relata haber experimentado alucinaciones visuales e inquietud motora los días previos. Se queja de insomnio, ansiedad, angustia y suspicacia. Revela un patrón de uso compulsivo de cocaína y hachís. En el pasado ha experimentado varios episodios de psicosis tóxica, pero no ha mantenido la adherencia terapéutica argumentando la experimentación de extrapiramidalismos que se asocian al uso de antipsicóticos.

Desde la niñez DJ presento un comportamiento inhibido, miedo a relacionarse con los demás y baja autoestima, síntomas que eran amortiguados por el papel protector que cumplía su hermano mayor hasta el momento en el que este se caso y abandono la casa paterna. Desde entonces el consumo de tóxicos se hizo mayor en un ambiente familiar desestructurado, con una madre complaciente y un padre rígido y ambiguo a la hora de tolerar los hábitos tóxicos del paciente. El último incidente fue desencadenado por la negativa de la familia a facilitarle



dinero para la compra de drogas, lo que motivo amenazas de suicidio y agresividad verbal a terceros.

Tras los primeros días de tratamiento los síntomas psicóticos remitieron, las evoluciones psicológicas sacaron a relucir rasgos de personalidad evitativos, pasivo agresivos, paranoides e histriónicos. El discurso era pobre y centrado en el consumo, a la vez se identificó leve deterioro cognitivo, probablemente provocado por el consumo crónico de sustancias.

La interacción social con los otros pacientes se caracterizó por presentar dificultades para hablar de sí mismo y sentimientos de temor a ser avergonzado y rechazado. Participó de 3 sesiones grupales de Terapia Psicoeducativa Motivacional, y mostró estar en la fase de contemplación. Al momento del alta, el juicio estaba conservado, conciencia parcial de enfermedad, sin productividad psicótica, y una marcada reducción de la sintomatología ansiosa.

Los diagnósticos de egreso fueron: Dependencia de Cocaína y Hachís, Ansiedad Social y Trastorno de la Personalidad de tipo Evitativo y Paranoide. El tratamiento al alta fue:

Diariamente: 1200 mg de Oxcarbazepina; 30 mg de Olanzapina; 60 mg de Duloxetina, 300 mg de Quetiapina y 37.5 mg de Risperidona de Liberación prolongada cada 15 días.

Comentario del caso: DJ se inició en el consumo de sustancias con el objetivo de mejorar su asertividad. Las drogas pueden disminuir el malestar y reducir la activación fisiológica, producidas por la ansiedad. Sin embargo, estos consumos pueden hacerse cada vez más necesarios para aliviar los síntomas de ansiedad, o incluso para evitar el síndrome de abstinencia, un cuadro clínico con intensas respuestas de ansiedad. La posibilidad de no poder seguir consumiendo se interpretaría como una amenaza que produce más ansiedad afrontada mediante el consumo (Cano-Vindel, 1994). La teoría de la automedicación explica el mayor riesgo de determinados pacientes al uso de drogas. Según esta hipótesis, los pacientes tributarios de determinados síntomas psiquiátricos que se ven aliviados por el uso de distintas drogas, tendrían más riesgo para desarrollar dependencia de éstas (Rubio, 2000).

En este caso es imprescindible tomar en cuenta la patología dual del paciente y abordarla integralmente, tanto el consumo de sustancias, como la patología psiquiátrica. El paciente fue derivado a una Unidad de Deshabitación Residencial a fin de proveer un ambiente estructurado que le permita la rehabilitación futura.

Caso 5. Dependencia a benzodiazepinas

RS es un varón de 32 años. Convive con una mujer de 30 años, la cual mantiene el hogar. Esta cesante hace dos años. Ex consumidor de heroína, cocaína y marihuana, sustancias de las que dice mantenerse abstemio hace dos años. Recibe tratamiento en base a metadona.

En los antecedentes somáticos del paciente encontramos que es positivo para el virus del VIH y para el de la Hepatitis C (VHC). No hay alergias medicamentosas ni refiere intervenciones



quirúrgicas. Hace dos años le prescribieron un tratamiento con benzodicepinas que realiza desde entonces.

Acude al Servicio derivado por la UCA para desintoxicación de benzodicepinas. Al ingreso se objetiva palidez cutánea facial y sudoración profusa. Prueba de tóxicos en orina positiva para benzodicepinas y metadona. Psicopatológicamente destacan distimias de ansiedad y tristeza, baja autoestima, ideación autolítica poco estructurada, no hay síntomas productivos en rango psicótico. Discreto enlentecimiento psicomotriz. Insomnio de conciliación e hiporexia

En sus antecedentes biográficos destaca el uso de cocaína, marihuana y heroína desde la adolescencia, hábitos tóxicos que dice haber superado tras el tratamiento recibido en la UCA en base a metadona. Hace 11 años se detectó la presencia de VIH y VHC, desde entonces recibe anti-retrovirales. Cinco años atrás el médico de atención primaria le prescribió benzodicepinas para tratar sus síntomas depresivos y ansiosos, desde hace dos años atrás se encuentra desempleado y depende económicamente de su pareja, refiere que ello le ha bajado la autoestima e incrementado la ansiedad, lo cual le ha llevado a incrementar progresivamente las dosis de alprazolam y lorazepam.

Veinticuatro horas después de su ingreso presento hipertermia, disnea y anorexia, razón por la que fue derivado al Servicio de Medicina Interna, donde se le diagnosticó Insuficiencia Respiratoria, permaneció internado en el servicio por 14 días, luego de lo cual fue dado de alta. El tratamiento de desintoxicación se realizó paralelamente en base a la administración de diazepam, retirándose gradualmente la molécula hasta la supresión final, sin observarse síntomas de abstinencia. El paciente mejoró su estado anímico, presentando mayor introspección y conciencia de enfermedad, así como planes realistas para manejar los estresores vitales.

Los diagnósticos psiquiátricos al alta fueron: Dependencia de benzodicepinas y opiáceos, Trastorno Depresivo no Específico.

Comentario del caso: Las propiedades farmacológicas de los antiepilépticos como moduladores de los sistemas glutamatérgico y gabérgico indican su potencial utilidad en el tratamiento de los trastornos adictivos. Su eficacia clínica ha sido ampliamente estudiada en el tratamiento de desintoxicación de alcohol y benzodicepinas (Ponce, 2008). Además, los nuevos antiepilépticos ofrecen ventajas relevantes, especialmente respecto a su tolerabilidad. Fue notoria la facilidad con la que el paciente logró desintoxicarse de las benzodicepinas. En el servicio se suele utilizar diazepam para favorecer la retirada de benzodicepinas; no se informa al paciente sobre el nombre de la molécula, además de que la presentación no permite que este reconozca el dosaje que recibe. A la vez las propiedades sedativas de gabapentina y quetiapina favorecieron ampliamente el proceso.

En este caso aprendimos la necesidad de no perder de vista la comorbilidad física, que como atestiguamos, paso a representar el problema más urgente en este caso. Al egreso el paciente



fue derivado a la UCA y la USM, con la recomendación de procurar tratamiento a su trastorno afectivo.

Caso 6. Depresión, alcohol y mujer.

Se trata de una mujer de 46 años casada sin hijos, convive con sus padres y el esposo, no realiza actividad laboral alguna, acompañada por el esposo ingresa para desintoxicación alcohólica por recomendación de su médico de la UCA.

Como antecedentes familiares destaca la madre por un patrón de comportamiento caracterizado por la hipersensibilidad, con poca tolerancia a la frustración y a la crítica y manifiestos problemas en las relaciones interpersonales, sin diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico.

En los antecedentes somáticos destaca la presencia de hepatopatía alcohólica y frecuentes malestares digestivos como dispepsia y gastritis. Estas dolencias son las que dicen le han motivado a solicitar el ingreso para desintoxicación alcohólica.

Al examen: Aspecto avejentado, medianamente aliñada, se logra establecer un buen vínculo aunque en algunos momentos parece estar molesta con la conversación, y temerosa por el ingreso, progresivamente va sintiendo más comodidad durante la entrevista. Existe latencia de respuesta y alteraciones de la memoria reciente. Posteriormente revela experimentar tristeza, anhedonia, baja autoestima, anergia y dificultades para tomar decisiones.

En su psicobiografía, cabe destacar una historia de agresiones verbales por parte de la madre durante la infancia y adolescencia. El padre sufre cuadriplejía, secuelas de una embolia, razón por la que es altamente dependiente de los cuidados de la paciente. La relación conyugal es ambigua, el esposo es complaciente y tolerante, sin embargo es poco afectuoso y suele ausentarse los fines de semana sin una razón objetiva.

Reconoce haber comenzado a beber diariamente hace cuatro años. Bebe vino, aproximadamente 10 UBE al día y más de 70 a la semana, bebe sola en casa. Ha estado en tratamiento ambulatorio en la UCA y USM, con baja adherencia terapéutica y reticencia a ser medicada con fármacos disuasivos del alcohol. Según nos cuenta la familia, en las últimas 3 semanas ha empeorado su estado de ánimo, ha abandonado sus actividades cotidianas, negándose a cualquier relación interpersonal y permaneciendo aislada en su habitación.

Se observó una mejoría gradual tanto de sus síntomas físicos como emocionales, no presento síndrome de abstinencia, logró adaptarse e interactuar socialmente en la unidad, participo en las sesiones Grupales de Terapia Psicoeducativa Motivacional y al momento del alta su estado era el de la pre contemplación. Se oriento a la familia y se la derivó a la UCA y USM de su zona.

El diagnóstico fue de: Dependencia del alcohol y Depresión Mayor.



Al alta el tratamiento prescrito fue:

Acido fólico, vitaminas del complejo B, 100 mg de trazodona, 120 mg de duloxetina, 25 mg de agomelatina, 200 mg de quetiapina y 75 mg de pregabalina.

Comentario del caso: La concurrencia de Trastornos Depresivos y Trastorno por Uso de Sustancias en estudios en población consumidora se encuentra entre el 12 y el 88% en muestras de pacientes que acuden a tratamiento ambulatorio, y en el 27 % en las que no acuden a tratamiento (Herrero, 2008). Además, la existencia de episodio depresivo mayor se ha asociado a peor curso clínico en los pacientes con TUS (Hasin, 2002). Una vez conseguida la abstinencia, será necesario iniciar un tratamiento que pueda ser mantenido. Para reducir el riesgo de recaídas a largo plazo de los dependientes de alcohol y otras drogas, es importante la valoración y el tratamiento de la depresión mayor. La paciente fue derivada a los dispositivos respectivos para continuar el tratamiento bajo régimen ambulatorio.

Caso 7. Un caso de Trastorno Límite de la Personalidad

Se trata de una mujer de 47 años, convive con sus padres, no realiza actividad laboral alguna.

Al referirse a su familia, señala que su madre sufre depresión crónicamente, el padre tiene antecedentes de pedofilia, el hermano y la hermana son alcohólicos y padecen de depresión, el hijo mayor presenta trastornos del comportamiento desde la infancia.

Sufre de diabetes mellitus tipo II, su adherencia al tratamiento es deficiente, en el pasado también se le ha diagnosticado fibromialgia.

Ingresa voluntariamente con el objetivo de ser desintoxicada de cocaína y alcohol. Su aspecto es desaliñado, reticente, inquieta, lucida, coherente, ansiosa, actitud ambivalente en relación al uso de drogas y dubitativa a la hora de decidir ingresar a la unidad, niega alteraciones de la sensopercepción, el lenguaje es viscoso, el humor depresivo, afecto reactivo, escasa introspección, juicio conservado. Informa haber suspendido el uso de cocaína hace dos semanas y haber ingerido alcohol hace 12 horas.

Entre los antecedentes personales refiere haber sufrido abuso sexual, al igual que su hermana, siendo el victimario su padre. Se caso a los 18 años, siendo la vida conyugal conflictiva y marcada por la agresividad física del esposo hacia la paciente. Hace dos años enviudo súbitamente. El hijo mayor presentó problemas de conducta desde la niñez, tornándose tan violento que tuvo que pasar a la tutela de la comunidad de Madrid a la edad de 9 años, actualmente el mismo es mayor de edad y continuamente confronta a su madre. En la adolescencia sufrió un traumatismo ocular que llevó a la pérdida del ojo derecho. Ha realizado varios parasuicidios a lo largo de su vida, sin consecuencias graves, ni secuelas. Convive con una nueva pareja desde hace 2 años, por motivos de trabajo de este se han mudado a la región hace 4 meses atrás. Asistió en varias ocasiones a la UCA, pero no siguió con el tratamiento indicado, por miedo a los efectos adversos de la medicación. En las últimas semanas ha



concurrido al servicio de urgencias por presentar ingestión de benzodiazepinas y alcohol con fines autolíticos, sin llegar a requerir ingreso. Previamente a cada parasuicidio, robo dinero a su pareja para comprar cocaína (fumada y esnifada), desencadenado ello discusiones y finalmente gestos autolíticos.

Al momento de ser ingresada se diagnosticó:

Dependencia de alcohol, cocaína, Distimia y Trastorno Límite de la Personalidad

Tras explicársele las reglas de funcionamiento de la unidad de desintoxicación se mostró muy contrariada, dubitativa y ambivalente. Tras cinco horas de permanecer ingresada solicitó el alta, arguyendo que no necesitaba estar ingresada. Se comprobó la inexistencia de ideación suicida o productividad psicótica, corroborándose la preservación del juicio.

Comentario del caso.- El abordaje de los trastornos de la personalidad en general y del trastorno límite en particular es complejo dado que las propias características de los pacientes (impulsividad, inestabilidad, actitud demandante y dependiente) dificultan la implicación activa en el tratamiento y el cumplimiento terapéutico. La tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad en los pacientes cocainómanos es muy heterogénea, con una media en torno al 66% de los casos, aunque con una amplia variabilidad de unos estudios a otros. Sin embargo, se observa una cierta tendencia a presentar una mayor prevalencia en los trastornos de personalidad del grupo B (Fernández-Montalvo, 2007).

Se trata de una paciente con TUS y trastorno límite de la personalidad, por lo tanto la afectación de su voluntad (no psicosis, ni demencia) no está alterada, procede un seguimiento en UCA de zona, no en el Programa de Patología Dual Grave, que está especializado en casos graves que requieren tratamientos involuntarios (judicializados). La paciente al día siguiente asistió a la UCA de zona donde inició su tratamiento.

Caso clínico 8. Desintoxicación a opiáceos

JP es un varón de 43 años, divorciado hace 12 años, no tiene hijos y vive solo. Trabaja como electricista, aunque dejó de hacerlo desde hace unas semanas atrás debido a los síntomas de abstinencia que presenta.

Fue remitido por la UCA para desintoxicación de opiáceos. Ha usado heroína desde los 30 años, sobretodo fumada. Ha estado recibiendo metadona como parte de su tratamiento ambulatorio, pretende retirar la misma.

En la evaluación rebeló sentimientos de pérdida y tristeza por su situación actual. Los primeros días del ingreso presentó insomnio de conciliación que remitió a lo largo del tiempo. Se adaptó adecuadamente a las normas de convivencia de la unidad y participó de las sesiones de Psicoterapia Psicoeducativa Motivacional. Se redujo paulatinamente la dosis de metadona, sin



incidentes, al igual que no presento complicación alguna al ser sometido a un proceso de inducción con naltrexona y naloxona.

Al momento del alta estaba lucido, alerta, animado, temeroso a recaer, en fase de contemplación, duerme y se alimenta regularmente.

El diagnóstico de egreso fue: Dependencia de opiáceos.

El tratamiento pautado fue: 200 mg de quetiapina, 30 mg de mirtazapina y 50 mg de naltrexona.

Comentario del caso. Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) son la mejor alternativa de tratamiento de los adictos a opiáceos de que se dispone en la actualidad (Puigdollers, 2003). Sin embargo el estigma que pesa sobre los usuarios de metadona produce que varios de estos se desanimen de continuar con este tipo de tratamientos de sobrada eficacia, pero sobre los cuales caen los prejuicios de la comunidad e incluso de algunos miembros del colectivo médico.

La efectividad comprobada de los programas de naltrexona sitúa a este tipo de terapia como una de las armas disponibles en el tratamiento de las toxicomanías. Su empleo concomitante con otros recursos supone un aumento de la probabilidad de éxito, permitiendo la actual concepción de la toxicomanía una relación de complementariedad que no de exclusión con otros programas terapéuticos para tratar la dependencia de heroína (Ochoa, 2005). Se beneficiarían más satisfactoriamente, en principio, sujetos con buen apoyo familiar, escaso deterioro social, pacientes altamente motivados, que presenten recaída reciente, que procedan de programas de comunidad terapéutica o que se encuentren abstinentes pero percibiendo situación de riesgo (Madoz-Gúrpide, 2004). JP conserva la fuente laboral y no ha presentado deterioro cognitivo, ni físico, seguirá tratamiento ambulatorio en la UCA zonal.

3.3 Reporte de actividades en la Unidad de Toxicomanías (UT) del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

La Unidad de Toxicomanías forma parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia, establecida desde hace 22 años, está dirigida ininterrumpidamente desde entonces por el Profesor Gaspar Cervera. Bajo cuya dirección se realizó una pasantía de dos semanas.

En la UT se trata pues de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, donde se ingresa a pacientes toxicómanos remitidos mayoritariamente desde las distintas Unidades de Conducta Adictiva (UCAs) de la Comunidad Valenciana para su ingreso preferente. Los motivos de ingreso suelen ser la aparición, añadida a la drogodependencia, de trastornos psicopatológicos, trastornos orgánicos, embarazo, entre otros, que algunas veces requieren de una hospitalización. La mayoría de los pacientes ingresados sufren adicción a opiáceos, seguidos de la cocaína, el alcohol y los fármacos, tales como las benzodiazepinas. Sin embargo,



con frecuencia el diagnóstico primordial es el de dependencias múltiples, ya que la mayoría de los drogodependientes consume distintas sustancias, por lo que son politoxicómanos.

El ingreso a la UT es voluntario, al igual que la permanencia. La capacidad es de 8 plazas, 40 % de las mismas están reservadas a pacientes del sexo femenino. El tiempo de ingreso se prolonga hasta un máximo de 15 días.

En el apartado caso clínico se expone con detalle los procedimientos que se realizó en el tratamiento de una paciente que estuvo bajo nuestra directa responsabilidad en la UT. En la siguiente tabla 2, se describe las características de los pacientes a los que se atendió, en colaboración al Profesor Cervera.

Tabla 2. Descripción pacientes atendidos en la UT

Paciente	Diagnóstico	Farmacoterapia	Observaciones
C.P. 38 años	Dependencia de opiáceos, marihuana y alcohol. Trastorno Antisocial de la Personalidad	Metadona, lorazepam, clometiazol, quetiapina.	Desamparado (homeless). Remitido a UDR
J.F. 33 años	Dependencia de opiáceos, trastorno de estrés postraumático, déficit de atención del adulto en estudio.	Clonidina, diacepam, lorazepam. Se retiro gradualmente metadona	Contra el consejo médico el paciente decidió retirar la metadona. Remitido a UCA
A.T. 34 años	Dependencia de opiáceos, cocaína y alcohol. Depresión.	Diacepam, ácido fólico, complejo B, lorazepam, pregabalina y venlafaxina.	El paciente abandono el tratamiento al 4to día de su ingreso.
E.J. 41 años	Dependencia de benzodiazepinas (alprazolam) y distimia.	Diacepam, topiramato, lorazepam, levomepromazina, mianserina.	Paciente de género femenino. Remitida a UCA.
J.LL. 49 años	Dependencia de cocaína y opiáceos. Diabetes	Diacepam, aripiprazol, topiramato, metformina.	Antecedentes psicosis tóxica, remitido a UDR
J.C. 49 años	Dependencia de alcohol. Ludopatía. Diabetes	Diacepam, ácido fólico, tiamina, lorazepam, disulfiram, gliclazida.	Probable trastorno de la personalidad por evitación. Remitido a UCA y USM
L. P. 34 años	Dependencia de opiáceos y cocaína. Retraso mental leve.	Olanzapina, divalproato, metadona.	La paciente abandono el ingreso al 2do día.
V.H. 36 años	Dependencia de opiáceos y cocaína.	Olanzapina, topiramato, diacepam, metadona.	Derivado a UCA



El promedio de edad fue de 39 años, la media de 38 años; 75% (6) pertenecían al género masculino y 25 % (2) al sexo femenino. Al 75% (6) de los pacientes se les diagnóstico dependencia de opiáceos. El 50 % (4) tenía un trastorno psiquiátrico asociado. Fueron derivados a la UCA el 50% (4), a una UDR el 25% (2), mientras el 25% (2) solicito su alta y abandono el tratamiento.

3.4 Reporte de actividades realizadas en la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital Provincial de Castellón.

Las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) son el principal recurso de asistencia sanitaria al enfermo drogodependiente. Son dispositivos de referencia para el tratamiento ambulatorio de las drogodependencias y otros trastornos adictivos. Son centros de apoyo a la Atención Primaria.

Se realizo una pasantía de una semana en la UCA dependiente del Complejo Hospitalario Provincial de Castellón. La unidad está dirigida por la Dra. María Luisa Graña quien tiene a su cargo un equipo multidisciplinario compuesto por una psicóloga clínica, una asistente social, una DUE y personal de administrativo.

En la UCA se oferta servicios de tipo ambulatorio, se realiza controles toxicológicos y dispensación de metadona como tratamiento de sustitución. Los agonistas opiáceos se prescriben desde la década de los 80 con la finalidad de estabilizar al drogodependiente y modificar sus hábitos de consumo de una sustancia ilegal a otra controlada a nivel médico. Los objetivos se centran en el control sanitario de las consecuencias del consumo por vía endovenosa y como parte de una intervención biopsicosocial llevada a cabo por equipos terapéuticos multidisciplinarios formados fundamentalmente por personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares, psiquiatra y farmacéuticas en el caso de los centros prescriptores de metadona), social (trabajadoras sociales, educadoras sociales) así como psicólogos. La pasantía permitió aprender sobre el proceso de dispensación de metadona, así como la gestión de la misma por parte de la DUE.

En la unidad se ofertan sesiones individuales y grupales de psicoterapia interpersonal y cognitiva. Los objetivos son favorecer el desarrollo de normas, hábitos sociales, hábitos sanitarios e higiénico dietéticos, así como motivar y favorecer la abstinencia. Como parte de la pasantía se aprendió técnicas de entrevista motivacional.

En el trascurso de la experiencia en la UCA se atendió, en colaboración con la Dra. Graña, a 19 pacientes entre un rango de edad de 24 a 54 años, con un promedio de edad de 37 años y una media de 35. Un 84% (16) pertenecían al género masculino y 16% (3) al género femenino. El 80% (15) de los pacientes era policonsumidor, mientras el 20% (4) consumía una sola sustancia. El 68% (13) de la población atendida cumplía criterios para dependencia a opiáceos, una porcentaje similar para dependencia a cocaína, un 47% (9) para dependencia a cannabis, un porcentaje idéntico era dependiente de alcohol y un 10% (2) de benzodicepinas.

Los fármacos más prescritos fueron metadona, quetiapina, pregabalina y topiramato, así como inhibidores de la recaptación de serotonina.



3. 5 Un Caso Clínico de Desintoxicación en la UT del Hospital Clínico de Valencia.

E.J. es una mujer de 40 años, de etnia gitana, la cuarta de 11 hermanos, con antecedentes personales de dependencia de benzodiazepinas. Casada, madre de dos hijos de 17 y 24 años.

Entre los antecedentes familiares destacan cuatro hermanos y una hermana toxicómanos encarcelados, así como un hermano diagnosticado con depresión y adicto a benzodiazepinas, el mismo falleció por sobredosis hace nueve meses. Motivo que le ha impulsado a buscar tratamiento.

En lo que respecta antecedentes somáticos la paciente refiere padecer varices y dolores musculares inespecíficos crónicos.

Ingresa para desintoxicación de benzodiazepinas presentando ansiedad, irritabilidad, insomnio, ftofobia, parestesias, sudoración, palpitaciones y síndrome seudogripal. A la exploración, se encuentra consciente, desorientada espacialmente y poco colaboradora. Se objetiva palidez cutánea facial y sudoración profusa. Está eupneica y en la auscultación cardiopulmonar se aprecia taquiarritmia, sin soplos ni extratonos, buen murmullo vesicular, sin ruidos sobreañadidos. El abdomen no es doloroso, los ruidos hidroaéreos son normales, globo vesical palpable sin hepatoesplenomegalia. En miembros inferiores no hay edemas ni signos de trombosis venosa profunda y los pulsos pedios están presentes. El electrocardiograma muestra una taquicardia sinusal a 120 lpm. Neurológicamente se objetiva miosis bilateral con hiporreactividad pupilar, ptosis palpebral, escasos movimientos espontáneos en brazos y piernas, fuerza, sensibilidad y reflejos conservados, sin reflejos patológicos. Prueba de tóxicos en orina positiva para benzodiazepinas. Psicopatológicamente destacan distimias de ansiedad y tristeza, ideación autolítica poco estructurada, no hay síntomas productivos en rango psicótico. Discreto enlentecimiento psicomotriz. Insomnio de conciliación e hiporexia.

En su psicobiografía, cabe destacar una historia de agresiones físicas por parte del esposo. Estudios primarios hasta los 13 años. Casada desde los 15 años. Inició el consumo de alprazolam a los 25 años. Informa consumir diariamente 200 a 300 mg de alprazolam. Dice experimentar depresión continua desde los 20 años. Cae en contradicciones continuas y demanda permanentemente medicación, así como responsabiliza a terceros de sus decisiones.

La paciente refiere que, en algunas ocasiones, ha sufrido episodios caracterizados por somnolencia, intensa fatiga, mareos, dificultad para deambular y disartria que le impedían avisar a sus familiares, quedando dormida hasta la mañana siguiente, y cuando despierta lo hace con la sensación de estar muy sedada. Refiere que estos cuadros se relacionaban con consumos de un número importante de pastillas de tranquilizantes.

Según nos cuenta la familia, en las últimas 3 semanas ha empeorado su estado de ánimo, ha abandonado sus actividades cotidianas, negándose a cualquier relación interpersonal y permaneciendo aislada en su habitación. Ha disminuido de manera importante la ingesta de



alimentos. Paralelamente, demanda a la familia grandes cantidades de ansiolíticos, hipnóticos y antiinflamatorios.

La paciente presenta criterios DSM IV-TR para **dependencia de benzodicepinas**, ha ido incrementando su consumo en los últimos 12 meses, sin que ningún médico le haya prescrito cambios en su medicación. Podemos suponer que lo ha hecho porque cada vez ha necesitado más cantidad de sustancia para conseguir los mismos efectos, es decir, por el fenómeno de tolerancia. Además, al ingresar presentaba un síndrome de abstinencia. Ha reducido de manera significativa sus actividades sociales, laborales y recreativas, dejado de frecuentar a sus amistades y pasa la mayor parte del tiempo en su habitación sin realizar actividad alguna. Continúa consumiendo a pesar de los efectos nocivos claros sobre su estado, utilizando mucho tiempo en la provisión de la sustancia.

Según criterios de la DSM IV-TR, presentaría además criterios de **abstinencia a benzodicepinas** a su llegada al hospital y un trastorno depresivo, en este caso, no especificado, pues es la entidad de esta clasificación donde se contemplan los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen criterios de trastorno depresivo mayor ni de distimia y donde el clínico no puede determinar si el estado de ánimo presente es primario o inducido por una sustancia.

La dependencia a benzodicepinas (Franco, 2003) es un concepto basado en los cambios adaptativos que se producen tras su administración crónica y se manifiesta por la aparición de tolerancia a los efectos conductuales de las benzodicepinas y la aparición de síntomas físicos o cambios del comportamiento tras la supresión del fármaco. La dependencia a benzodicepinas sólo aparece en el 15 % de los pacientes sometidos a tratamientos prolongados.

Las benzodicepinas están aprobadas como tratamiento para la ansiedad, el insomnio, asociados a antipsicóticos o antidepresivos en enfermedades psiquiátricas, como tratamiento de los efectos indeseables de los neurolépticos o en otras áreas de la medicina como anestesia, neurología. Sin embargo, la prescripción médica no es siempre el principio del consumo. Se sabe que hay conductas de autoadministración y de búsqueda en sujetos con problemas relacionados con otras drogas. Estas conductas de automedicación podrían relacionarse con la búsqueda de los efectos directos de las benzodicepinas y de su capacidad para potenciar efectos de otras drogas. En el caso de esta paciente, como en otros muchos, el inicio del consumo es por prescripción médica; sin embargo, observamos que sus circunstancias de consumo son de administración no supervisada médicamente; asociándose este hecho, frecuentemente, con el abuso de benzodicepinas. Inicialmente a esta paciente se le prescribió como tratamiento del insomnio, tras un tiempo, se mostro incapaz de suspenderlo; incrementando la cantidad de la prescrita

Existen unas recomendaciones de uso de benzodicepinas para evitar la dependencia como pueden ser la indicación correcta del fármaco y en el paciente adecuado. Por ejemplo, ante un



paciente que consulta por ansiedad, debemos explorar otra sintomatología acompañante para precisar el diagnóstico (por ejemplo, depresión) y tratarlo con medicación que actúe sobre la base neurobiológica de la enfermedad (por ejemplo, antidepresivos). Siempre debemos considerar los ansiolíticos dentro de una estrategia completa que incluya el abordaje farmacológico y medidas psicoterapéuticas del paciente. Otras medidas preventivas serían el control del tiempo, el uso de dosis mínima eficaz y la vigilancia de síntomas y signos precoces de dependencia.

El uso benzodicepinas de vida media más corta se asocia a síntomas más precoces e intensos de abstinencia y con el abandono de los programas de discontinuación. Mayores dosis se asocian con abstinencia más grave. La duración prolongada del tratamiento también se relaciona con mayor probabilidad de aparición de síntomas de abstinencia. Otros factores de riesgo se relacionan con las características del trastorno mental de base o con características específicas de personalidad tipo límite, dependiente, disocial. En este caso EJ presento durante el tiempo de su ingreso un discurso marcado por la fabulación, la ambigüedad y la suspicacia. Probablemente su actitud está relacionada con factores culturales, más que con características de la personalidad.

La evidencia sugiere que entre los gitanos existe un pobre acceso a los servicios de salud y una escasez de uso de los cuidados preventivos, en parte debido a las creencias en el destino y la predestinación como causantes de la enfermedad (McKee, 1997). Por ejemplo, en un estudio realizado en Estados Unidos se demuestra que cuando estos pacientes buscan cuidados médicos frecuentemente entran en conflicto con el personal sanitario, que encuentra su comportamiento confuso, demandante y caótico. Los gitanos han mantenido una sociedad cerrada con su código moral interno y su sistema legal. Cuando enferman presentan una importante dicotomía entre el temor primitivo sobre el proceso de enfermar frente a una sofisticación sorprendente para los términos médicos y para el trabajo de los hospitales (Thomas, 1985).

En un centro de salud de Castellón (Cabedo García, 2000) se intentó conocer y comparar las características sociodemográficas y del estado de salud de payos y gitanos, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el que se compararon los dos grupos apareados por edad. Los resultados que se obtuvieron fueron que existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de instrucción, profesión y situación laboral, un mayor número de consumidores de alcohol y drogas por vía parenteral (en ambos casos existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, pero no en el caso del consumo de tabaco) y una edad de muerte más temprana (40,3 años de media en gitanos frente a 73,3 años en payos). Paradójicamente existía una mayor utilización de la medicina privada por los gitanos, constituyendo un posible factor causal su actitud ante la enfermedad, que casi siempre interpretan como grave y urgente. Esto también les hace acudir en la mayoría de las ocasiones de forma urgente a la consulta o sin cita previa, produciendo graves problemas en la relación médico-paciente. La tasa de mortalidad más alta en el grupo de



gitanos fue debida a enfermedades infectocontagiosas (46,6% del total), mientras que en el grupo de los payos la principal causa eran las enfermedades cardiovasculares (43,7 %).

Entender las bases socioculturales de las conductas relacionadas con la salud es necesario para conseguir unos cuidados de salud efectivos y culturalmente competentes. Los gitanos, como cualquier otro grupo étnico, presentan unas creencias y conductas culturales distintivas relacionadas con la salud y los cuidados de salud. El conocimiento de estas características y la adaptación a las diferencias culturales son importantes en sus cuidados de salud (García-Campayo, 2007). Se ha comprobado, al igual que en el caso de otras minorías étnicas, la eficacia de los llamados «mediadores culturales», personas bien formadas y buenas conocedoras del entorno y costumbres gitanas que facilitan tanto la correcta recepción de los mensajes como la adecuación de las claves utilizadas en la intervención (Ferrer, 2003).

Ante los desafíos de interacción que planteaba la relación médico paciente se mantuvo una actitud empática y flexible, a la vez de firmeza en el cumplimiento de la dinámica terapéutica de la unidad. La paciente respondió permaneciendo voluntariamente el tiempo requerido para la desintoxicación y cumpliendo con las normas.

Farmacológicamente se llevo a cabo un plan de retirada gradual con el objetivo de llegar a la supresión total del consumo de benzodicepinas. La retirada gradual consiste en reducir paulatinamente la dosis inicial en un cuarto al inicio de cada semana. Si aparece sintomatología derivada de la reducción de dosis, puede retomarse la dosis anterior e reintentar disminuir la dosis la semana siguiente. Así, la duración como mínimo del proceso de retirada es de 4 semanas, recomendándose hasta 16 aunque puede prolongarse el programa de retirada en el tiempo, dependiendo de las características del paciente (Voshaar, 2006)

Los programas de retirada de benzodicepinas de vida media corta en general son dificultosos, porque aparecen, con mucha frecuencia y a pesar de ser muy cuidadosos, síntomas de abstinencia. Por eso, lo que hicimos previamente al inicio del programa es sustituir la dosis de benzodicepinas de vida media corta que la paciente venía tomando por una dosis equipotente de benzodicepina de vida media prolongada. Para esta opción es particularmente efectivo el uso de diazepam. Las primeras dos semanas se realizaron bajo el régimen de ingreso y se derivó a la paciente a la UCA para continuar con la retirada gradual bajo régimen ambulatorio.

En los programas de discontinuación se pueden y deben asociar intervenciones psicosociales como intervenciones de asesoramiento, terapias cognitivo-conductuales, psicoterapia de apoyo, etc. que doten al paciente de recursos para poder afrontar su ansiedad y sus dificultades de la vida cotidiana. Durante el ingreso de trabajo con la paciente utilizando técnicas de resolución de problemas y de asertividad, con buena respuesta. Al momento del alta la paciente había mejorado su estado de ánimo, cedieron los síntomas físicos, dormía y se alimentaba regularmente, así como se mostraba en etapa contemplativa en relación al TUS.



El esquema farmacológico prescrito al alta fue: diazepam 30, topiramato 250 mg, mianserina 30 mg y 50 mg de levomepromazina.

4. Anteproyecto de Investigación.

Título: Las dimensiones de personalidad de Cloninger como predictores del abuso de sustancias en pacientes bipolares.

Fundamentación: El Trastorno Bipolar es uno de los Trastornos Mentales Graves más frecuentes. El curso y pronóstico de la enfermedad vienen determinados en gran medida por la existencia de complicaciones. Entre las complicaciones se encuentra el abuso de sustancias (muchas veces utilizado como alivio de los síntomas depresivos o ansiosos). El trastorno Bipolar es el diagnóstico del Eje I que con mayor probabilidad va a presentar un diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) comórbido

Por otro lado, el modelo psicobiológico de Cloninger, propone siete dimensiones para explicar la personalidad entre las que se encuentra la Búsqueda de Novedades (BN), que lleva a la actividad exploratoria y que esté relacionada con los síntomas del Cluster B (impulsivo). De este modelo nació el TCI (Temperament and Character Inventory), que mide puntuaciones para las 4 dimensiones temperamentales (entre las que se encuentra La BN) y las 3 dimensiones caracteriales.

Objetivos: Con este estudio se pretende, utilizando el modelo de personalidad de Cloninger, explorar la posible influencia de altas puntuaciones en la dimensión Búsqueda de Novedades en la aparición comórbida del Trastorno Bipolar Tipo I y el TUS. Esto permitiría usar esta dimensión como screening de pacientes con alto riesgo de desarrollar patología dual.

Este estudio ha sido desarrollado por el Dr. Gonzalo Haro y cols. Se pretende ampliar la base datos con una muestra de la población boliviana para incrementar la potencia del estudio

Hipótesis: La Búsqueda de Novedades (modelo de Cloninger) en la aparición comórbida del Trastorno Bipolar, favorece la predisposición para desarrollar Trastorno por Uso de Sustancias.

Metodología: El estudio medirá las cuatro dimensiones del temperamento propuestas por Cloninger y cols (1993) en tres grupos separados de pacientes con TB: (a) Sin una historia de TUS, (b) Con una historia en el curso de la vida de TUS pero sin uso, abuso o dependencia actuales, y (c) con TUS actual. El estudio es de observación y transversal, incluyendo aspectos descriptivos y analíticos.

Para la realización del estudio se redactara un documento de consentimiento informado, el mismo será sometido a la evaluación del comité de ética de la Universidad de Santa Cruz UPSA, que será el ente al que se solicitara la aprobación ética del mismo.



La muestra estará compuesta por sujetos derivados de un hospital psiquiátrico monovalente, un servicio de psiquiatría de un hospital general y dos clínicas psiquiátricas privadas.

1. *Criterios de inclusión:* Cumplir con criterios DSM IV TR para trastorno bipolar tipo I o II
2. *Criterios de exclusión:* Experimentar un episodio depresivo, hipomaniaco o maniaco en el momento de la evaluación.
3. *Instrumentos a utilizar:* Escala de Manía de Young, Escala de Depresión de Montgomery y Asberg y Temperament and Character Inventory

Se reclutará una muestra de 60 sujetos, divididos en grupos de 20 por cada submuestra. Tras ser derivado del centro asistencial, el paciente firmará el consentimiento informado y se lo evaluará usando los instrumentos descritos para asegurar la eutimia de los pacientes y la no comorbilidad en el eje I (a excepción del TUS) y se les evaluará con el TCI y un cuestionario de consumo de sustancias.

Variabes: El cuestionario TCI será utilizado para obtener las dimensiones de personalidad como variables predictivas. Los puntajes obtenidos de las escalas de Manía de Young y de Depresión de Montgomery y Asberg, como variables descriptivas.

Análisis Estadístico: El análisis de los datos será hecho utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales versión 11. Las diferencias en los promedios de las dimensiones de la personalidad serán analizadas con una prueba ANOVA, así como la edad y los puntajes para depresión y manía.

Material a utilizar

- 1) Papelería
- 2) Dos ordenadores portátiles
- 3) Instrumentos psicométricos: TCI, EMY, EDMA
- 4) Dos ejemplares del DSM IV TR
- 5) Paquete estadístico

Grupo de trabajo

- 1) Un investigador jefe como coordinador.
- 2) 2 psiquiatras para evaluar la admisión de los sujetos
- 3) 2 psicólogos para aplicar los instrumentos
- 4) 1 técnica en estadística



Cronograma de investigación

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño final del estudio	X				
Aplicación de una prueba piloto	X				
Reclutamiento de sujetos		X	X	X	
Análisis de los datos					X
Presentación de los resultados					X



Referencias Bibliográficas.

Asociación de Conductas Adictivas y Patología Dual ACAPI. Programa de intercambio. Buscar en <http://www.acapi.org.ar/programas.php> (visualizado el 10 de junio de 2010).

Asociación de Psiquiatras de América Latina APAL. Programa Jofré, de Intercambio para la formación e investigación en Psiquiatría. Buscar en: <http://www.apalweb.org/docs/jofre.pdf> (visualizado el 15 de abril de 2010).

Bara J, Benito A, Real M, Mateu C, Martín E, López N, Haro G. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. Adicciones, 2010 · Vol. 22 Núm. 1 · Págs. 15-24

Blanco P, Sirvent C, Villa Moral M, Linares M, Rivas C. Psicopatología y género en adicciones. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Buscar en: <http://psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/755/1/1cof1046615.pdf> (visualizado el 4 de julio de 2010).

Boletín APAL, APAL firma colaboraciones. Año L - Edición 01- Enero/FEBRERO /MARZO 2010

Bessoe, P. Spain is the cradle of psychiatry. American Journal of Psychiatry, 101. 1944-1945.

Cabedo García VR, Ortells i Ros E, Baquero Toledo L, Bosch Girona N, Montero Royo A, Nacher Fernández A, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. Aten Primaria 2000;15:21-5.

Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ, González h, Iruarrizaga I. El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. Anales de Psicología, 1994, 10(2), 145-156

Chappel J, Ross S. Substance use disorders: Difficulties in diagnoses (1998) Psychiatric Clinics of North America, 21 (4), pp. 803-828.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993;50:975-90.

Diario Médico. El policonsumo y la patología dual centraron el nuevo plan sobre drogas. 30 de junio de 2010. Pág. 4.

F. Fernández-Montalvo y I. Lorea. Comorbilidad de la adicción a la cocaína con los trastornos de la personalidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2007, Vol. 30, Nº 2, pp. 225-231.

Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. Gac Sanit 2003;17(Supl. 3):2-8.



Franco MD, Sanmartín A, Giner J. Hipnóticos, ansiolíticos y sedantes. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, editores. Manual de evaluación y tratamiento de las drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.

García-Campayo J, Alda M. Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España. Actas Esp Psiquiatr 2007;35(1):59-66

Generalitat Valenciana. Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en la Comunitat Valenciana. Generalitat Conselleria de Sanitat (eds) 2007.

Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J. Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59:375-80.

Haro G, Barea J, Ramírez N, López N, Cervera G. Manual de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (TPMB). Ergon (ed). Madrid, 2006. pp. 1-35.

Haro G. Necesidad de programas específicos de seguimiento en patología dual: la nueva experiencia del hospital provincial de Castellón. En: Manejo Clínico del Paciente con Patología Dual. Bobes J, Casas M. (eds) Valencia: Socidrogalcohol ed; 2009. Pp. 107-21.

Henderson MC, Albright JS, Kalichman S, Dugoni B. Personality Characteristics of Young Adult Offspring of Substance Abusers: A Study Highlighting Methodological issues. Journal of Personality Assessment, Volume 63, Issue 1 August 1994, pages 117 – 134.

Herrero MJ, Domingo Salvany A, Torrens M, Brugal MT; ITINERE Investigators. Psychiatric comorbidity Depresión in young cocaine users: induced versus independent disorders. Addiction. 2008;103:284-93.

INE. Las personas con discapacidad y su relación con el empleo. Encuesta de población activa del segundo trimestre de 2002. 2003.

Jones B, Katz N. Madness and Addiction: Treating the Mentally Ill Chemical Abuser. Journal of Health Care for the Poor and Underserved. Volume 3, Number 1, Summer 1992, pp. 39-45

Kessler R, Berglund P, S. Zhao, P.J. Leaf, A.C. Kouzis and M.L. Bruce et al., The 12-month prevalence and correlates of serious mental illness (SMI). In: R.W. Manderscheid and M.A. Sonnenschein, Editors, Mental health, United States, U.S. Government Printing Office, Washington, DC (1996), pp. 59–70.

Koldobsky N. Trastornos de Personalidad y Trastornos del Uso de Sustancias. Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Buscar en: <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/877/1/16cof145444.pdf> (visualizado el 10 de julio de 2010).



- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E. Promotion of Mental Health on the European Agenda. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Dpt. for Prevention and Promotion; 2000.
- Madoz-Gúrpide A, Barbudo E, Navio M, Villoria L, Ochoa E. Addiction characteristics as prognostic factors in opiate dependence treated with naltrexone. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32:199-210.
- Malpica CR, De la Portilla Geadá N, Historiografía de la Psiquiatría Latinoamericana. *Investigación en Salud*, 2002. Diciembre, vol.4 num.3. Universidad de Guadalajara, México.
- Mari, J.J. ; Streiner, D, The effects of family intervention for those with schizophrenia, 1996, *Cochrane Database Syst Rev* (3).
- McKee M. The health of gypsies. *British Medical Journal* 1997; 315:1172-3.
- Ochoa, E.; Madoz-Gúrpide, A. Situación actual de los programas con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Revisión de su efectividad. *Adicciones* (2005), Vol. 17, Supl. 2 pp.223-230.
- Ochoa E. Relación entre la conducta antisocial y el consumo de sustancias adictivas en adolescentes de educación media y media superior en Navojoa, Sonora, México. Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Buscar en: <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/751/3/1cof245277.pdf>
- Ponce G, Rodríguez-Jiménez G. Uso de antiepilépticos en adicciones. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36 (Supl. 3):22-27.
- Postel J, Quétel C. Nueva historia de la psiquiatría. Fondo de Cultura. México 2002.
- Puigdollers E, et al. Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gaceta Sanitaria* 2003;17(2):123-30
- Rahav M, Link B. When Social Problems Converge: Homeless, Mentally 111, Chemical Misusing Men in New York City. *Substance Use & Misuse* 1995, Vol. 30, No. 8 : Pages 1019-1042
- Regier DA, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-18.
- Roncero C, López-Ortiz C, Barrial C, Sáez-Francás N, Rovira M, Casas M. Tratamiento concomitante de litio y metadona en un paciente bipolar: a propósito de un caso. *Adicciones*, 2009 · Vol. 21 Núm. 2 · Págs. 167-172
- Rubio G. ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2: 74-76



Rubio G, Torrens M, Calatayud M, Haro G. Modelos asistenciales para patología dual. En: Tratado sobre patología dual. Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G (eds) MRA Médica ed; 2010. Pp. 745-759

Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vazquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gomez-Beneyto M, Torres F. La Salud Mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas. In: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, eds. Invertir para la salud Prioridades en salud pública Informe SESPAS 2002, 2002

SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. La salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. SESPAS 2000. Granada 2000.

Simbor MJ. L'Hospital d'Innocents, folls e orats de València. Revista d'història medieval, 1996.

Smith GL, Morris P. Dual diagnosis: what does it mean? Mental Health and Substance Use: dual diagnosis, Volume 3, Issue 2 June 2010, pages 162 – 165.

Thomas JD. Gypsies and American medical care. Ann Intern Med 1985;102:842-5.

Torrens M, Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, ISSN 0214-4840, Vol. 20, Nº. 4, 2008, pags. 315-319.

Traver F. Blog de Neurociencia Neurocultura. Buscar en: <http://pacotraver.wordpress.com/2010/05/15/patologia-dual> (visualizado 21 de junio 2010).

Trippier J, Parker N. Reflections on the role of the specialist dual diagnosis clinician. Advances in Dual Diagnosis. Volume 1, Number 1 / August 2008, pags. 14-18

Viqueira C. Los hospitales para locos e «inocentes» en Hispano-América y sus antecedentes españoles. Universidad de Iberoamérica. México, 1970.

Voshaar RC, Couvée JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use. Meta-analysis. Br J Psychiatry. 2006;189:213-20