

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



**SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL
DE LA CLÍNICA DE ADICCIONES DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA
MORELOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
NOE FUENTES LOPEZ

TUTOR TEORICO
DR. MIGUEL PALOMAR BAENA

TUTOR METODOLOGICO
M en C. VIRGINIA BARRAGÁN PÉREZ

MEXICO, D.F. FEBRERO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis maestros Dr. Miguel Palomar, Dr. Rigoberto Villalobos, Dr. José Luis Jiménez y Jesús Padilla por el compromiso para con la docencia y sobre todo por la paciencia que mostraron con sus alumnos.

A la Mtra. Virginia Barragán por su humanismo, profesionalismo y humildad.

A mi esposa Concepción Treviño por creer en mí y estar siempre a mi lado.

A mi hijo Diego Sebastián por ser ese motor que impulsa mi vida

A Dios que siempre me fortaleció y bendijo en esta hermosa profesión que es la
Psiquiatría.

CONTENIDO

INTRODUCCION

<u>INTRODUCCION.....</u>	<u>4</u>
<u>MARCO TEORICO.....</u>	<u>5</u>
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>8</u>
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</u>	<u>9</u>
<u>JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>10</u>
<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>11</u>
<u>OBJETIVO GENERAL.....</u>	<u>11</u>
<u>HIPÓTESIS</u>	<u>12</u>
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	
<u> DISEÑO DE ESTUDIO</u>	<u>13</u>
<u> POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</u>	<u>13</u>
<u> CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....</u>	<u>14</u>
<u> VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN</u>	<u>15</u>
<u> MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</u>	<u>20</u>
<u> ANÁLISIS ESTADISTICO.....</u>	<u>20</u>
<u>RESULTADOS.....</u>	<u>21</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>27</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>30</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>31</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>38</u>

Introducción

Los avances científicos en el campo de la adicción han desestimado la noción de que la adicción refleja una falla del control voluntario sobre el consumo, mientras que se ha demostrado fehacientemente que es una enfermedad del cerebro (1).

La patología dual se define como la presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo, dentro de un periodo concreto (2). Diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo principalmente en Estados Unidos indican que esta comorbilidad es muy elevada, siendo mayor en sujetos en tratamiento, y esta presencia concomitante de varios trastornos tiene implicaciones clínicas, evolutivas y terapéuticas relevantes (3,4). Pitkanen y cols. (2005) Reportan que los trastornos por uso de sustancias (TUS) se incrementan desde los 13 (3,7% de prevalencia) hasta los 18 años (22,3% de prevalencia) y que el comienzo precoz es un predictor de TUS a lo largo de la vida (5). Numerosos estudios corroboran la elevada ocurrencia de psicopatología concomitante en pacientes con trastorno por uso de sustancias (Nocon, Berge, Astals, Martín-Santos y Torrens, 2007; Sánchez, Tomás y Morales, 2000; Schneider et al., 2001; Schulte, Meier, Stirling y Berry, 2008), (6, 7,8).

Se han realizado estudios de la prevalencia de Patología Dual por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) se detectó un 34% de prevalencia de esta, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente que en la de salud mental (Szerman et al, 2011). (9). Hoy en día, la patología dual (PD), es una realidad clínica a tener en cuenta por todos los profesionales que trabajan en el ámbito clínico; puesto que el uso de sustancias está fuertemente asociado con la morbilidad psiquiátrica (10, 11). El conocimiento sobre la

distribución de la PD y las características de estos sujetos puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios

Estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de patología dual en población estadounidense, como NIMH-ECA (National Institute of Mental Health-Epidemiologic Catchment Area) reportan datos de prevalencia en cuanto a una morbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y trastornos afectivos de entre 32 y el 20,13 %, y trastornos de ansiedad de entre 23,7 % y 17,75%. (12, 13,14, 15).

Existe una elevada comorbilidad con los trastornos de ansiedad, que tienen repercusiones pronósticas y terapéuticas relevantes. Esta comorbilidad se asocia con mayor frecuencia de otros trastornos comorbidos y mayor gravedad u discapacidad asociada (16,17)

La patología dual lleva a un aumento en las tasas de recaídas, imposibilidad para permanecer en los programas de rehabilitación, así como a un mayor número de hospitalizaciones y costos a largo plazo (18).

Pacientes con patología dual muestran más conductas de riesgo e infecciones relacionadas como la infección por el VIH y el virus de la hepatitis C (19, 20,21). En un estudio reciente realizado en España por Casares-López et al. (2010) en una muestra de 159 pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias encontró que 78.7% de la muestra presentaba diagnóstico psiquiátrico comorbido. Los factores sociodemográficos, psicosociales, el grado de expresión psicopatológica y la las características del consumo han sido evaluados como posibles predictores de mayor severidad clínica y mal pronóstico a largo plazo la adicción (22).

Una particularidad de estos pacientes es la ausencia de conciencia de enfermedad (23), característica clínica que contribuye a que no busquen atención médica oportuna y ocasiona

una demora en la atención médica en aproximadamente 10 años (24) sumado a esto, se encuentra la escasa motivación que presentan para recibir tratamiento

El índice de severidad de la adicción ha demostrado su confiabilidad y validez como instrumento clínico y de investigación. Se diseñó para evaluar los múltiples problemas que se observan en personas dependientes al alcohol o alguna droga y que buscan tratamiento. Es un instrumento básico para la práctica clínica, ya que permite realizar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción, evaluar su gravedad y ponerlos en un contexto bio-psico-social. Al proporcionar un perfil del paciente en distintas áreas de su vida permite un diagnóstico comprensivo y facilita la planificación de la intervención terapéutica más apropiada para cada paciente. También es de gran utilidad en tareas de investigación, ya que permite emplear sus puntuaciones como variable dependiente para comparar pacientes. Se ha evaluado en diferentes países y se ha señalado como un instrumento clínico y de investigación con propiedades psicométricas adecuadas para emplearse tanto en países anglo e hispanoparlantes además proporciona una valoración de la severidad de la adicción, entendida como ‘necesidad de tratamiento adicional’, de cada uno de los problemas comúnmente relacionados con el consumo de drogas. Explora siete áreas problemáticas a través de siete escalas, a saber: la ‘salud física’, ‘historia familiar’, el ‘empleo / recursos’, el ‘consumo de drogas/ alcohol’, la ‘situación legal’, las ‘relaciones socio-familiares’ y la ‘salud mental’. (23-29).

Castillo Iraurgi (2004) en un estudio realizado a 140 pacientes que iniciaban tratamiento observó dentro de los problemas asociados a la adicción mediante el uso del índice de severidad de la adicción, las áreas más comprometidas (puntuaciones cercanas a 5 ó superiores) para el caso de la Valoración de la severidad de la adicción, fueron el uso de drogas, el empleo y las situaciones socio-familiar y de salud mental, entre las que destaca

con valoración de mayor gravedad el uso de drogas. Las dos áreas donde se ha observado mayor gravedad en general son en el uso de alcohol y uso de drogas (30). En otro estudio realizado en comunidad terapéutica y prisión donde se utilizó el índice de gravedad de la adicción con una muestra de 174 toxicómanos que comenzaron a recibir tratamiento para sus problemas adictivos, se observó que en el grupo de prisión hubo mayor gravedad de la adicción en las siguientes áreas. Asesoramiento legal, familiar y social mientras que en el grupo de comunidad terapéutica se percibió mayor gravedad de la adicción en el abuso de drogas y alcohol (22).

Planteamiento del problema

La adicción a sustancias psicoactivas es el mayor problema de salud pública a nivel mundial, con el tercer lugar de morbi-mortalidad por causas prevenibles según el informe mundial sobre de las drogas de la OMS 2009(31). Problema que se agrava aún más al coexistir con otros trastornos psiquiátricos. Actualmente existe conocimiento de que la presencia de psicopatología asociada con los trastornos por uso de sustancias es un factor de mal pronóstico y menor apego a tratamiento en estos pacientes. (32) Estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de patología dual en población estadounidense, como NIMH-ECA (National Institute of Mental Health-Epidemiologic Catchment Area) reportan datos de prevalencia en cuanto a una comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y trastornos afectivos de entre 32 y 20,13 %, y trastornos de ansiedad de entre 23,7 % y 17,75%. La Encuesta Nacional sobre las Adicciones (2011) nos revela detalles de una gravedad mayor: la prevalencia del consumo de las drogas ilícitas no se redujo, mientras que el uso y abuso de las llamadas “drogas lícitas” como el alcohol y el tabaco, no sólo creció, sino que además se redujo la edad de inicio en el consumo y adicción a las mismas (33). Las diferentes formas de patología dual que han sido observadas para las distintas sustancias tienen consecuencias negativas directas tanto para la persistencia como para la gravedad de estos trastornos (34). La severidad de la adicción tiene un efecto directo sobre el pronóstico y es un claro indicador de aquellos pacientes que requieren un replanteamiento en su tratamiento, son pocos los estudios que existen para evaluar la severidad de la adicción y los pocos que existen se han realizado en población penitenciaria, además de que en la revisión bibliográfica realizada para este trabajo de tesis no se encontraron estudios que detallen la relación que existe entre la severidad de la adicción y el número de diagnósticos psiquiátricos asociados (35)

Por lo que cabe hacer el siguiente cuestionamiento.

¿Cuál es la relación entre la severidad de la adicción y el número de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con patología dual de la clínica de adicciones del hospital de psiquiatría Morelos?

Justificación

El desconocimiento de la patología dual ha dejado un vasto grupo de pacientes privados de un diagnóstico que pueda modificar el curso clínico del padecimiento. Las investigaciones muestran que los trastornos psiquiátricos pueden iniciar o agravar el consumo de drogas y a la inversa (36). Es importante realizar un diagnóstico dual y valorar de forma integral todas las áreas que se ven afectadas por la adicción, para realizar un replanteamiento y modificaciones en el tratamiento con la finalidad de modificar el pronóstico (37). Al identificar la patología dual y la severidad de la adicción en los pacientes podría cambiar el pronóstico de estos pacientes evitando las recaídas, imposibilidad para permanecer en los programas de rehabilitación, así como a un mayor número de hospitalizaciones y costos a largo plazo. La elevada gravedad clínica y social junto con sus altas prevalencias y las dificultades terapéuticas, justifica el interés que en estos momentos plantea el estudio de la co-ocurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas y la asociación de severidad con el número de comorbilidades. Actualmente no se cuenta con datos sobre la asociación del número de comorbilidades psiquiátricas y la severidad de la adicción en pacientes con patología dual que acuden a la clínica de adicciones del hospital de psiquiatría Morelos. Esto conlleva al desconocimiento del verdadero impacto de la patología dual en la respuesta al tratamiento, pronóstico y evolución, con lo cual se podría rediseñar el tratamiento integral, psicosocial, psicofarmacológico e individual de estos pacientes y al mismo tiempo reducir el riesgo recaídas y costos que generan a la institución.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre la severidad de la adicción y el número de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con patología dual de la clínica de adicciones del hospital de psiquiatría Morelos.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar la severidad de la adicción en pacientes con patología dual de la clínica de adicciones del hospital de psiquiatría Morelos.
- 2.- Determinar el número de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con trastornos por uso de sustancias

Hipótesis

- La severidad de la adicción se incrementa en relación directamente proporcional con el número de diagnósticos psiquiátricos asociados.

Material y métodos

Diseño

Descriptivo

Observacional

Transversal

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Población

Hombres y mujeres, entre 18 y 65 años de edad, atendidos en la clínica de adicciones del hospital de Psiquiatría Unidad Morelos.

Lugar: Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria, Hospital de Psiquiatría “Morelos”; del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Muestra

Para el cálculo de la muestra se tomó en cuenta el universo de pacientes de la clínica de adicciones y para la prevalencia se tomó como base el estudio internacional de Szerman y cols. (2011) sobre prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento, misma que fue de 34%

Se utilizó la siguiente fórmula

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

N: 100 adultos pertenecientes a la clínica de adicciones

k: nivel de confianza 95 % (2)

e: error muestral deseado 0.5%.

p: 0.34 = prevalencia de patología dual en centros de atención a drogodependientes

q: 0.66

n= 81 pacientes con trastorno por uso de sustancias

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

1. Hombres y mujeres de 18 a 65 años o más, con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias más otro trastorno psiquiátrico que acudían a la Clínica de adicciones del Hospital de Psiquiatría Morelos
2. Pacientes que estaban bajo tratamiento en la clínica de adicciones del hospital de psiquiatría Morelos.
3. Escolaridad mínima de tercer grado de primaria
4. Que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con retraso mental.
2. Pacientes en estado confusional agudo (Delirium).
3. Pacientes con diagnóstico de Demencia.

Criterios De Eliminación:

1. Cuestionarios que tuvieron 20% o más respuestas sin contestar

Variables y escalas de medición

Severidad de la adicción

Definición conceptual

Es entendida como la necesidad de tratamiento cuando éste no existe, o como la implementación de un tratamiento adicional en caso de que en la actualidad ya esté recibiendo tratamiento.

Definición Operacional

Se utilizó el cuestionario: Índice de severidad de la adicción versión 5 para evaluar la severidad de la adicción en pacientes con patología dual, el cual consta de 170 ítems, que entrega información acerca de la severidad de la adicción. Las puntuaciones totales de cada una de las secciones siguen un modelo lineal; un valor más alto se interpreta como un problema más grave.

El rango de las puntuaciones posibles de gravedad para cada una de las diferentes áreas problema, oscila entre 0 (ausencia del problema) y 9 (problema extremo):

- 0-1 no hay problema real
- 2-3 problema leve
- 4-5 problema moderado,
- 6-7 problema considerable
- 8-9 problema extremo

Explora siete áreas problemáticas a través de siete escalas, a saber:

1. Salud física. (16 ítems)
2. El empleo / recursos. (26 ítems)
3. Drogas/alcohol. (28 ítems)
4. La situación legal. (23 ítems)
5. Historia Familiar (51 ítems)
6. Relaciones familiares/sociales. (26 ítems)
7. Salud Mental. (22 ítems)

Patología dual (número de diagnósticos psiquiátricos)

Definición conceptual:

Es la comorbilidad entre patología psiquiátrica y trastorno por uso de sustancias, donde se presenta una coexistencia en el mismo individuo de un doble diagnóstico que puede incluir un número indeterminado de diagnósticos: un trastorno por uso de sustancias más otros trastornos psiquiátricos (38).

Definición operacional:

Se determinó el diagnóstico de patología dual mediante los criterios de las clasificaciones del DSM IV TR y la CIE 10 utilizando la **Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional** (MINI) Captados como: 1, 2, 3,4 y más de 4 diagnósticos.

Instrumentos

Escalas de medición

Addiction Severity Index-5 (ASI-5) (39)

Es un instrumento basado en un formato de entrevista clínica semiestructurada cuyo propósito es la evaluación multidimensional de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Explora siete áreas problemáticas a través de siete escalas, a saber: el ‘salud física’, el ‘empleo / recursos’, el ‘consumo de drogas/alcohol’, la ‘situación legal’, ‘historia familiar ‘relaciones socio-familiares’ y el ‘salud mental’. Las puntuaciones totales de cada una de las secciones siguen un modelo lineal; un valor más alto se interpreta como un problema más grave, más concretamente, como ‘una mayor necesidad de tratamiento adicional (40)

La gravedad de cada una de las dimensiones medidas por el índice de severidad de la adicción se puntúa de forma individual e independiente a través de la combinación de ítems objetivos y subjetivos ubicados en cada escala. De este modo, para cada dimensión es posible calcular una puntuación VGE (‘Valoración de la Gravedad por el Entrevistador’) que deriva de una valoración clínica global que hace el entrevistador sobre la gravedad o nivel de deterioro del paciente en un área determinada y que es evaluado a través de una escala con rango de 0 a 9. Para la determinación de esta puntuación VGE, el entrevistador ha de seguir un procedimiento sistemático y estandarizado. La fiabilidad y validez están bien establecidas. La escala esta validada para población latinoamericana, en cuanto a su fiabilidad, tiene elevada consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach >0.70). (41)

MINI-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 +11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados.

La mini está dividida en módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Las oraciones escritas en “letra normal” deben leerse “palabra por palabra” al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. Las oraciones escritas en “MAYUSCULA” no deben leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en “negrita” indican el periodo de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces sea necesario. Solo aquellos síntomas que ocurrieron durante el periodo de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas. Respuestas con una flecha encima indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico.

En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del modulo, rodear con un circulo “No” en todas las casillas diagnosticas y continuar con el siguiente modulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas que presente el paciente. Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta. Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcada SI o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (42).

Procedimiento de recolección de datos y análisis estadístico

Se invitó a todos los pacientes integrantes de la clínica de adicciones \ de la consulta externa y que se encontraban en el grupo de psicoterapia , que cumplieran los criterios de selección anteriormente mencionados, una vez aceptaron la invitación y con previa firma del consentimiento informado, se llevó a cabo la aplicación de las escalas en días donde hubo mayor asistencia de los pacientes al hospital, contando con el auditorio del hospital como área física para responder las escalas de manera individual y anónima.

Participaron 81 pacientes, a los cuales se les aplicaron dos escalas, la primera fue la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y posteriormente el índice de severidad de la adicción (ASI-5).

Para determinar la severidad de la adicción y el número de diagnósticos psiquiátricos asociados en los pacientes con patología dual se utilizó estadística descriptiva: Porcentajes y frecuencias, mediante el programa de computadora Windows SPSS versión 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Para dar respuesta al objetivo general que fue: determinar la asociación entre las variables de severidad de la adicción y el número diagnósticos psiquiátricos en pacientes con patología dual se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

Resultados.

Se incluyeron en el estudio 81 participantes con patología dual, 23 hombres y 58 mujeres que acudieron a los servicios de clínica de adicciones del Hospital Psiquiátrico Morelos en el periodo comprendido de agosto a noviembre de 2014. Se les aplicaron las escalas de Índice de Severidad de la Adicción y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Se obtuvieron los resultados de ambas escalas catalogando a los pacientes con severidad de la adicción (leve, moderada, considerable y extrema) y sin severidad de la adicción para la primera escala, en la segunda escala se evaluó el número de diagnósticos psiquiátricos obteniendo resultados como un diagnóstico, dos diagnósticos, tres diagnósticos y cuatro o más diagnósticos.

Las características sociodemográficas se pueden observar en la tabla número 1.

Tabla Núm. 1. Variables sociodemográficas

Variable sociodemografica	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad		
Licenciatura	22	27.16
Preparatoria	23	28.40
Secundaria	29	35.80
Primaria	7	8.64
Total	81	100
Estado Civil		
Casado	40	49.38
Soltero	24	29.63
Divorciado	2	2.47
Viudo	1	1.23
Separado	14	17.28
Total	81	100
Profesión		
Medico	5	6.17
Desempleado	14	17.28
Comerciante	7	8.64
Chofer	5	6.17
Intendente	6	7.41
Obrero	7	8.64
Enfermero	4	4.94
Estudiante	6	7.41
Otros	27	33.33
Total	n=81	100

Tabla Núm. 2. Principales diagnósticos psiquiátricos

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
T. de Ansiedad Generalizada	60	70.04
T. Depresivo	55	67.90
T. Antisocial de	38	46.1
Fobia Social	22	27.16
Distimia	17	20.99
Trastorno de angustia	18	22.22
T. Obsesivo Compulsivo	3	3.70
Agorafobia	3	3.70
Hipomanía	1	1.23
Dependencia al Alcohol	51	62.96
Abuso de Alcohol	34	41.98
Dependencia a Cocaína	17	20.99
Abuso de Cocaína	3	3.70
Dependencia a Cannabis	4	4.94
Abuso de Cannabis	3	3.70
Dependencia a inhalantes	6	7.41
Dependencia a anfetaminas	2	2.47
Dependencia a benzodiazepinas	8	9.88
Dependencia a Nicotina	1	1.23
Dependencia a LSD	1	1.23

Los diagnósticos psiquiátricos que más se presentaron en los pacientes con trastorno por uso de sustancias fueron en primer lugar el trastorno de ansiedad generalizada, seguido del trastorno depresivo, trastorno antisocial de la personalidad y fobia social, las sustancias que con mayor frecuencia se utilizaban fueron en el primer lugar el alcohol, seguido de la cocaína, benzodiazepinas y cannabis respectivamente. En la tabla número 2 se pueden observar los porcentajes y frecuencias de todos los diagnósticos psiquiátricos.

Grafico1. Frecuencia de trastornos mentales en los pacientes con trastorno por usos de sustancias

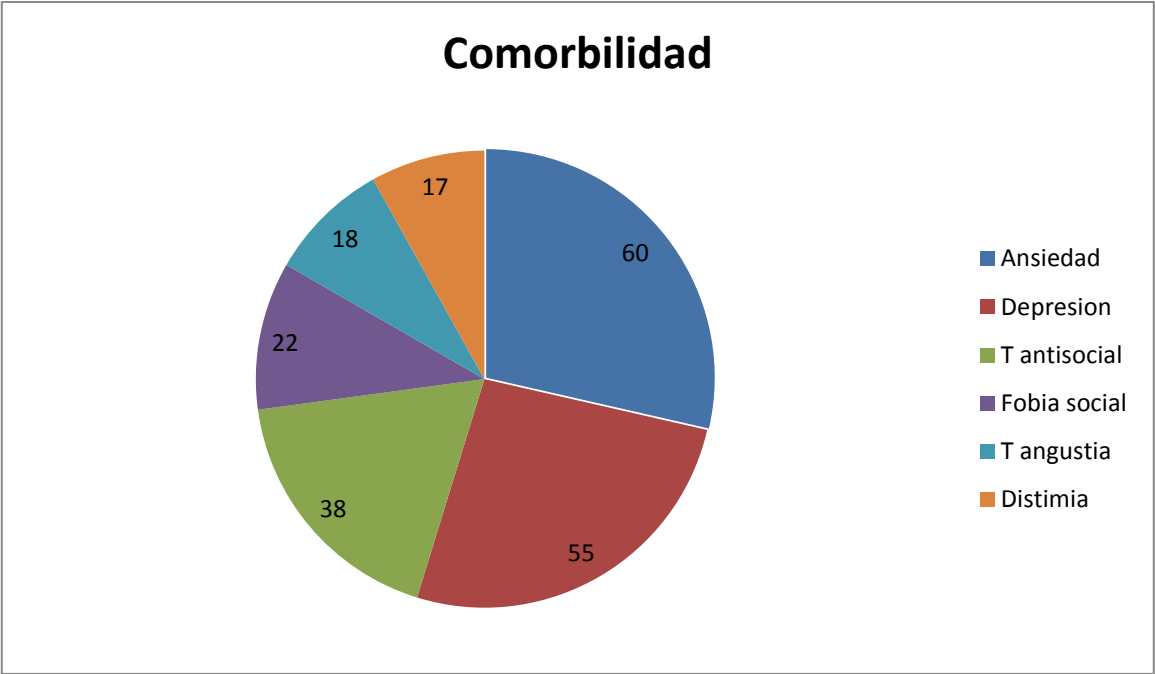


Tabla 3. Número de diagnósticos psiquiátricos.

Numero de diagnósticos						
	1	2	3	4	5	Total
Frecuencia	26	26	19	9	1	81
Porcentaje	32.1	32.1	23.5	11.1	1.2	100.0

Con relación al número de diagnósticos psiquiátricos el promedio fue de 2.7 diagnósticos. El número menor fue de uno y el máximo de cinco diagnósticos. Como se puede observar en la tabla numero 3 la mayoría de los pacientes presentaban además del trastorno por uso de sustancias uno o dos diagnósticos comorbidos.

Tabla 4. Frecuencia y porcentajes de la Severidad de la adicción en las áreas de salud física, empleo, uso de alcohol, uso de drogas, situación legal, situación familiar y salud mental

área	Severidad de la adicción									
	Sin severidad		Severidad leve		Severidad moderada		Severidad Considerable		Severidad extrema	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Salud física	41	50.6	10	12.3	14	17.3	12	14.8	4	4.9
Empleo	25	30.9	7	8.6	16	19.8	24	29.6	9	11.1
Uso de Alcohol	22	27.2	16	19.8	15	18.5	13	16.0	15	18.5
Uso de Drogas	45	55.6	3	3.7	4	4.9	11	13.6	18	22.2
Aspectos Legales	67	82.7	10	12.3	2	2.5	0	0	2	2.5
Situación Familiar	18	22.2	6	7.4	15	18.5	23	28.4	19	23.5
Salud Mental	1	1.2	8	9.9	28	34.6	28	34.6	16	19.8

La tabla numero 4 muestra la distribución de las frecuencias y porcentajes de los sujetos de acuerdo al grado de severidad de la adicción en las 7 áreas que evalúa la escala, se puede observar que las áreas con mayor frecuencia de sujetos con severidad extrema y considerable de la adicción fueron familia, salud mental y drogas, las áreas que con menor frecuencia de sujetos con severidad extrema o considerable fueron la legal y la salud física.

Tabla 5. Correlación entre los puntajes de severidad de la adicción y el total de diagnósticos comorbidos

Área	Diagnósticos	
	Rho Spearman	Valor p
Salud física	0.308	0.005
Empleo	0.565	0.000
Alcohol	0.577	0.000
Drogas	0.559	0.000
Legal	0.144	0.201
Familia	0.613	0.000
Salud Mental	0.562	0.000

La tabla número 5 muestra los resultados del análisis estadístico entre el grado de severidad de la adicción medido por las 7 subescalas (salud física, empleo, uso de alcohol, uso de drogas, situación familiar, situación legal y salud mental) y el número de diagnósticos psiquiátricos. Mediante la correlación de Spearman se pudo corroborar que si existe una asociación directamente proporcional entre el número de diagnósticos (comorbilidad) y la severidad de la adicción al menos en 6 de las 7 subescalas que evalúan la severidad de la adicción, la mayor correlación fue con el área de “situación familiar” con una Rho de 0.613 lo cual tuvo una significancia estadística de ($p=0.000$) la menor asociación fue el área de salud física con una Rho de 0.308 con una significancia estadística de ($p=0.005$) El área de “situación legal” fue la única donde no se encontró significancia estadística ($p=0.201$)

Discusión

Para nuestro conocimiento los datos del presente estudio ofrecen información sobre la severidad de la adicción, el número de diagnósticos y su asociación en una muestra de 81 pacientes con diagnóstico de patología dual. De acuerdo con los resultados del estudio, los principales diagnósticos psiquiátricos que se presentaron en los pacientes con patología dual fueron los siguientes: trastorno de ansiedad generalizada (74.07%), episodio depresivo (67.90%), trastorno antisocial de la personalidad (46.91%), fobia social (27.16%) y trastorno de angustia (22.22%). Los porcentajes difieren a los reportados en otros estudios internacionales donde son inferiores a los de este estudio: Trastornos depresivos (32%), Trastornos de ansiedad (23.7%) (12, 13, 14,15), sin embargo concuerdan en que los trastornos afectivos y de ansiedad son los principales, seguido del trastorno de personalidad antisocial aunque ponen en primer lugar a los trastornos afectivos en los resultados del presente estudio los trastornos de ansiedad ocuparon el primer lugar. Es pertinente mencionar que en estudios más recientes se reportan tasas de prevalencia más altas con respecto a estudios anteriores prevalencia mayor a 30% de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (Compton et al 2007) (43,46) En el estudio de Vergara Moragues(47) sobre 218 pacientes ingresados en comunidades terapéuticas en España la prevalencia de comorbilidad psicopatológica fue de 68%. El estudio de Randall et al 2002 reportó una prevalencia de 20% de fobia social, datos muy similares a los que aquí se reportan (48). Estas diferencias tan notorias obedecen muy probablemente al tipo de población de donde son obtenidas las muestras, pues en el presente estudio la muestra se obtuvo de un centro de concentración como lo es la clínica de adicciones del Hospital de Psiquiatría Morelos en donde los participantes tienen empleos formales y estables otro

aspecto a considerar es la presencia de policonsumos, que es lo habitual en estas muestras y eso dificulta establecer relaciones específicas entre trastornos mentales y adictivos. (45)

En el presente estudio se observó que la sustancia más asociada con la presencia de patología dual es el alcohol (62.96%). Szermany cols 2011 igualmente encontraron que el alcohol es la sustancia más utilizada 50.9% seguida por la cocaína con 50% en tercer lugar estuvo el cannabis con 19%, estos resultados solo difieren con respecto al cannabis ya que las benzodiazepinas figuraron en tercer lugar sustancia que no es común en lo anteriormente reportado (9). Estos resultados difieren a los encontrados en población penitenciaria donde la cocaína es la más utilizada (41.3%), seguida por la heroína 32.9% y el alcohol 11.9% la sustancia menos utilizada fueron las benzodiazepinas 0.7% (48). Mientras que en población general las diferencias son muy acentuadas como lo indica la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), en población de edad entre los 18 a 65 años, señala como principales sustancias utilizadas fueron la marihuana (1.96%), cocaína (0.8%), e inhalantes (0.2%) aunque es importante señalar que no se detalla si estos presentan comorbilidad psicopatológica en comparación con la muestra del presente estudio que si tienen comorbilidad y que generalmente han sido multi-tratados en segundo nivel de atención (hospitales generales) sin tener respuesta favorable y que finalmente son atendidos en una clínica especializada en adicciones y con otras opciones de tratamiento como la psicoterapia individual y de grupo. (33).

Con lo que respecta el número de diagnósticos psiquiátricos el promedio de trastornos mentales en los pacientes con uso de sustancias fue de 2.7 diagnósticos, entre un rango de uno hasta cinco diagnósticos. En el estudio realizado por Cazares López (2010) en población penitenciaria se reporta una media de diagnósticos de 4.7 por individuo con trastorno por uso de sustancias, casi el doble que en el presente estudio (49).

Las áreas reportadas con un índice mayor de severidad de la adicción fueron: la situación familiar, la salud mental y uso de alcohol. Este resultado puede ser un tanto lógico si tomamos en cuenta que la principal sustancia utilizada fue el alcohol y está íntimamente relacionada a la afectación de estas áreas como lo señalan otras investigaciones en población latinoamericana donde 58.8% de la muestra presentaba algún problema moderado a grave para el área de situación familiar 98% para el área de uso de alcohol y 52% para el área de salud mental, no así para el uso de drogas donde solo 5.9% presento algún problema de moderado a grave. (29). Las áreas con menor severidad de la adicción fueron: la salud física y los aspectos legales. Estos resultados no difieren mucho a lo reportado en el estudio de Castillo Iraurgi (2004) donde se observó dentro de los problemas asociados a la adicción mediante el uso del índice de severidad de la adicción, las áreas más comprometidas fueron el uso de drogas, el empleo y las situaciones socio-familiar y de salud mental, entre las que destaca con mayor gravedad el uso de drogas. Las dos áreas de la severidad de la adicción donde en general se ha observado mayor gravedad de la adicción son en el uso de alcohol, uso de drogas (30) En la revisión bibliográfica realizada no se encontraron estudios que relacionaran el número de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con trastornos por usos de sustancias, sin embargo en la práctica clínica es común ver que aquellos pacientes que tienen trastorno por uso de sustancias y que además tienen psicopatología asociada se observa mayor problemática familiar social y laboral dificultando el apego al tratamiento y favoreciendo las recaídas, también es común que muchos de estos pacientes con comorbilidad son infradiagnosticados y suele tratarse solo el trastorno por uso de sustancias y en ocasiones solo una comorbilidad.

Conclusiones.

La asociación entre la severidad de la adicción y el número de diagnósticos psiquiátricos fue directamente proporcional, es decir, a mayor número de diagnósticos psiquiátricos mayor incremento sobre el índice de severidad de la adicción al menos en 6 de las 7 subescalas, con excepción de la subescala “aspectos legales”, donde el valor p no fue estadísticamente significativo ($p= 0.201$).

Este estudio presenta datos relevantes sobre la magnitud del problema de la patología donde se reflejó que más de la mitad de los pacientes presentaron al menos un problema moderado y considerable lo que se traduce en una necesidad de algún tipo de tratamiento adicional y/o intervención, sobre todo para las áreas de situación familiar, alcohol y drogas respectivamente que fueron las que se vieron más comprometidas.

REFERENCIAS

1. Baler RD, Volkow ND. Addiction as a systems failure: focus on adolescence and smoking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(4):329-39.
2. Volkow, N. D. Addiction and Co-occurring mental disorders. Director`s perspective. (2007); *NIDA Notes*, 21, 2.
3. Swendsen, J., Conway, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K, Kessler, R.C. (.Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. 2010;105, 1117-28.
4. Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S. y Grant, B.F. .Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSMIV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64, 566-576.
5. Pitkanen T, Lyyra AL, Pulkki`nen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction*. 2005;100:652-61.
6. Nocon, A., Berge, D., Astals, M., Martín-Santos, R. y Torrens, M. . Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *European Addiction Research*. 2007; 13, 192-200.
7. Sanchez, E., Tomas, V.Morales, E. Evaluacion psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína. *Atencion Primaria*.;2000 26, 219-322.
8. Schulte, S.J., Meier, P.S., Stirling, J. y Berry, M. . Treatment approaches for dual diagnosis clients in England. *Drug & Alcohol Review*.;2008 27, 650-658.

9. Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babin, F., Mesias, B., Basurte, Poyo, F. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*.2011; 23, 249-256.
10. Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín, E., López, N. y Haro, G. . Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*.2010; 22, 15-24.
11. Casas, M., Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*,2002; 14, 195-219.
12. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. . Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama*,1990; 264, 2511-2518.
13. NIAAA. Drinking in the United States: Main Findings from the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1998. NIH Publication No. 99-3519.
14. Kessler, R. C., Birnbaum, H., Demler, O., Falloon, I. R., Gagnon, E., Guyer, M., Howes, M. J., Kendler, K. S., Shi, L., Walters, E. y Wu, E. Q. . The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological Psychiatry*,2005; 58, 668-676.
15. Kessler, R. C. y Merikangas, K. R. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*,2004; 13, 60-68.
16. Alegría, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C., Grant, B. F. y Blanco, C. Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use

- disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2010; 71, 1187-95.
17. Magidson, J. F., Liu, S. M., Legues, C. W. y Blanco, C. Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 2012; 46, 659-66.
- 18 Hintz T, Mann K. Comorbidity in Alcohol Use Disorders: Focus on Mood, Anxiety and Personality. In: Stohler R, Rössler W (editors) *Dual Diagnosis. The Evolving Conceptual Framework* 2005; 172, 65-91 .
- 19 King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Brooner RK. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis* 2000; 19: 65-83.
- 20 Carey MP, Carey KB, Maisto SA, Gordon CM, Venable PA. Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behaviour among psychiatric outpatients. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 846-850.
- 21 Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health* 2001; 91: 31-37.
- 22 Casares, L. *et al.* Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica, *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2010; 10, 225-243.
- 23 Nizama M. *Guía para el manejo familiar de las adicciones*. Lima: Ed. Universidad Alas Peruanas; 2003

- 24 Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007; 97: 1638-43.
- 25 Appleby L, Dyson V, Altman E, Luchins D. Assessing substance use in multiproblem patients: Reliability and validity of the Addiction Severity Index in Mental Hospital Population. *J Nerv Ment Dis* 1997;3(185):159-165.
- 26 Carey KB, Cocco KM, Correia CJ. Reliability and validity of the addiction severity index among outpatients with severe mental illness. *Psychological Assessment* 1997;9:422-428.
- 27 Daepfen JB, Burnard B, Schnyder C, Bonjour M, Pecoud A et al. Validation of the ASI in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol* 1996;657:585-560.
- 28 McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F et al. New data from the addiction severity index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:412-423.
- 29 Sandi LE, Ávila K. Adaptación y validez del índice de gravedad de la adicción en un grupo de población costarricense. *Bol Sanit Panam* 1989;107:561-567.
- 30 Iraurgi I, Sanz M, Martínez A, Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 2004;16 :185-195.
- 31 UNDOC (oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito) informe mundial sobre drogas) *I2009*, Ginebra, Suiza.
- 32 Kranzler, H.R., Del Boca, F.K. y Rounsaville, B.J. Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol* 1996; 57: 619-626.

- 33 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas . Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y. Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx
- 34 Swendsen J, Conway KP, Degenhart L, Meyer G, Jin R, Merikangas KR et al. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 2010; 105: 1117–1128.
- 35 Fernández MJJ, González PMP, Sáiz MPA, Gutiérrez CE, Bobes GJ. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* 1999;111:43-52.
- 36 Hintz T, Mann K. Comorbidity in Alcohol Use Disorders: Focus on Mood, Anxiety and Personality. In: Stohler R, Rössler W (editors) *Dual Diagnosis. The Evolving Conceptual Framework*. 2005;172: 65-91 .
- 37 McLellan, A., Luborsky, L. y O'Brien, C. Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable? *Am J Drug Alcohol Abuse* 1986; 12:101-120.
- 38 Sheehan, M. F. Dual diagnosis. *Psychiatric Quarterly* 1993; 64: 107- 134.
- 39 Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. M., Flórez, G., et al. Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos 2007 Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- 40 González-Saiz F, Iraurgi I, Fernández-Gómez C, Martínez- Delgado JM, Marchena JC. Instrumentos de evaluación multidimensional en los trastornos relacionados con sustancias. En: XIII Congreso Nacional Sociedad Española de Toxicomanías. Libro de Actas. Cádiz: Sociedad Española de Toxicomanías; 2001. p. 39-9
- 41 Gerevich J, Bacskai E, Rozsa S. Hungaria adaptation of the European Addiction Severity Index. *J Subst Use* 2004;9:185-91.
- 42 Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J. y Lecrubier, Y. Mini International Neuropsychiatric Interview. En: Bobes J, Bousoño M, González MP, editores. Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria. 2ª ed. Oviedo: Gofer;1997.
- 43 Arias F., Szerman N., Vega P., Mesias B., Basurte I., Morant C., et all. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. *Adicciones*,2013;25: 118-127.
- 44 Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. y Grant, B. F. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSMIV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 2007 64, 566-76.
- 45 Kessler, R. C. The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*,2004; 56:730-7..
- 46 Compton et all. Prevalence, Correlates, Disability and Comorbidity of DSM-IV. Drug abuse and dependence in the United States. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 566-567.

- 47 Vergara Moragues E. comorbilidad psicopatología en pacientes con dependencia a cocaína tratados en comunidad terapéutica.(tesis doctoral) Granada: UGR; 2010.
- 48 .Randall CI, Book SW. Social anxiety disorder and alcohol use. Alcohol Res Health. 2002;26:130-135.
- 49 Casares M. et all. Need for the assessment of dual diagnosis in prisons. Adicciones 2011;23:249-255.

Anexos

I. Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD Hospital de Psiquiatría Ciudad Morelos

Lugar y Fecha. _____

Yo: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación, titulado **Severidad de la Adicción en Pacientes con Patología dual de la Clínica de Adicciones del Hospital de Psiquiatría Morelos**, registrado ante el comité de investigación médica de Centro Médico Nacional “La Raza”, con el numero R-2014-3501-95, el objetivo de este estudio es Describir frecuencia y severidad de la adicción así como determinar la asociación entre la severidad de la adicción y el numero de diagnósticos comorbidos en pacientes con trastornos por uso de sustancias de la clínica de adicciones del Hospital De Psiquiatría “Morelos” de acuerdo a la escala índice de severidad de la adicción versión 5. Se me ha explicado que la participación de mi estudio, consiste en el llenado de una encuesta con una serie de preguntas, el cuestionario está diseñado para ser administrado al paciente por el residente de cuarto año, de la especialidad en psiquiatría esto le tomará entre una 50 y 60 minutos, los beneficios de la realización de este estudio serán un diagnostico integral de todas las áreas que se ven afectadas por la adicción que mejoran la atención de los pacientes y facilitaran intervenciones por parte del personal médico adscrito a la clínica de adicciones

Declaro que se me ha informado ampliamente que no existen riesgos para mi salud e integridad, y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

En esta investigación no se realizara ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resulten afectados será nula.

Será una investigación sin riesgo que incluirá la realización de escalas aplicadas por el médico residente de cuarto grado, todos los datos que los pacientes proporcionen serán de estricta confidencialidad.

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del investigador responsable

**ÍNDICE DE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN
VERSIÓN 5
SALUD FÍSICA**

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas de salud física? (Incluir sobredosis, delirium tremens excluir desintoxicaciones).
2. ¿Hace cuanto tiempo estuvo hospitalizado por primera vez?
Años: Meses:
3. ¿Padece algún problema de salud crónico que continúa interfiriendo en su vida?
0. NO
1. Si
4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?
0. No
1. Si
2. No lo sé
3. Rehúsa contestar
5. ¿Alguna vez se ha realizado pruebas de VIH?
0. No
1. Si
2. No lo sé
3. Rehúsa contestar
6. En caso afirmativo, ¿hace cuantos meses?
Meses:
7. ¿Cuál fue el último resultado del test?
0. VIH - Negativo
1. VIH – Positivo
2. No lo sé
3. Se rehúsa a contestar
8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita para un problema?
0. No
1. Si
9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez física? (excluir invalidez psiquiátrica)
0. No
1. Si
10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas de salud médica en los últimos 6 meses?
0. No
1. Si
11. ¿Cuántos días ha tenido problemas de salud física en el último mes?
Días:
12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema
13. ¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento de estos problemas médicos?

0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?
0-1 no hay problema real
2-3 problema leve
4-5 problema moderado
6-7 problema considerable
8-9 problema extremo

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

15. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No
1. Si
16. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No
1. Si

EMPLEO/ RECURSOS

- 1 Años de educación básica: Años ____
- 2 Años de educación superior.
(Universidad/técnicos): Años ____
- 3 Título académico superior obtenido:
- 4 ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
0. No
1. Si
- 5 ¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo regular? Años ____ Meses ____
- 6 ¿Cuánto duró el periodo más largo de desempleo?
Años ____ Meses ____
- 7 Profesión habitual (o última): _____
- 8 Patrón de empleo usual en los últimos tres años:
1 tiempo completo
2 tiempo parcial
3 tiempo parcial (horario irregular)
4 estudiante
5 servicio militar
6 pensionado o invalidez
7 desempleo (incluir ama de casa)
8 en ambiente protegido
- 9 ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir narcotráfico, prostitución u otras actividades ilegales): _____

¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?

- 10 ¿empleo?
0. No
1. Si
- 11 ¿Paro?
0. No
1. Si
- 12 ¿Ayuda social?
0. No
1. Si
- 13 ¿Pensión o seguridad social?
0. No
1. Si
- 14 ¿Cónyuge, familia o amigos?
0. No
1. Si
- 15 ¿Ilegal?
0. No
1. Si
- 16 ¿Prostitución?
0. No
1. Si
- 17 ¿Otras fuentes?
0. No
1. Si
- 18 ¿Cuál fue su principal fuente de ingresos? _____
- 19 ¿Tiene deudas?
0. No
1. Si _____ (cantidad)
- 20 ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.? _____
- 21 ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes? _____
- 22 ¿Cuánto le han molestado y preocupado estos problemas de empleo en el último mes?
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

- 23 ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?
0. Ninguna
1. Leve
2. Moderada
3. Considerable
4. Extrema

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

- 24 ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?
0-1 no hay problema real
2-3 problema leve
4-5 problema moderado
6-7 problema considerable
8-9 problema extremo

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- 25 ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No
1. Si
- 26 ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No
1. Si

USO DE DROGAS/ ALCOHOL

	Edad de inicio	A lo largo de la vida	Ultimo mes	Vía de administración
1 Alcohol: cualquier dosis				
2 Alcohol: por encima del umbral				
3 Heroína				
4 Metadona/ LAAM				
5 Otros opiáceos/ analgésicos				
6 Benzodiacepinas/ Barbitúricos/Otros sedantes				
7 Cocaína				
8 Anfetaminas				
9 Cannabis				
10 Alucinógenos				
11 Inhalantes				
12 Otros				
13 Más de una sustancia				

14. ¿Algunas vez se ha inyectado?
 0. No
 1. Si
- 14A. Lugar donde se inyectó por primera vez.
- A lo largo de la vida _____
 - En los últimos 6 meses _____
 - En el último mes _____
- 14B. Si se inyectó en los últimos 6 meses
- 1 No compartió jeringa
 - 2 Algunas veces compartió jeringa con otros
 - 3 A menudo compartió jeringa
15. ¿Cuántas veces ha tenido delirium tremens? _____
16. tipo de tratamientos y número de veces que ha recibido tratamiento.

	Alcohol	Drogas
1 desintoxicación ambulatoria		
2 desintoxicación residencial		
3 tratamiento sustitutivo ambulatorio		
4 tratamiento libre de drogas ambulatorio		
5 tratamiento libre de drogas residencial		
6 centro de día		
7 hospital psiquiátrico		
8 hospital / servicio		
9 otro tratamiento		

17. ¿Cuántos meses duró el periodo más largo de abstinencia como consecuencia de uno de estos tratamientos?
- Alcohol (meses): _____
- Drogas (meses): _____
18. ¿Qué sustancia es el principal problema?
19. ¿Cuánto tiempo duró el último periodo de abstinencia voluntaria de la sustancia principal sin que fuese consecuencia de algún tratamiento? Meses: _____

20. Hace cuantos meses que termino esta abstinencia.
21. ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en?:
 Alcohol: _____
 Drogas: _____
22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento para el alcohol o drogas?
 Días _____
23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted problemas relacionados con el alcohol y otras drogas? (días) _____
24. ¿cuánto le han molestado o preocupado estos problemas relacionados con el alcohol y problemas con otras drogas.
0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema
25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas relacionados con el alcohol- otras drogas.
0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para abuso de alcohol u otras drogas?
- 0-1 no hay problema real
 - 2-3 problema leve
 - 4-5 problema moderado
 - 6-7 problema considerable
 - 8-9 problema extremo

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27 ¿Imagen distorsionada del paciente?

- 0. No
- 1. Si

28 ¿La incapacidad para comprender del paciente?

- 0. No
- 1. Si

SITUACION LEGAL

1 ¿Esta admisión fue iniciada o sugerida por el sistema judicial Juez, oficial de probatoria/libertad condicional, etc.?

- 0. No
- 1. Sí

2. ¿Está en libertad condicional o probatoria? Anote la duración y nivel en los comentarios.

- 0. No
- 1. Sí

Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

- 3 ¿Posesión y tráfico de drogas?
- 4 ¿Delitos contra la propiedad?
- 5 ¿Delitos violentos?
- 6 ¿Otros delitos?
- 7 ¿Cuántos de esos delitos resultaron en condena?

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de?

- 8 ¿Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?
- 9 ¿Prostitución?
- 10 ¿Conducir intoxicado?
- 11 ¿Delitos de tráfico?
- 12 ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel? (meses)_____
- 13 ¿Cuánto tiempo duró su último periodo en la cárcel? Meses_____
- 14 ¿cuál fue la causa?
- 15 En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia?
0. No
1. Si
- 16 ¿por qué?
- 17 ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado? Días_____
- 18 Cuántos días en el último mes ha realizado actividades legales para su beneficio.
Días_____
- 19 ¿Qué tan serios piensa que son sus problemas legales actuales?
0. Ninguna

- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

20 ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas legales.

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

21 ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para situación legal?

- 0-1no hay problema real
- 2-3 problema leve
- 4-5 problema moderado
- 6-7 problema considerable
- 8-9 problema extremo

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

29 ¿Imagen distorsionada del paciente?

22 Imagen distorsionada del paciente

- 0. No
- 1. Si

23 ¿La incapacidad para comprender del paciente?

- 0. No
- 1. Si

RELACIONES FAMILIARES/ SOCIALES

1 Estado civil

- 1 Casado
- 2 Casado en segundas nupcias
- 3 Viudo
- 4 Separado
- 5 Divorciado
- 6 Soltero

2 ¿Cuánto tiempo hace que tiene este estado civil? Años_____ Meses_____

3 Está satisfecho con esta situación

- 0. No
- 1. Indiferente
- 2. Si

4 Convivencia habitual en los últimos tres años

- 1 pareja e hijos
- 2 pareja
- 3 hijos
- 4 padres
- 5 familia
- 6 amigos

7 solo

8 medio protegido

9 No estable

5 ¿Cuánto ha vivido en esta situación?

Años ____ Meses ____

6 Está satisfecho con esta convivencia

- 0. No
- 1. Indiferente
- 2. Si

6A Tiene problemas relacionados con el alcohol

6B Usa drogas psicoactivas

7. ¿Con quien pasa la mayor parte de su tiempo libre?

- 1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
- 2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
- 3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
- 4. Amigos con problemas de alcohol o drogas

8 ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre?

- 0. No
- 1. Indiferente
- 2. Si

9 ¿Cuántos amigos íntimos tiene? ____

¿Ha tenido periodos en los que ha experimentado problemas serios con?:

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
10 ¿Madre?		
11 ¿Padre?		
12 ¿Hermanos?		
13 ¿Pareja sexual, esposos?		
14 ¿Hijos?		
15 ¿Otro familiar?		
16 ¿Amigos íntimos?		
17 ¿Vecinos?		
18 ¿Compañeros de trabajo?		

¿Algunas de estas personas han abusado de usted, emocionalmente, físicamente, sexualmente?

¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios con?:

- A. Familia
- B. Otras personas

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus?:

20 ¿Problemas familiares?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada

3. Considerable

4. Extrema

21 ¿Problemas sociales?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

22 ¿Problemas familiares?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

24 ¿Problemas legales?

- 0. Ninguna
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Considerable
- 4. Extrema

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

25 ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para la situación familiar y/o social?

- 0-1 no hay problema real
- 2-3 problema leve
- 4-5 problema moderado
- 6-7 problema considerable
- 8-9 problema extremo

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25 ¿Imagen distorsionada del paciente?

26 Imagen distorsionada del paciente

- 0. No
- 1. Si

27 ¿La incapacidad para comprender del paciente?

- 2. No
- 3. Si

SALUD MENTAL

1 ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos y emocionales?

Tratamiento hospitalario ____

Tratamiento ambulatorio ____

- 2 ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica?
0. No
 1. Si

- ¿Ha pasado un periodo de tiempo significativo en el cual usted presente lo siguiente?
0. No
 1. Si

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
3 Experimento depresión intensa		
4 Experimento ansiedad intensa		
5 Experimento problemas para concentrarse		
6 Experimento alucinaciones		
7 Experimento problemas para controlar conductas violentas		
8 Recibía medicación prescrita por problemas emocionales		
9 Experimento ideación suicida		
10 Realizo intento suicida		
10 A Cuantas veces intento suicidarse		

- 11 ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales? Días: ____
- 12 ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos y/o emocionales?
0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Considerable
 4. Extrema
- 13 ¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos?
0. Ninguna
 1. Leve
 2. Moderada

3. Considerable
4. Extrema

LOS SIGUIENTES ITEMS HAN DE SER COMPLEMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR

Durante la entrevista el paciente se presentaba:

0. No
1. Si
- 14 Francamente deprimido/retraído.
- 15 Francamente hostil
- 16 Francamente ansioso
- 17 Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide.
- 18 Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo.
- 19 Con ideación suicida.

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

- 20 ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de de tratamiento psiquiátrico/ psicológico?

- 0-1 no hay problema real
- 2-3 problema leve
- 4-5 problema moderado
- 6-7 problema considerable
- 8-9 problema extremo

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- 21 Imagen distorsionada del paciente
0. No
 1. Si
- 22 ¿La incapacidad para comprender del paciente?
4. No
 5. Si