

## **4ª XORNADA SOBRE NEUROPSICOLOXÍA E REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN DROGODEPENDENCIAS**

Vigo, 28 de novembro de 2014

# **Psicopatoloxía en drogodependentes ¿Que vén antes, o ovo ou a galiña?**

# Índice

- **Síntomas derivados por consumo de sustancias**
- **Comorbilidad psiquiátrica o patología dual**
- **Síntomas psicóticos**

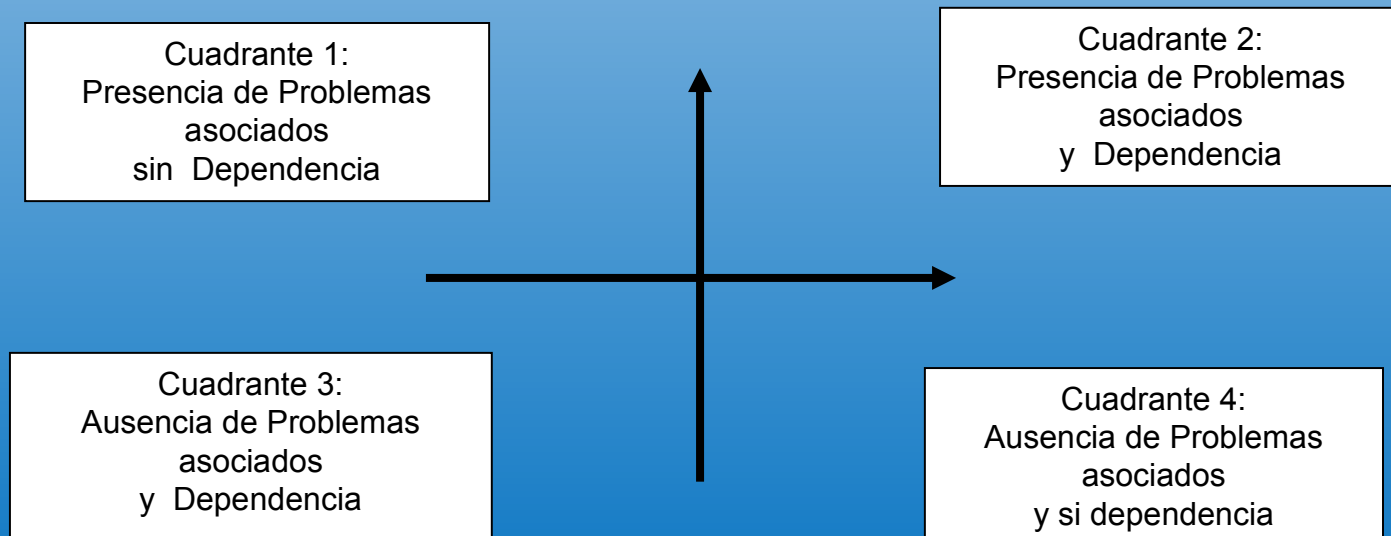
# **Síntomas derivados por consumo de sustancias**

# Introducción

## PROCESO DE EVALUACIÓN DE UN PACIENTE

El desarrollo de la dependencia no es un trastorno aislado, sino que queda acompañado de problemas o acontecimientos que afectan de igual manera a la vida del paciente

### MODELO BI-AXIAL



(González-Saiz y otros, 2006; Edwards y otros, 1997)

4ª XORNADA SOBRE NEUROPSICOLOXÍA  
E REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA  
EN DROGODEPENDENCIAS

Vigo, 28 de novembro de 2014


**unir**  
UNIVERSIDAD  
INTERNACIONAL  
DE LA RIOJA

# ¿ Qué es la comorbilidad psicopatológica o patología dual?

# Introducción

- Coincidencia en un mismo paciente de al menos dos trastornos, uno de ellos relacionado con el **consumo de sustancias** y otro con la **presencia de alguna otra psicopatología**
- No DSM-IV y CIE-10. **Concepto clínico**
- **DSM-V:** *“No se indica un diagnóstico separado del trastorno concomitante por consumo de la sustancia, aunque se utilizan el nombre y la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia específica (si existe) cuando se registra el trastorno mental inducido por esa sustancia/medicamento.”*
- Siglo XX los pacientes que padecían este tipo de trastornos eran derivados de un **recurso a otro sin ser atendidos en ninguno de ellos**

# Introducción



**¿Son dos trastornos independientes  
que ocurren en el mismo tiempo o por  
el contrario un trastorno induce al  
otro?**

# MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PATOLOGÍA DUAL

## MODELO FACTORES INDEPENDIENTES

Trastorno consumo de sustancias (TCS) \_\_\_\_\_

Trastorno psiquiátrico (TP) \_\_\_\_\_

Cada uno de ellos tiene cursos clínicos diferentes y tratamientos independientes.

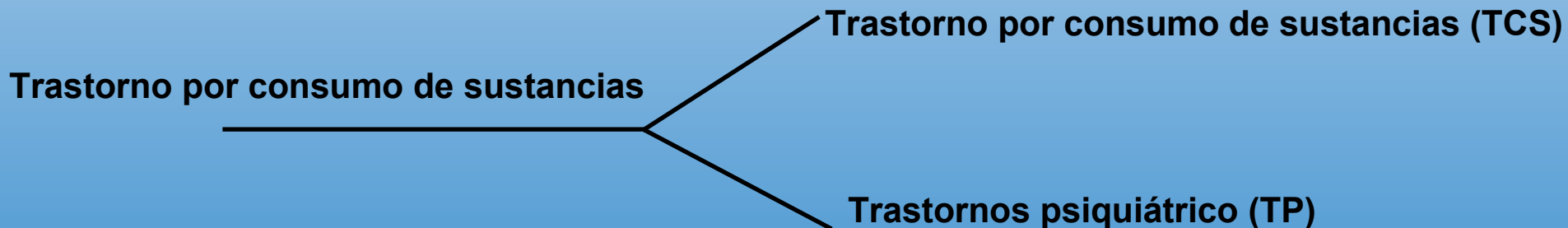
- *Modelo de la independencia biológica:* ambos factores son independientes.
- *Modelo del factor común:* ambos trastornos son consecuencia de los mismos factores predisponentes (como, p.ej., estrés, influencias genéticas, ambiente durante la infancia, etc.).

(First & Gladis, 1996; Nunes & Deliyannides, 1996; Torrens & Martínez, 2009)



# MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PATOLOGÍA DUAL

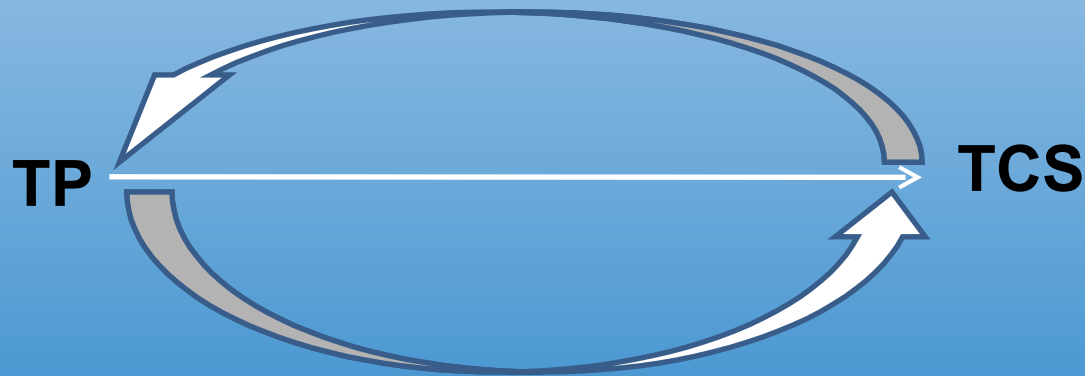
## Modelo trastornos de dependencia primarios



TCS preexistente determina la aparición de un TP. El primer trastorno influye en el desarrollo del segundo y, una vez instaurado el segundo, se desarrolla con curso independiente. Ambas condiciones deben ser tratadas durante todo el tiempo que sea necesario.

# MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PATOLOGÍA DUAL

## Modelo trastorno psiquiátrico primario



El segundo trastorno aparece para mitigar los problemas asociados al primero. Se propugna que, mediante la resolución del primero, el segundo trastorno desaparece

(First & Gladis, 1996; Nunes & Deliyannides, 1996; Torrens & Martínez, 2009)

## EVOLUCIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

NOMENCLATURA	CRITERIOS	ENTREVISTA DIAGNÓSTICA
PRIMARIO/SECUNDARIO	FEIGHNER	
ORGÁNICO/NO ORGÁNICO	RDC (Research Diagnostic Criteria)	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)
	DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)	Diagnostic Interview Schedule (DIS)
PRIMARIO/INDUCIDO POR SUSTANCIAS	DSM-IV	Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS)
INDEPENDIENTE/INDUCIDO POR SUSTANCIAS (LEVE/MODERADO/GRAVE)	DSM-V	

# EPIDEMIOLOGÍA DE PD

ESTUDIO	MUESTRA (%hombres)	TIPO DE MUESTRA/ CRITERIOS DIAGNÓSTICO/ INSTRUMENTO	DEPRESION MAYOR	ATAQUE DE PÁNICO	TAG	TEPT	TAP
Compton y otros,2000	512(66%)	Politoxicómanos/DSM-III/DIS	24	3	1	-	44
Skinstad y Swain,2001	125(100%)	Politoxicómanos /DSM-III/DIS- quick	22	4	10	14	22
Torrens y otros, 2004	105 (69%)	Politoxicómanos/DSM-IV/PRISM	14	9	22	-	12
Falck y otros,2004	313(59,4%)	Consumidores de cocaína base/DSM-IV/DIS	17,8	3,8	3,2	11,8	24
Hasin y otros, 2006	285(54%)	Politoxicómanos/DSM-IV/PRISM	45	5	2	13	23
Rodriguez-Llera y otros,2006	149(67%)	Politoxicómanos/DSM-IV/PRISM	17,4	2,7	2	2	32,9
Herrero y otros,2008	139(62,7%)	Cocainómanos/DSM-IV/PRISM	17,3	5	2,2	3	11,5
Astals y otros,2008	189(77%)	PTM/DSM-IV/PRISM	18	6,9	-	3,7	8,5
Ford y otros,2008	449(48,6%)	Cocainómanos/DSM-IV/SSADDA	14,4	5,3	-	12,4	14,3
Vergara-Moragues y otros, 2012	227 (91.2%)	Cocainómanos/PRISM	9.7	2.6	0.9	11	22.5

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

SCREENING	DIAGNÓSTICO	RESPUESTA TRATAMIENTO
TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS	ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS	PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
Michigan Alcoholism Sreening Test ( <b>MAST</b> ) (Selzer, 1971; Ballesteros y otros,1995)	Diagnostic Interview Schedule ( <b>DIS</b> ) (Robins et al., 1981)	Inventory of drinking situations (Annis y Davis,1988)
Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feelings, Eyeopeners ( <b>CAGE</b> ) (Brown, 1992; Rodríguez-Martos,1986	Composite International Diagnostic Interview ( <b>CIDI</b> ) (Robins et al., 1988).	Inventory of Drug-taking Situations (Annis y Martin,1985)
Alcohol Use Disorders Identification Test ( <b>AUDIT</b> )( Babor y Grant 1989; Rubio y otros,1998)	Composite International diagnostic schedule-substance abuse model ( <b>CIDI-SAM</b> ) (Cottler y otros,1989)	Substance Abuse Treatment Scale ( <b>SATS</b> ) (McHugo y otros,1995)
Severity of Dependence Scale ( <b>SDS</b> ) (Gonzalez-Saiz,1998)	<b>ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS</b>	<b>MOTIVACIÓN</b>
<b>TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS</b>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-R)</i> (Spitzer <i>et al.</i> , 1988)	Drug Taking Confidence Questionnaire ( <b>DTCQ</b> ) (Llorente y otros,2002)
Symptom Checklist-90-Revised ( <b>SCL-90</b> ) (Derogatis,1977)	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry ( <b>SCAN</b> ) (Wing et al., 1990).	Circunstances, Motivation, Readiness and Suitability( <b>CMRS</b> ) (George DeLeon y otros,1994)
General Health Questionnaire-28( <b>GHQ-28</b> ) (Golderberg y Hillier,1979)	Semi-Structured Assessment for the genetics of alcoholism ( <b>SSAGA</b> ) (Bucholz y otros,1994)	The Stage of Change and Treatment Eagerness Scale ( <b>SOCRATES</b> ) (Miller y Tonigan,1996)
Inventario de depression de Beck( <b>BDI</b> )(Beck y otros,1961)	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Substance Abuse Comorbidity ( <b>SCID-SAC</b> )(Nunes y otros,1996)	
<i>Millon</i> Clinical Multiaxial Inventory( <b>MCMI-III</b> ) (Millon y otros,1997)	MINI-International Neuropsychiatric Interview ( <b>MINI</b> ) (Sheehan et al., 1998)	
State-TraitAnxiety ( <b>STAI</b> ) (Spielberg,1970)	Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule ( <b>AUDADIS</b> ) (Grant,2001)	
Entrevista de cribado de diagnóstico dual (Mestre et al. 2014)	Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders ( <b>PRISM</b> ) (Hasin y	

## ***Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV (PRISM-IV)***

- Características:

- ✓ Obtiene una **visión general de los TCS** recibidos durante toda la vida
- ✓ La **evolución del uso de alcohol y otras sustancias** se hace al comienzo de la entrevista, previa a la evaluación de los TP. Esto hace situarse al entrevistador antes de la evaluación de dichos trastornos.
- ✓ Obtiene una **tabla temporal de los periodos de consumo intenso y de abstinencia** de sustancias durante toda la vida
- ✓ Evalúa **síntomas y trastornos psiquiátricos actuales y durante toda la vida**
- ✓ A lo largo de la entrevista añade **ítems específicos de evaluación/clasificación de síntomas inducidos y primarios**, tales como la estipulación de la frecuencia y duración de los síntomas, criterios explícitos de exclusión y guías de resolución en caso de dudas
- ✓ Permite llegar a un **diagnóstico a partir del entrevistador**

# ***Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV (PRISM-IV)***

- Evalúa 20 trastornos del Eje I y 2 trastornos del Eje II según el DSMIV

- ✓ ***Trastorno por consumo de sustancias*** (incluyendo dependencia y uso de sustancias)

- ✓ ***Trastornos de estado de ánimo primarios*** (depresión mayor, episodios de manía e hipomanía, trastorno afectivo con síntomas psicóticos, distimia y ciclotimia)

- ✓ ***Trastorno de ansiedad primario*** (trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés postraumático)

- ✓ ***Trastornos psicóticos*** (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico no especificado)

- ✓ ***Trastorno de la conducta alimenticia*** (anorexia y bulimia)

- ✓ ***Trastornos de la personalidad*** (antisocial y límite)

- ✓ ***Trastornos inducidos por sustancias*** (depresión mayor, manía, distimia, psicosis, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada).

## PRISM-IV

- **EFFECTOS ESPERADOS DE LA INTOXICACIÓN y ABSTINENCIA:** hacen referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso y la dependencia según criterios DSM-IV para las distintas sustancias y que pueden hacernos confundir con síntomas de los trastornos primarios o inducidos. Los efectos de la intoxicación y la abstinencia de sustancias en ocasiones son idénticos a los síntomas de los TP.

- **TRASTORNO MENTAL INDEPENDIENTE DEL CONSUMO:**

- El episodio se produce durante un **período prolongado de abstinencia** o de **consumo ocasional** de la sustancia.

- El episodio comienza por lo **menos 2 semanas antes del inicio** de un período de **consumo excesivo** de sustancias.

- El episodio comienza durante el **consumo excesivo de la sustancia y continúa por lo menos durante 4 semanas** o más después de que finalice el consumo. Por tanto, al menos una proporción importante del episodio se produce sin que aparezcan los efectos esperados de la intoxicación o la abstinencia.



## •TRASTORNO INDUCIDO POR SUSTANCIAS:

- Se cumplen todos los criterios para el trastorno según el DSM-IV.

- El episodio ocurre totalmente **durante un período de consumo de sustancias excesivo** o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo.

- La sustancia consumida es “**relevante**” **para el trastorno** (es decir, sus efectos pueden provocar síntomas que son idénticos a los del trastorno que se está evaluando).

- Los síntomas son **claramente excesivos** respecto a los efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia

- El evaluador para diferenciar entre un trastorno inducido de uno primario debe determinar si **ha habido un cambio en el consumo**, es decir, un **incremento o una disminución** clara del consumo desde la aparición de los síntomas que puedan provocarlos.

Vigo, 28 de novembro de 2014

Vigo, 28 de novembro de 2014

I : ABSTINENCIA  
O CONSUMO MÍNIMO

PRISM APAFTADO 2 – EVALUACION DE SUSTANCIAS

Nº ID. SUJETO . \_\_\_\_\_

PREVIO A ULTIMOS 12 MESES

**Año de primer consumo:**

[illegible][illegible]A L C ☐

COC



HERD



CAN ☐



ALU



SED □

STI ☐

O  
P  
I



MET D

OTR ☐

CASILLA 3C		
¿Durante ese periodo...		
23. ...perdió el apetito comparado con lo habitual?	<u>Pérdida del apetito</u>	?
<b>SI ES AFIRMATIVO:</b>	- debe ocurrir 10 o más de 14 días durante al menos 2 semanas	1
¿Puede describirmelo?	- debe persistir sin alivio la mayor parte del día	2
¿Era este un cambio claro respecto a antes de sentirse (deprimido/anhedónico)?	- pérdida de apetito debido a circunstancias externas = "1"	3
¿Tenía poco apetito la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas?)	- el apetito era claramente menor pero comía la cantidad habitual = "3"	4
	- cumple los criterios pero ocurre durante incrementos o disminuciones en el consumo = "4"	
	- sustancias relevantes: COC, STI	
	→ USAR APENDICE D	

- La columna de la izquierda contiene la **pregunta que se le realiza al sujeto**: son de dos tipos las necesarias que son obligada de hacer al sujeto a menos que se conozca la respuesta; y las de seguimiento que aparecen entre paréntesis que no siempre va a ser necesarias realizarlas.
- La columna del centro se **describe el ítem y las pautas para evaluarlo**
- La columna de la derecha donde se encuentra el espacio para codificar las respuestas. Esto se puede realizar con el **código "1"** cuando el sujeto responde no o cuando la respuesta no es igual a lo descrito en la columna central; **código "2"** cuando el sujeto presenta la experiencia definida pero no la frecuencia, intensidad o duración específica. Se denomina respuesta subumbral; el **código "3"** cuando el sujeto presenta la experiencia tal cual está definida en la columna central; y finalmente el **código "4"** que se codificará en dos casos, cuando cumple criterios pero durante periodos de incrementos o abstinencia de sustancias y cuando el sujeto reconoce que los síntomas se los provocó el consumo de sustancias.

# CASOS CLÍNICOS

- Paciente 37 años , consumidor de cocaína esporádico desde los 20 años.
- Comienzo de consumo diario cocaína a los 22 años
- Primer periodo de abstinencia prolongada de los 27 a los 34 años
- Recaída de los 34 a los 37 años

SUSTANCIAS	EDAD	22							27				34			37
ALCOHOL																
COCAÍNA																
HEROÍNA																
CANNABIS																
ALUCINOGENOS																
SEDANTES																
ESTIMULANTES																
OPIACEOS ILIC																
METADONA																
OTROS																
TRASTORNOS	EDAD						24		26		28		31			
TDEPRESIVO MAY.	INDUCIDO → INDEPENDIENTE															
DISTIMIA																
MANIA																
HIPOMANIA																
TEANIMO NO ESPECIFICADO																
ESQUIZOFRENIA																
ESQUIZOFRENIFORM																
ESQUIZOAFECTIVO																
TTO DELIRANTE																
TTO PSICOTICO NO ESPECIFICADO																
TT ANG CON AGORA																
TTO ANG SIN AGORA																
AGORAFOBIA																
FOBIAL SOCIAL																
FOBIA ESPECIFICA																
TAG																
TOC																
TESTRESPOSTRAU																
ANOREXIA																
BULIMIA																
T ANTISOCIAL																
T LIMITE																
TDH																

SUSTANCIAS	EDAD	27								34			37			40	
ALCOHOL																	
COCAÍNA	<div> <div></div> <div>→ 3 años →</div> </div>																
HEROÍNA	<div> <div></div> <div>→</div> <div></div> <div>→</div> </div>																
CANNABIS																	
ALUCINOGENOS																	
SEDANTES																	
ESTIMULANTES																	
OPIÁCEOS ILIC																	
METADONA																	
OTROS																	

## EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- Desde los 33 años el paciente refiere:
- **Consumo elevado:** *“me pongo muy nervioso y pierdo el control...cuando consumo mucha cocaína me creo que están ahí ya, detrás de las paredes, que en cualquier momento van a entrar, que van a venir a robarme...ha habido momentos en que he dormido con un cuchillo porque los escucho hablar y veo sus sombras...también he sentido como que me tocaban, como una mano fría que me acariciaba...he cogido el cuchillo y me he puesto a perseguir a personas porque creía que estaban compinchadas contra mí...”*

**4ª XORNADA SOBRE NEUROPSICOLOXÍA  
E REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA  
EN DROGODEPENDENCIAS**  
Vigo, 28 de novembro de 2014

Vigo, 28 de novembro de 2014

SUSTANCIAS	EDAD	27				34									40		
ALCOHOL																	
COCAÍNA	<div> <div></div> <div>→ 3 años →</div> </div>																
HEROÍNA	<div> <div></div> <div>→ →</div> </div>																
CANNABIS																	
ALUCINOGENOS																	
SEDANTES																	
ESTIMULANTES																	
OPIÁCEOS ILIC																	
METADONA																	
OTROS																	
TRASTORNOS	EDAD	30		33		34									40		
TRASTORNO PSICÓTICO	<div> <div></div> <div>→ → INDUCIDO</div> </div>																



## EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Desde los 33 años el paciente refiere:

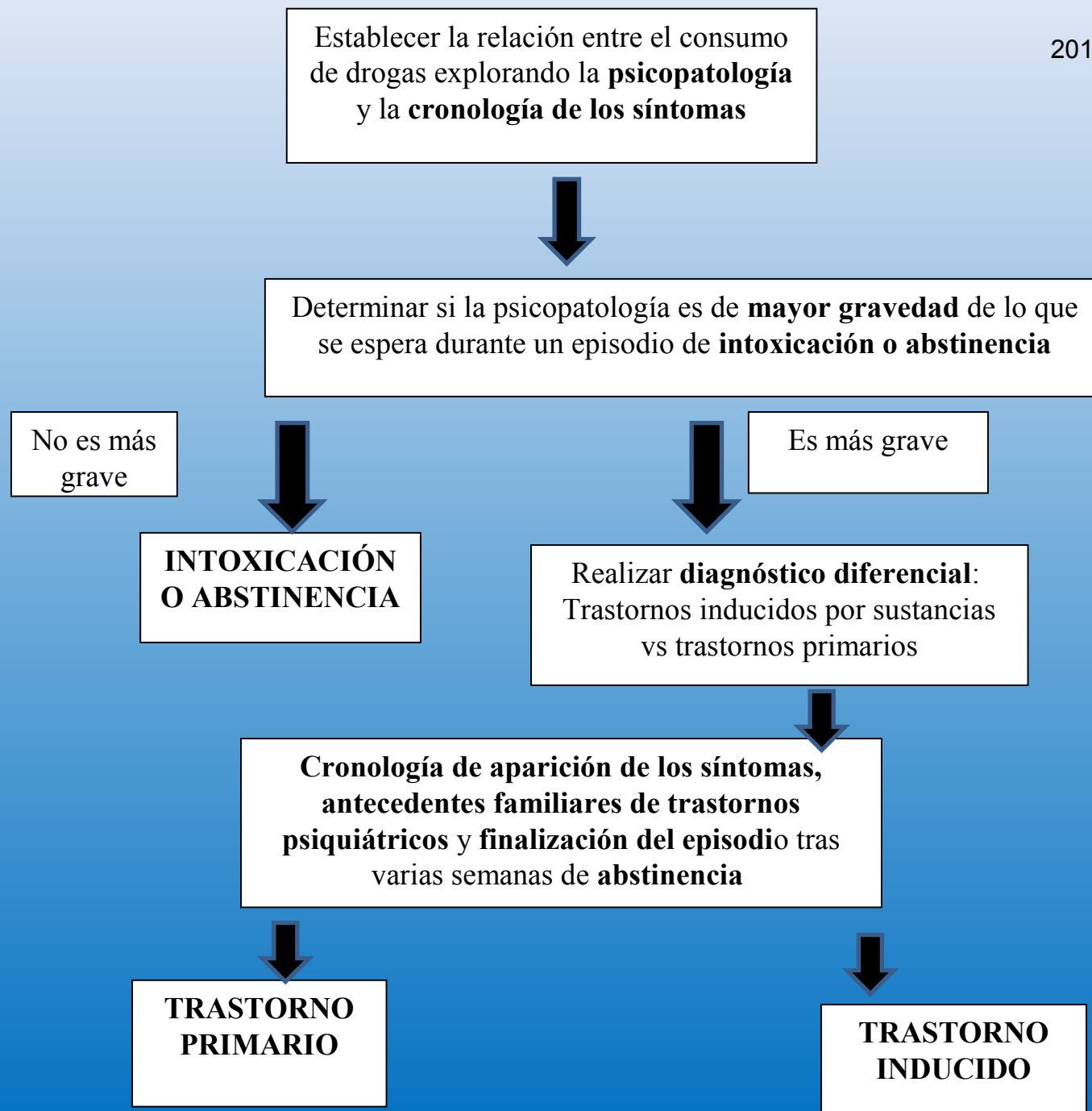
- **Consumo elevado:** *“me pongo muy nervioso y pierdo el control...cuando consumo mucha cocaína me creo que están ahí ya, detrás de las paredes, que en cualquier momento van a entrar, que van a venir a robarme...ha habido momentos en que he dormido con un cuchillo porque los escucho hablar y veo sus sombras...también he sentido como que me tocaban, como una mano fría que me acariciaba...he cogido el cuchillo y me he puesto a perseguir a personas porque creía que estaban compinchadas contra mí...”*
- Desde ese momento, *“...empecé a desmontar los móviles, teléfonos, la televisión para buscar los **MICRÓFONOS...DE HECHO, AHORA PIENSO QUE USTED ME ESTÁ PONIENDO MICRÓFONOS Y ME ESTÁ GRABANDO**, no entiendo porque no me lo hace...¿por qué me han elegido a mí?...creo que hay personas que han hecho cosas mucho peores que yo... me están vigilando de alguna manera, con un localizador...sé que están aquí y saben dónde estoy, si recaigo en el consumo o no y si voy a hacer algo malo...nos vigilan a unos pocos y uno de ellos soy yo...no lo entiendo bien...”*  
*“que existen “infiltrados” que le están controlando y grabando “...¿por qué me quieren controlar?...no entiendo porqué me queréis vigilar a mí y no a los altos cargos”...*

**4ª XORNADA SOBRE NEUROPSICOLOXÍA  
E REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA  
EN DROGODEPENDENCIAS**

Vigo, 28 de novembro de 2014

SUSTANCIAS	EDAD	30								34							40
ALCOHOL																	
COCAINA	<div> <div></div> <div>&gt; 3 años</div> <div></div> </div>																
HEROÍNA	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>																
CANNABIS																	
ALUCINOGENOS																	
SEDANTES																	
ESTIMULANTES																	
OPIÁCEOS ILIC																	
METADONA																	
OTROS																	
TRASTORNOS	EDAD	30							33	34							40
TRASTORNO PSICÓTICO	<div> <div>INDEPENDIENTE</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>																

**INDICADO**



**¿Cuál es la prevalencia de personas con comorbilidad psicopatológica existe en las comunidades terapéuticas de Andalucía?**

# Estudios Andalucía

## ÁMBITO DEL ESTUDIO

Pacientes que acceden a tratamiento en alguna de  
las públicas de Andalucía

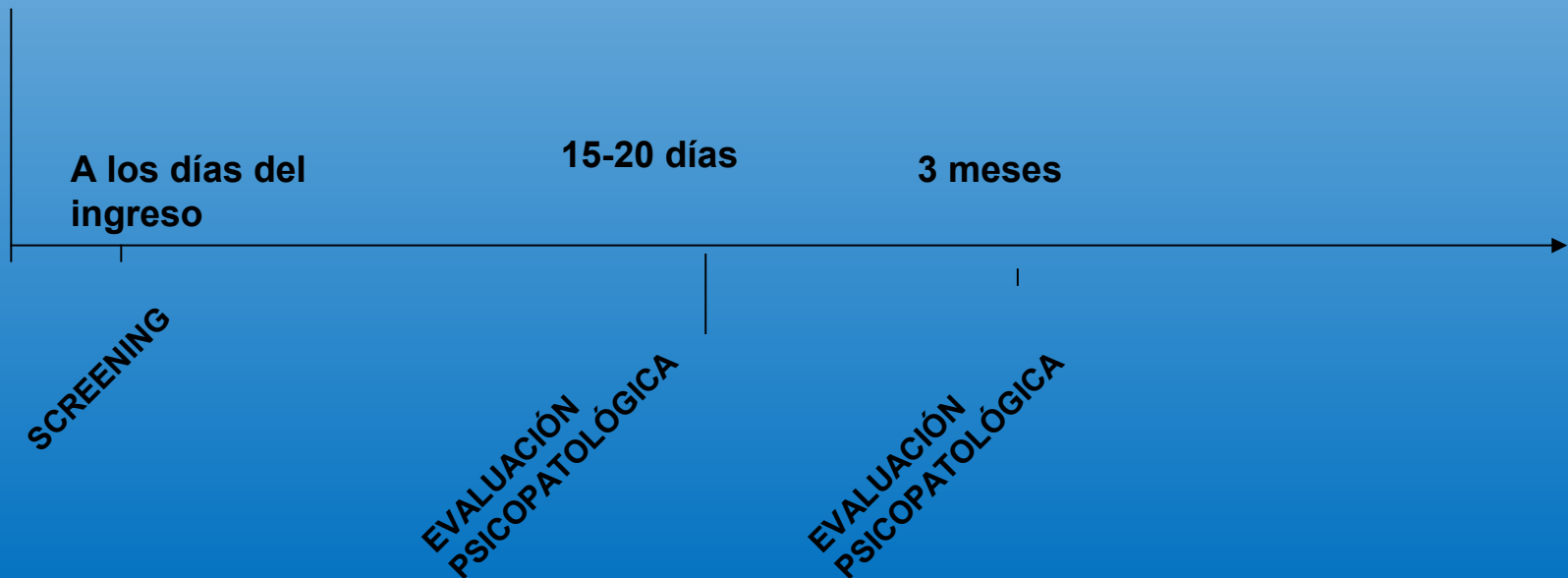


# Estudios Andalucía

## LÍNEA CRONOLÓGICA DE LAS EVALUACIONES DE LOS PACIENTES

*Entrada del paciente  
en la Comunidad*

*Alta del paciente*







Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

## Psychiatry Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres)



### Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: Substance-induced versus independent disorders

Esperanza Vergara-Moragues<sup>a</sup>, Francisco González-Saiz<sup>b,\*</sup>, Oscar M. Lozano<sup>c</sup>,  
Patricia Betanzos Espinosa<sup>d</sup>, Fermín Fernández Calderón<sup>a</sup>, Izaskun Bilbao-Acebos<sup>a</sup>,  
Miguel Pérez García<sup>d</sup>, Antonio Verdejo García<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Agency of Social Services and Dependence of Andalusia, Seville, Spain

<sup>b</sup> Community Mental Health Unit of Villamartín, Mental Health Hospital, Cádiz, Spain

<sup>c</sup> Department of Clinical, Experimental, and Social Psychology, University of Huelva, Huelva, Spain

<sup>d</sup> Department of Clinical Psychology, University of Granada, Granada, Spain

#### ARTICLE INFO

##### Article history:

Received 20 October 2011

Received in revised form

5 July 2012

Accepted 29 July 2012

##### Keywords:

Cocaine

Therapeutic community

Psychiatric comorbidity

PRISM

Independent psychiatric disorders

Substance-induced disorders

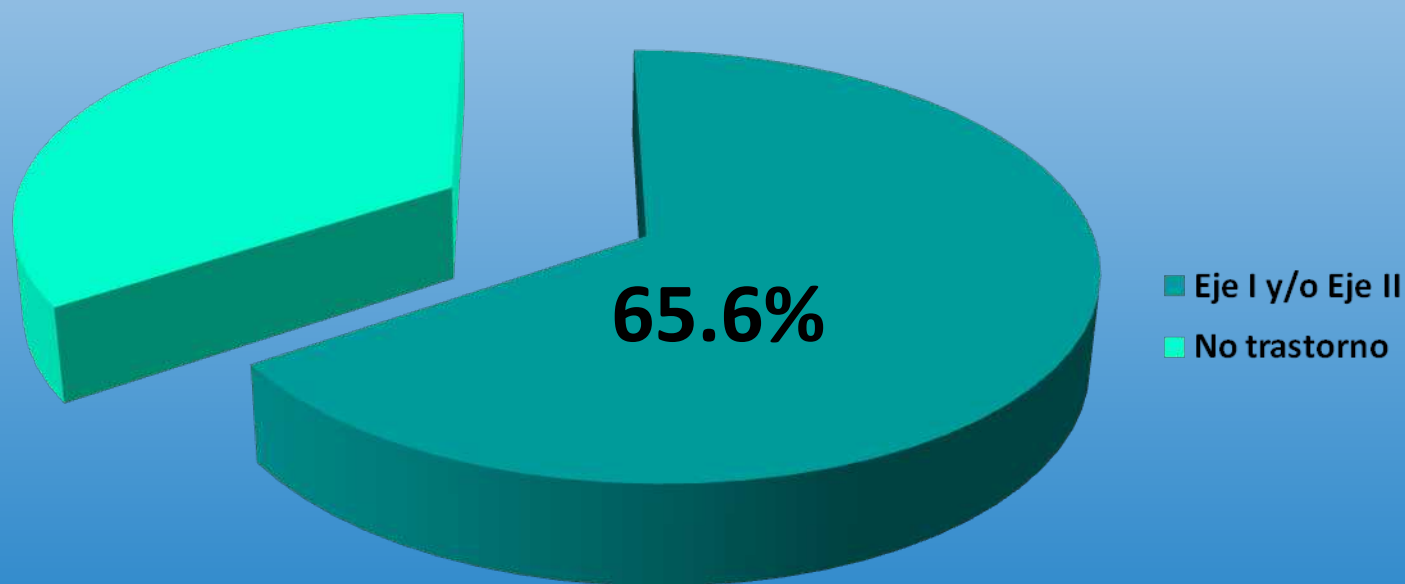
#### ABSTRACT

This is a cross-sectional study of 227 cocaine dependent individuals in six different therapeutic communities (TCs) within a single treatment network in Andalusia (Spain). The primary aim of the study is to examine the prevalence of lifetime psychiatric comorbidity in this sample using the *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM). Diagnoses were assessed 15–20 days after admission. The data indicate that more than 65% of the sample experienced a lifetime co-occurring psychiatric comorbidity. Substance-induced mood (21.6%) and psychotic (11.5%) disorders were more prevalent in this population than independent mood (12.3%) and psychotic (7.5%) disorders. These data suggest the need to introduce changes in these centers, both in the diagnostic aspects and in the treatment programs.

© 2012 Published by Elsevier Ireland Ltd.

## Resultados- Prevalencia

N=227

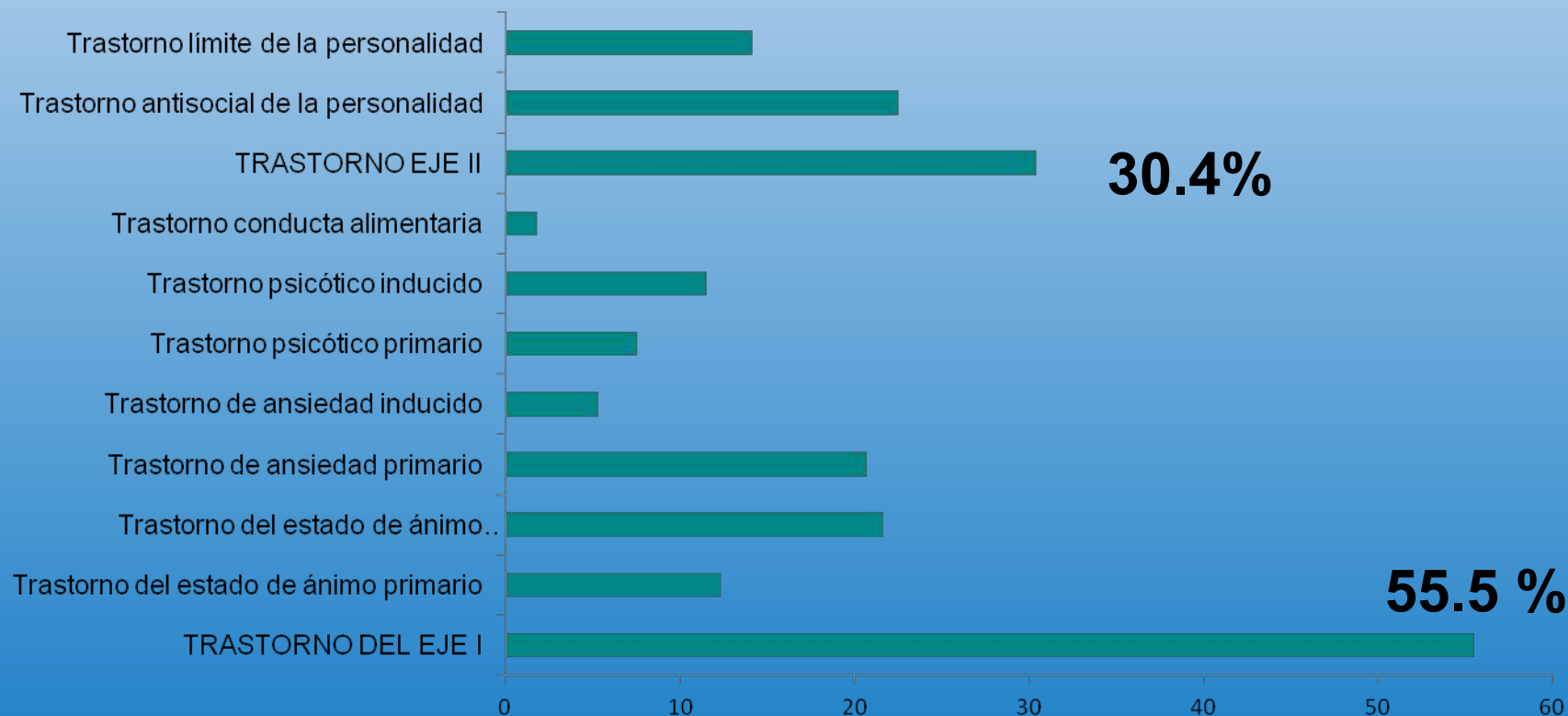


Vergara-Moragues et al. Psychiatry Research (2012)



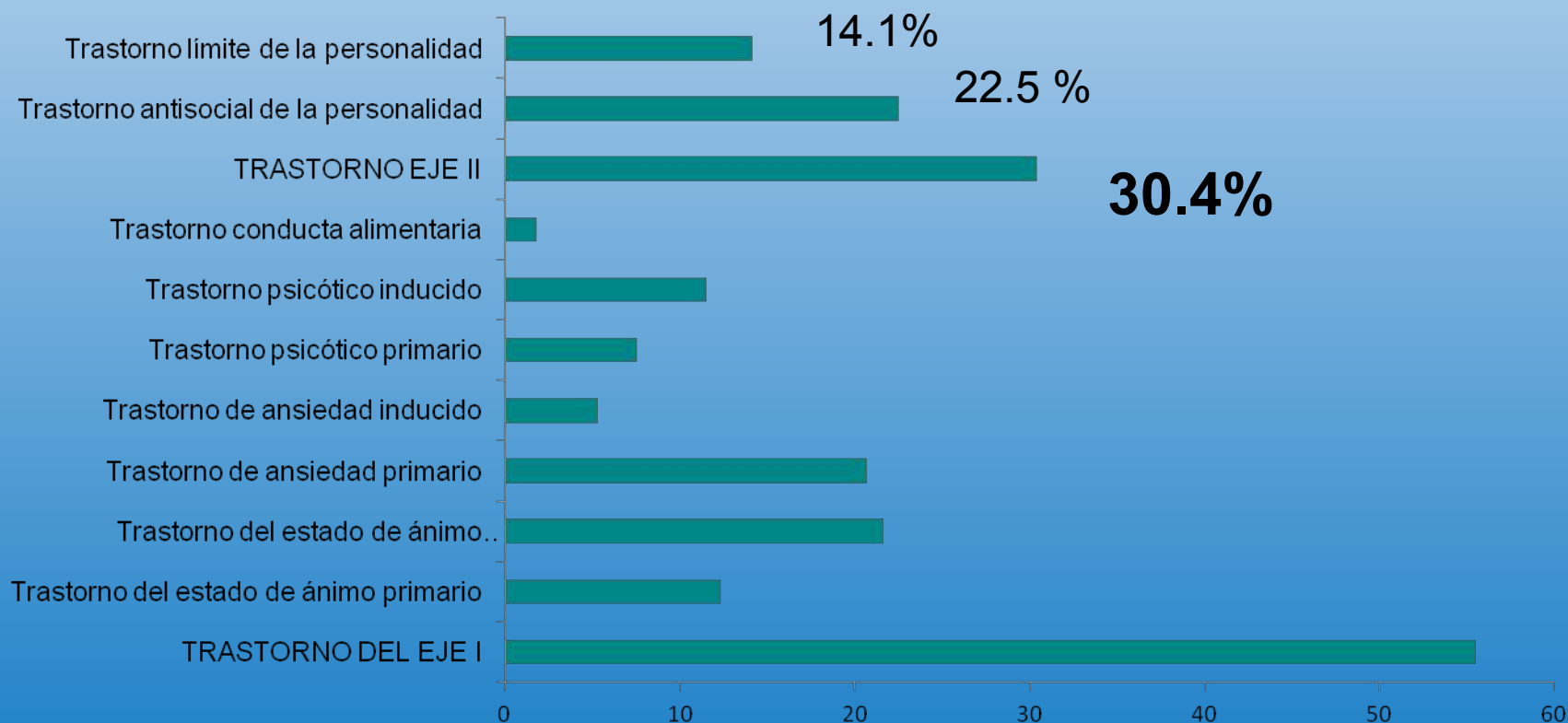
## Resultados- Prevalencia

N=227



## Resultados- Prevalencia

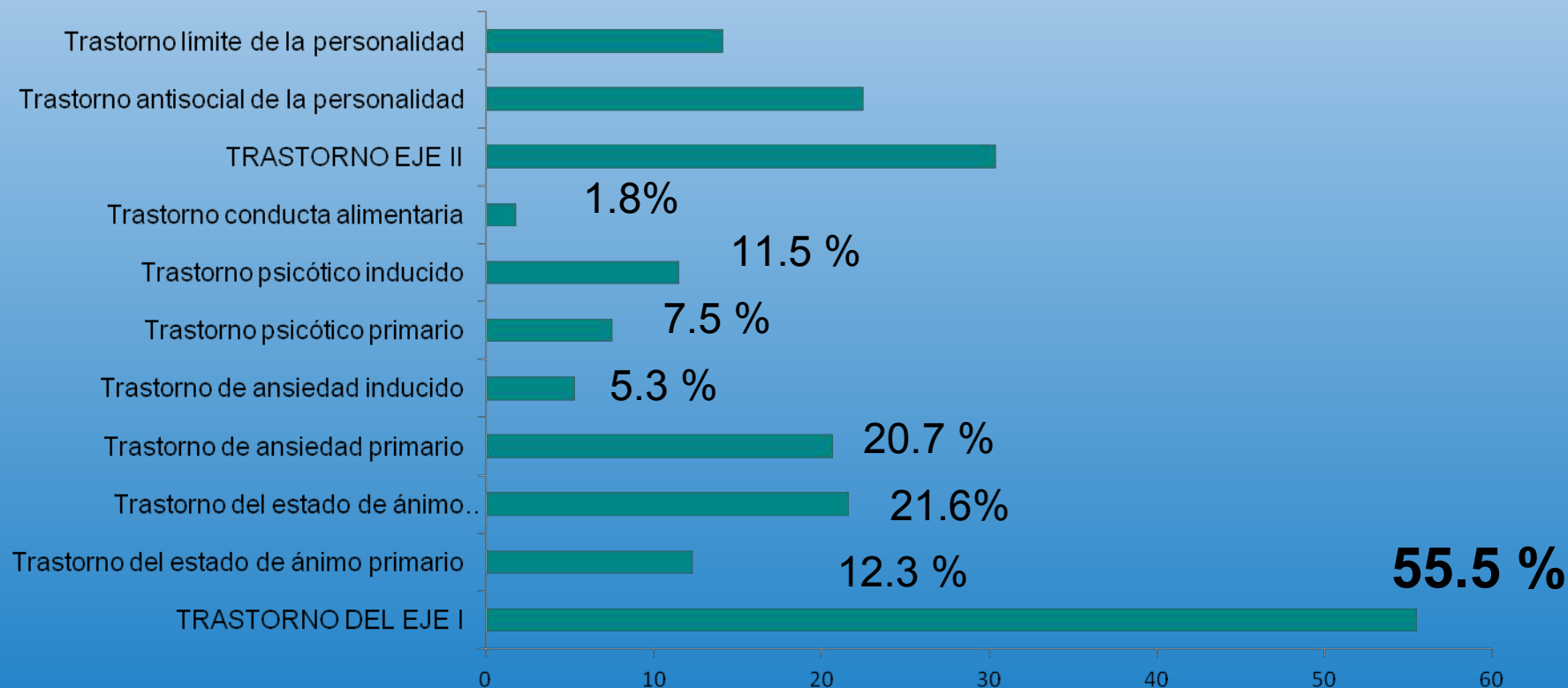
N=227



Vergara-Moragues et al. Psychiatry Research (2012)

# Resultados- Prevalencia

N=227



Vergara-Moragues et al. Psychiatry Research (2012)

**¿Los pacientes con comorbilidad psicopatológica se benefician menos de nuestras intervenciones?**

## ORIGINALES

Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica

Relationship between psychopathological comorbidity and outcomes variables in-treatment cocaine dependent subject in therapeutic community

ESPERANZA VERGARA-MORAGUES\*, \*\*; FRANCISCO GONZÁLEZ-SAIZ\*\*\*; OSCAR LOZANO-ROJAS\*\*\*\*; FERMIN FERNÁNDEZ CALDERÓN\*\*\*\*\*; ANTONIO VERDEJO GARCÍA\*\*\*\*\*; PATRICIA BETANZOS ESPINOSA\*\*; IZASKUN BILBAO ACEDOS\*\*\*\*\*; MIGUEL PÉREZ GARCÍA\*\*

\* Departamento de Educación. Universidad Internacional de la Rioja (UNIR).

\*\* Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada.

\*\*\* Unidad de Salud Mental Comunitaria Villamartín. UGC Salud Mental Hospital de Jerez (Cádiz).

\*\*\*\* Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social, Universidad de Huelva.

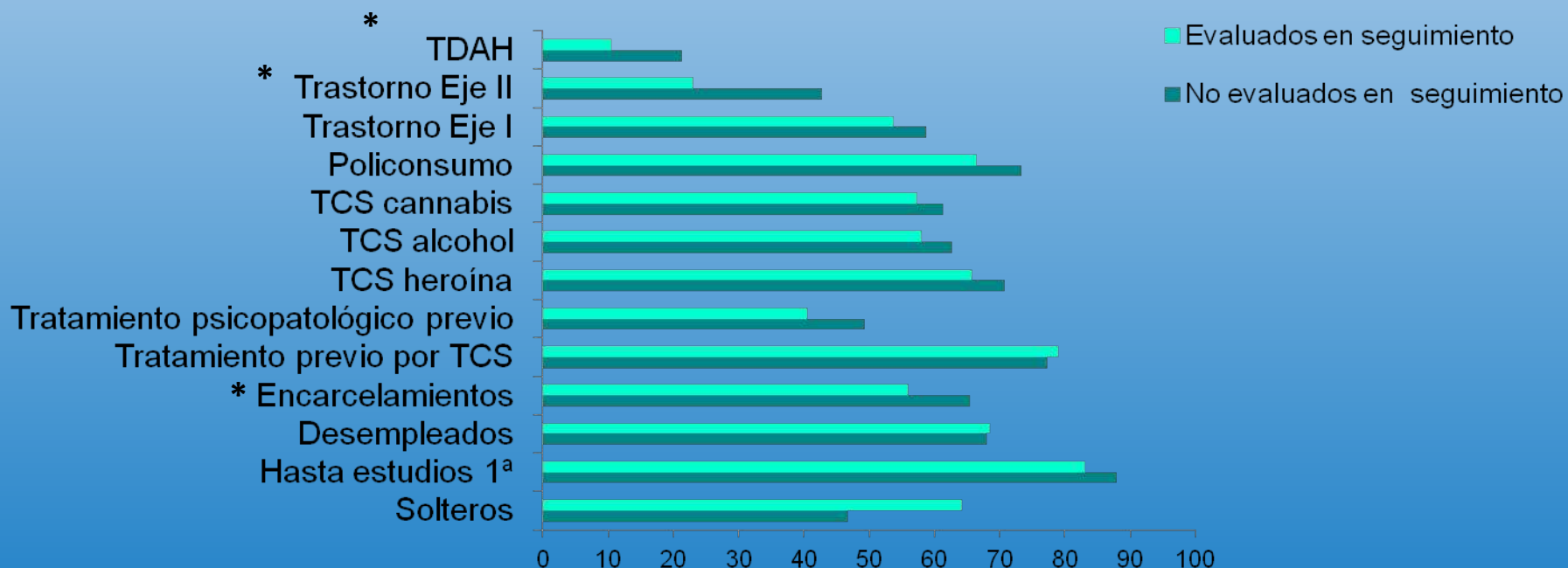
\*\*\*\*\* Agencia de Servicio Sociales y Dependencia de Andalucía.

\*\*\*\*\* Instituto de Neurociencia F. Olóriz. Universidad de Granada.

# Resultados- Seguimiento

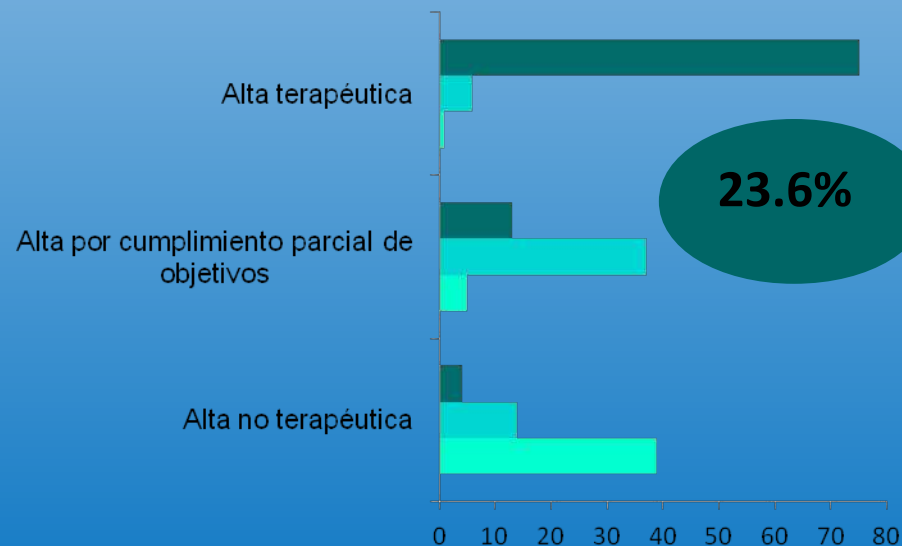
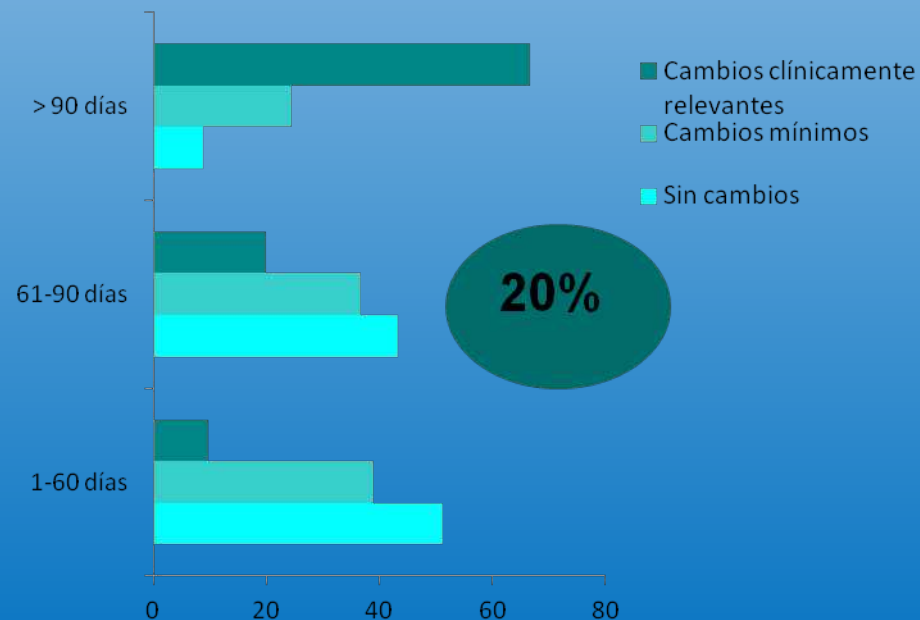
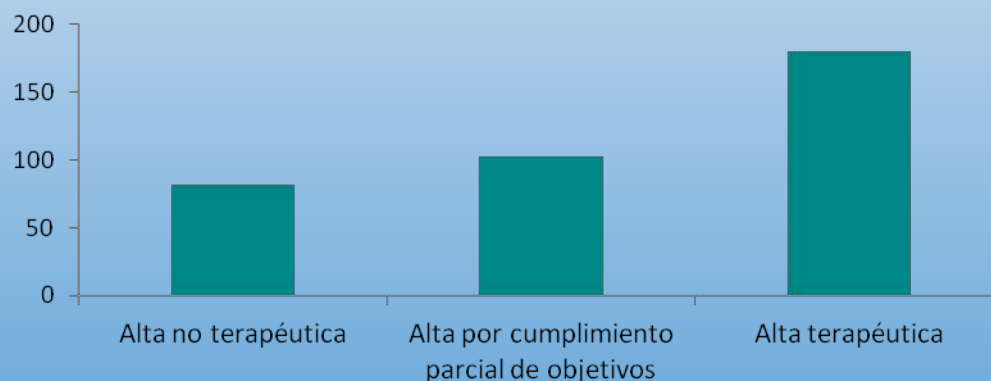
N=218

## ANÁLISIS INTER-GRUPOS

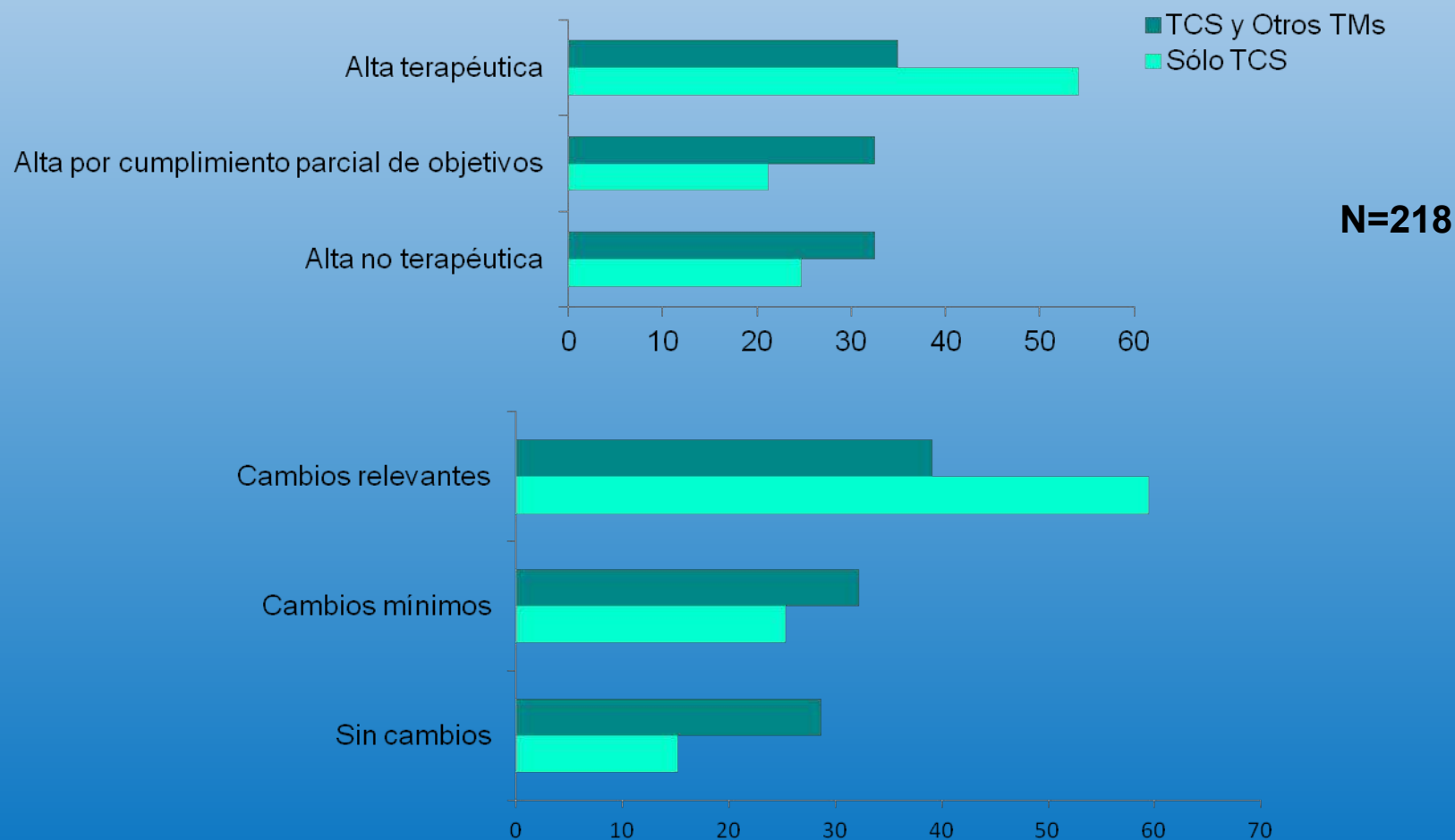


# Resultados- Seguimiento

N=218



## Resultados- Seguimiento por grupos





# Psychiatric Profile of Three-Month Retention in Cocaine-Dependent Patients Treated in a Therapeutic Community

ESPERANZA VERGARA-MORAGUES, PH.D.,<sup>a,b,c,\*</sup> FRANCISCO GONZÁLEZ-SAIZ, M.D., PH.D.,<sup>d</sup>  
OSCAR M. LOZANO, PH.D.,<sup>e</sup> AND ANTONIO VERDEJO GARCÍA, PH.D.<sup>f,g</sup>

<sup>a</sup>*Department of Education, International University of La Rioja (UNIR), Spain*

<sup>b</sup>*Research Center for Mind, Brain and Behavior (CIMCYC), University of Granada, Granada, Spain*

<sup>c</sup>*Social Services and Dependence Agency of Andalusia, Seville, Spain*

<sup>d</sup>*Community Mental Health Unit of Villamartín, Mental Health Hospital, Cadiz, Spain*

<sup>e</sup>*Department of Clinical, Experimental and Social Psychology, University of Huelva, Huelva*

<sup>f</sup>*Neuroscience Institute F. Olóriz, University of Granada, Granada, Spain*

<sup>g</sup>*School of Psychology and Psychiatry, Monash University, Clayton (Victoria), Australia*

**ABSTRACT. Objective:** The purpose of this study was to examine the psychopathological profile that may be associated with the retention of patients for 90 days in a therapeutic community. **Method:** In this study, we used a prospective longitudinal descriptive design. Participants were 218 cocaine-dependent individuals. Psychopathological assessment was performed using the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) and Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID). The outcome measure was retention and was defined as the time in therapeutic community treatment (number of days), the type of discharge, and the clinical impression of the therapeutic outcome. **Results:** Of all patients, 68.3% (149) were stayers, and 31.7% (69) were dropouts after 3 months of treatment. In comparison

with stayers, the dropout patients were in therapeutic community treatment fewer days, and they had a larger percentage of nonrelevant or minimal clinical changes at the end of the treatment ( $p < .001$ ). Regarding the presence of other mental disorders, among the dropout patient group, the percentage of diagnostics is larger than in the stayer group. This difference is statistically significant for borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. **Conclusions:** The results of this study demonstrate the importance of the impact of psychopathological comorbidity, particularly for the disorders associated with impulsivity and the control of impulses, in the therapeutic success of treatment in a therapeutic community. (*J. Stud. Alcohol Drugs*, 74, 452–459, 2013)

## Resultados- Seguimiento por grupos

N=218



## ORIGINAL RESEARCH

# Impact of Psychiatric Comorbidity on the In-Treatment Outcomes of Cocaine-Dependent Patients in Therapeutic Communities

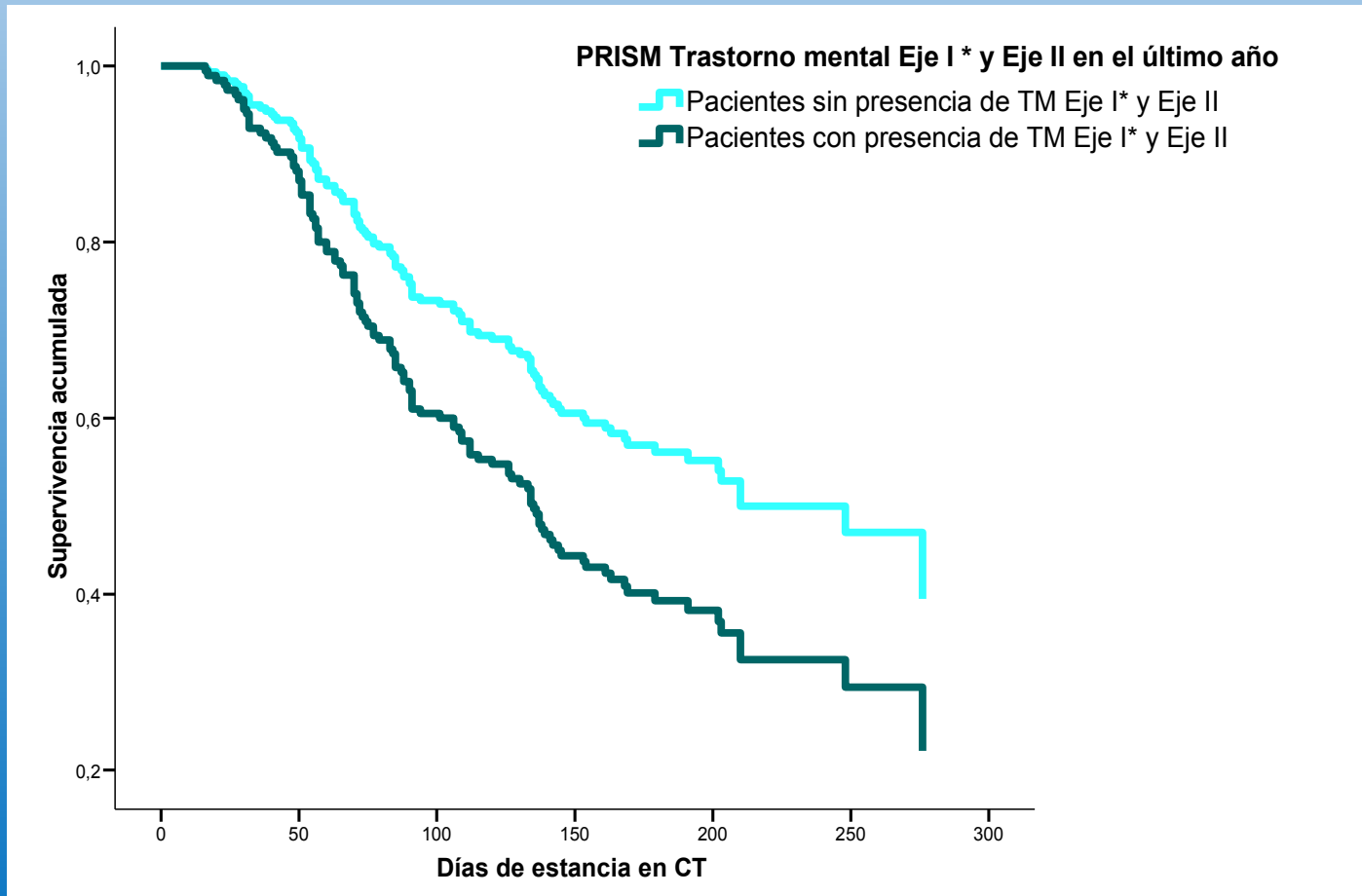
Francisco González-Saiz, PhD,<sup>1</sup> Esperanza Vergara-Moragues, PhD,<sup>2,3</sup> Antonio Verdejo-García, PhD,<sup>4</sup>  
Fermín Fernández-Calderón, PhD,<sup>5</sup> and Oscar M. Lozano, PhD<sup>6</sup>

**ABSTRACT.** *Background:* This study aimed to explore the association between psychiatric comorbidity and treatment outcomes in therapeutic communities (TCs). *Methods:* A prospective longitudinal descriptive design was used. A baseline psychopathological assessment was performed within the first 15 to 20 days of treatment in the TCs. The length of treatment stay was computed for each individual. The study was conducted in the region of Andalusia (Spain). The participants were 218 cocaine-dependent individuals. Psychopathological assessment was performed using the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). The outcome measures were retention, defined as the time in TC treatment (number of days), and the patient's assessment upon leaving the TC. *Results:* The number of psychopathological comorbidities present in the last year among the patients was high (57.8%) and was associated with a worse response to treatment ( $P = .004$ ). The patients with co-occurring psychiatric disorders had a decreased probability of remaining in the TCs compared with patients who only presented with substance use disorders (hazards ratio = 1.61). *Conclusions:* Psychiatric comorbidity predicts cocaine-dependent individuals' likelihood of remaining in residential treatment.

**Keywords:** Cocaine, psychiatric comorbidity, retention, substance abuse, therapeutic

# Resultados- Seguimiento por grupos

N=218





*Journal of Addictive Diseases*, 32:343–353, 2013

Copyright © Taylor & Francis Group, LLC

ISSN: 1055-0887 print / 1545-0848 online

DOI: 10.1080/10550887.2013.854154



## PSYCHOPATHOLOGICAL STABILITY OF PERSONALITY DISORDERS IN SUBSTANCE ABUSE PATIENTS TREATED IN A THERAPEUTIC COMMUNITY

Esperanza Vergara-Moragues, PhD<sup>1,2</sup>, Francisco González-Saiz, PhD, MD<sup>3</sup>, Oscar M. Lozano, PhD<sup>4</sup>, Antonio Verdejo García, PhD<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Education, International University of La Rioja, Spain

<sup>2</sup>Research Center for Mind, Brain and Behavior, University of Granada, Granada, Spain

<sup>3</sup>Community Mental Health Unit of Villamartín, Mental Health Hospital, Cádiz, Spain

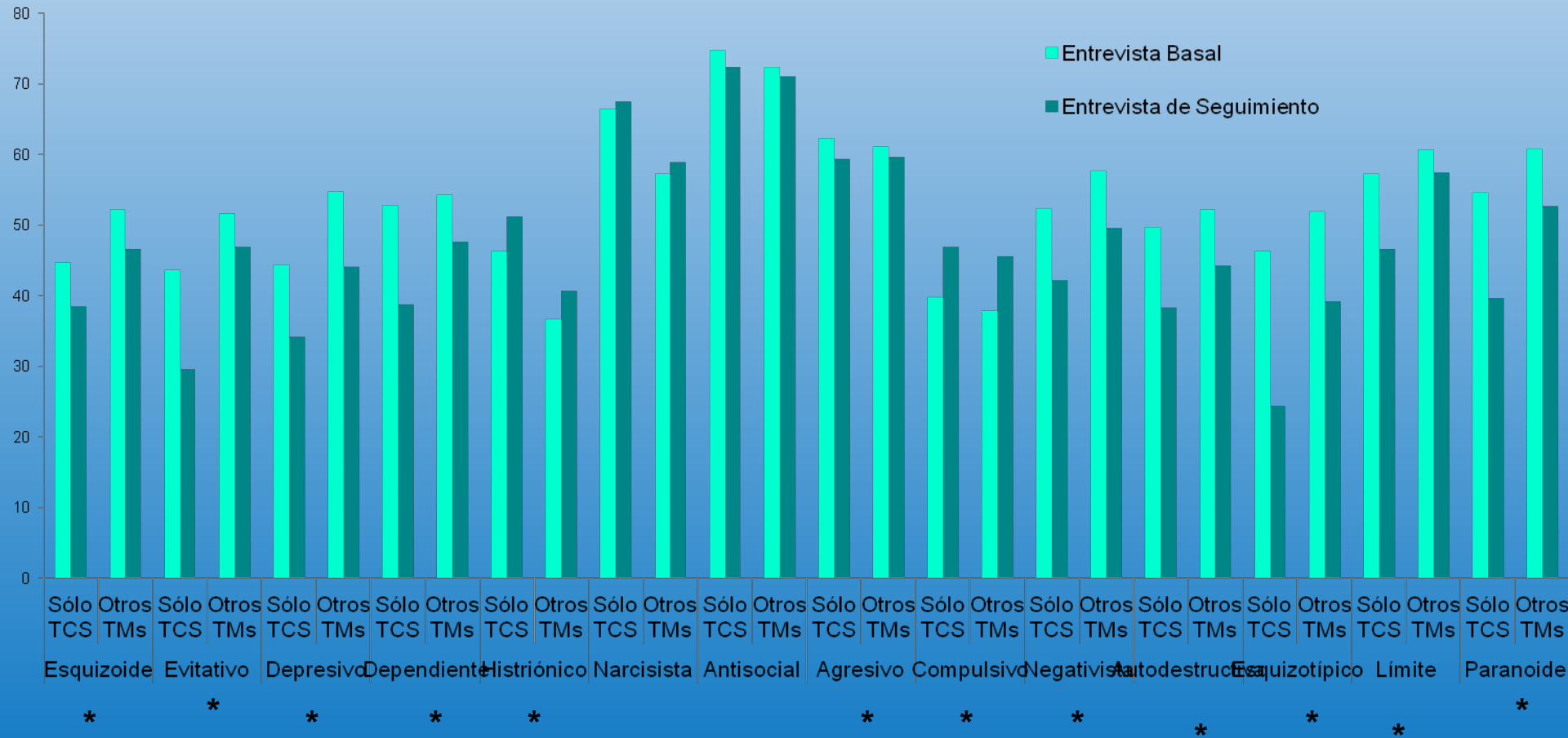
<sup>4</sup>Department of Clinical, Experimental and Social Psychology, University of Huelva, Huelva, Spain

<sup>5</sup>Neuroscience Institute F. Olóriz, University of Granada, Granada, Spain

The objective of this study is to explore the stability of personality dimensions in a selection of psychoactive substance abuse patients during treatment in therapeutic communities. The baseline assessment was conducted 15 to 20 days from the start of therapeutic community treatment, and the second assessment was conducted 3 months after admission. The Millon Clinical Multiaxial Inventory III was used to assess personality dimensions. At 3 months, a reduction was observed in the mean severity scores of most personality dimensions in both patterns and clinical syndromes. Caution should be exercised when assessing and diagnosing personality disorders in a drug addict population because one must consider the presence of abuse concomitant factors that may erroneously increase the comorbidity of personality disorders and related substance abuse disorders.

**4ª XORNADA SOBRE NEUROPSICOLOXÍA  
E REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA  
EN DROGODEPENDENCIAS**

Vigo, 28 de novembro de 2014





# Disadvantageous decision-making as a predictor of drop-out among cocaine-dependent individuals in long-term residential treatment

**Laura Stevens<sup>1\*</sup>, Patricia Betanzos-Espinosa<sup>2</sup>, Cleo L. Crunelle<sup>3,4</sup>, Esperanza Vergara-Moragues<sup>5,6</sup>, Herbert Roeyers<sup>7</sup>, Oscar Lozano<sup>6,8</sup>, Geert Dom<sup>4,9</sup>, Francisco Gonzalez-Saiz<sup>6,10</sup>, Wouter Vanderplasschen<sup>1</sup>, Antonio Verdejo-García<sup>2,6,11,12</sup> and Miguel Pérez-García<sup>2,13</sup>**

<sup>1</sup> Department of Orthopedagogics, Ghent University, Ghent, Belgium

<sup>2</sup> Department of Clinical Psychology, Universidad de Granada, Granada, Spain

<sup>3</sup> Toxicological Centre, Antwerp University, Antwerp, Belgium

<sup>4</sup> Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Antwerp University, Antwerp, Belgium

<sup>5</sup> Department of Education, International University of La Rioja (UNIR), Madrid, Spain

<sup>6</sup> Red de Trastornos Adictivos, Universidad de Granada, Granada, Spain

<sup>7</sup> Department of Experimental Clinical and Health Psychology, Ghent University, Ghent, Belgium

<sup>8</sup> Department of Psychology, Universidad de Huelva, Huelva, Spain

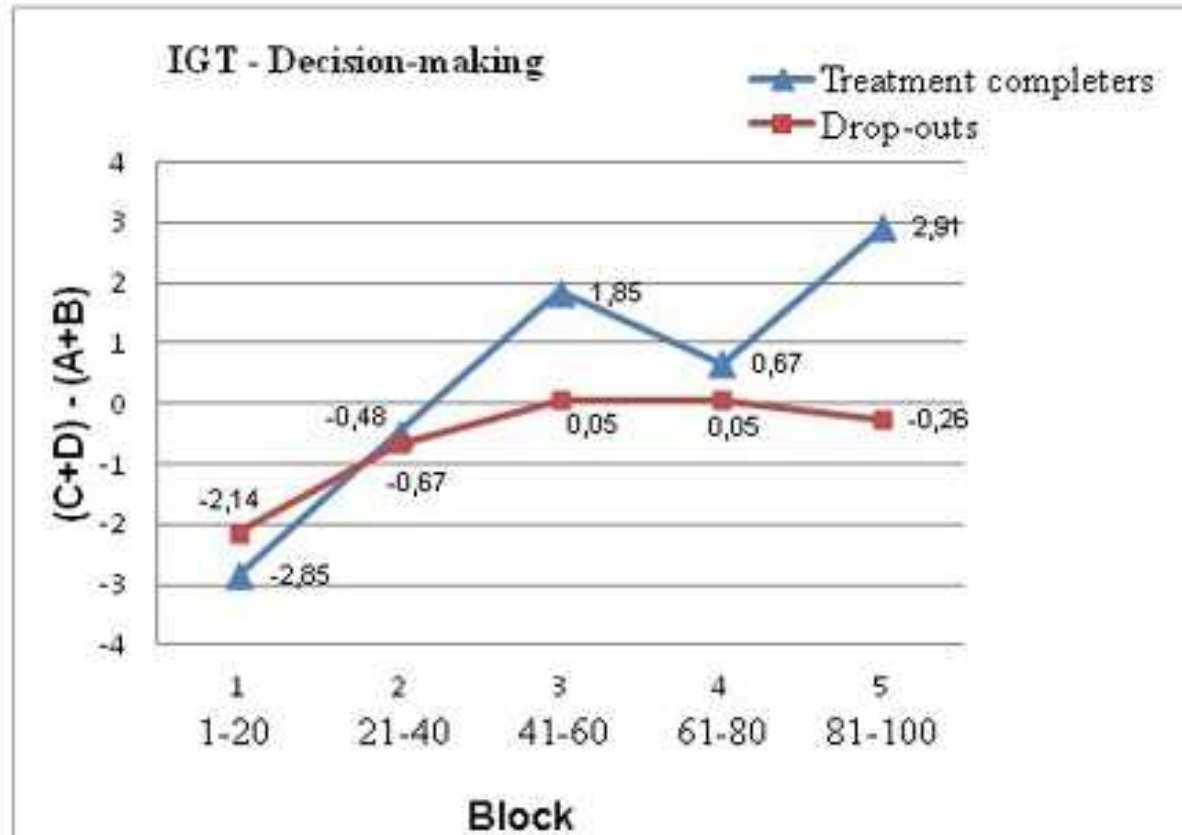
<sup>9</sup> Psychiatric Centre Alexian Brothers, Boechout, Belgium

<sup>10</sup> Unidad de Salud Mental Comunitaria Villamartin, Unidad de Gestión Clínica Hospital de Jerez, Cádiz, Spain

<sup>11</sup> School of Psychology and Psychiatry, Monash University, Melbourne, VIC, Australia

<sup>12</sup> Institute of Neuroscience F. Olóriz, Universidad de Granada, Granada, Spain

<sup>13</sup> Mind, Brain and Behavior Research Center, Universidad de Granada, Granada, Spain



**FIGURE 1 |** Performance on the Iowa Gambling Task (IGT) as a function of group (drop-outs vs. treatment completers) and blocks (1-5). Each



**¿Podemos mejorar nuestras intervenciones  
con pacientes con comorbilidad  
psicopatológica?**

## **Tratamiento tradicional**

### **¿Qué mantener?**

- ✓ **Régimen diario estructurado**
- ✓ **Fomento de la responsabilidad personal**
- ✓ **Cambios de funciones gradualmente**
- ✓ **Promoción de valores prosociales**

## ¿Qué modificar para adaptar a las necesidades de los pacientes con comorbilidad psicopatológica?

- ✓ Adaptación del **perfil profesionales** con experiencia tanto en salud mental como en el campo de las adicciones
- ✓ Reducción de la **duración** y una **mayor flexibilidad** en las ejecuciones de las **actividades e intervenciones terapéuticas**
- ✓ Mayor énfasis en la **orientación e instrucción**
- ✓ **Menor** número de **sanciones y confrontaciones**
- ✓ Afirmación más explícitas de los **logros**
- ✓ Mayor atención a las **diferencias individuales**
- ✓ Mejor respuesta a las **necesidades especiales** de desarrollo de los pacientes

1. **Modelo integral** que se distinga de las comunidades tradicionales en dos aspectos fundamentales: **mayor flexibilidad y mayor intervención individualizada** (Bonet y Fernández, 2012; De Leon, 1996; Sacks et al., 2008)
2. Coordinación con **diferentes recursos**
3. Intervención tanto **familiar como individual** que ayude al *insight* del paciente en el reconocimiento de los síntomas como estrategia de prevención

# Síntomas psicóticos

# **¿Qué pasa con los síntomas psicóticos relacionados con el consumo de cocaína?**

## **Marco conceptual trastornos psicóticos**

**DSM**

**Intoxicación**

**Trastornos psicóticos inducidos**

**Trastornos psicóticos “no inducidos”**

**CIE-10**

**Intoxicación**

**Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo**

**Trastorno mental**

# **TRASTORNOS psicóticos en pacientes consumidores de cocaína**

Vergara-Moragues y González-Saiz, 2010

Estudio	Muestra	Criterio Diagnósticos/Instrumento	Resultados
Weiss et al.,1986	30 pacientes abusadores de cocaína y 124 pacientes hospitalizados que eran dependientes de opiáceos o sedantes	DSM-III/ Diagnóstico clínico	El 3.3% de la muestra fue diagnosticado de psicosis atípica
Weiss et al.,1988	149 sujetos con abuso a cocaína hospitalizados	DSM-III/ diagnóstico clínico	Inexistente
Rounsaville et al.,1991	298 consumidores de cocaína en tratamiento	RDC/SADS	El 1.7% cumplieron criterios para algún trastorno psicótico a lo largo de la vida
Halikas et al.,1994	207 consumidores de cocaína	DSM-III/DIS	Inexistente
Ziedonis et al.,1994	263 consumidores de cocaína	DSM-III/SADS-L	El 3% de los consumidores de cocaína de raza blanca y el 1 % de raza afroamericana obtuvieron diagnósticos trastornos psicótico
Falck et al.,2004	313 pacientes consumidores de cocaína	DSM-IV/ DIS	2.6% sujetos cumplieron criterio de esquizofrenia
Herrero et al.,2007	139 jóvenes consumidores de cocaína	DSM-IV/PRISM	El 5 % del total de la muestra tuvieron criterios de un trastorno psicótico inducido por sustancias a lo largo de la vida
Zlotnick et al.,2008	272 sujetos en programas de prisión para drogodependientes (el 78,7% uso de cocaína a lo largo de la vida)	DSM-IV/SCID	El 2,2 % de los hombres y el 6.5 % de las mujeres padecieron algún trastorno psicótico
Ford et al., 2009	449 sujetos consumidores de cocaína	Criterios DSM-IV-R/ SSADDA	Inexistente
<b>Vergara-Moragues et al., 2012</b>	227 dependientes cocaína	DSM-IV	18.9%



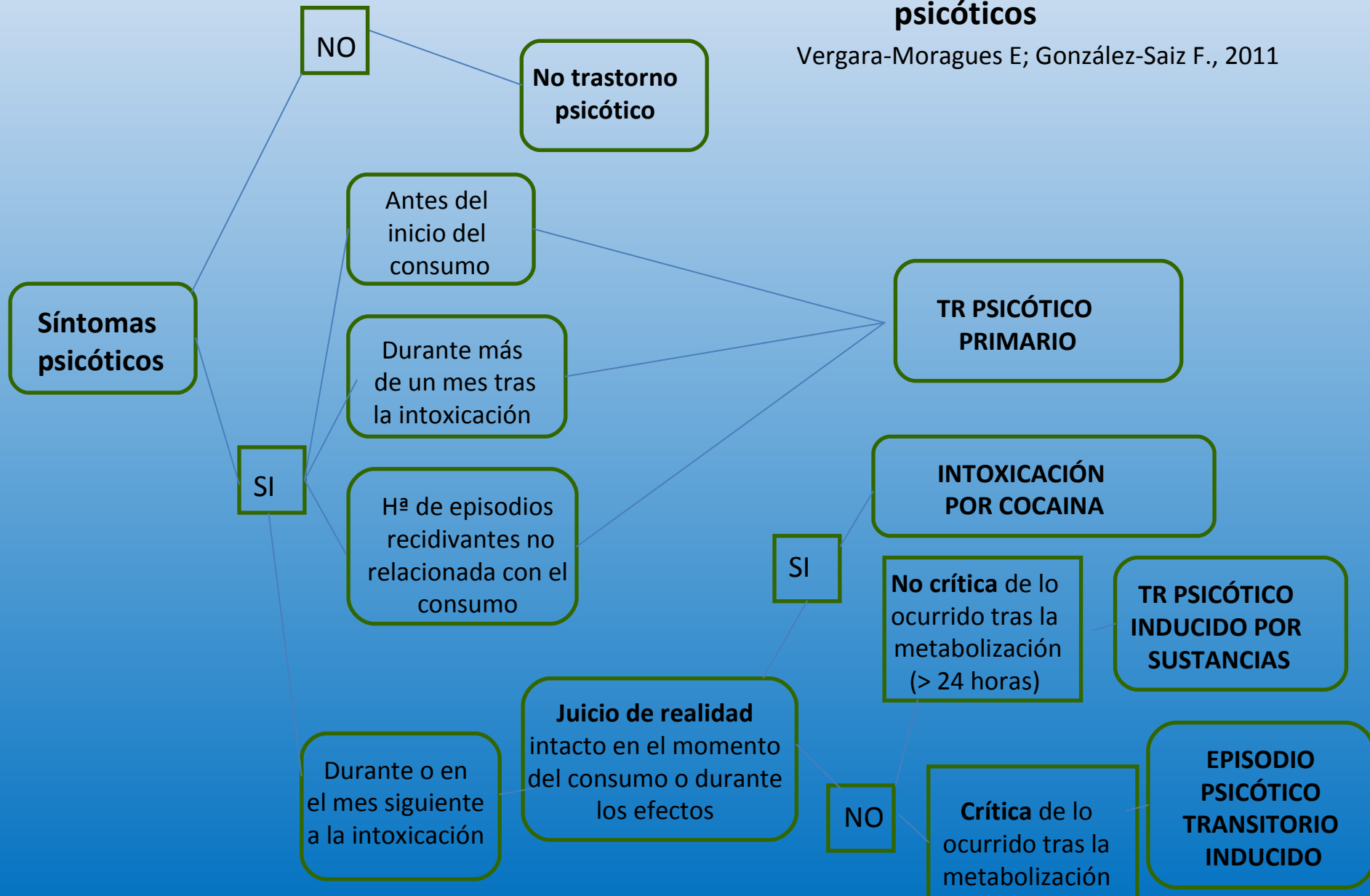
# SÍNTOMAS psicóticos en pacientes consumidores de cocaína

Vergara-Moragues y González-Saiz, 2010

	N	Instrumentos utilizados/criterios	Pacientes con síntomas psicóticos inducidos N (%)
Siegel y col., 1978	85	Valoración por parte de clínicos expertos	15 (17,6) padecieron alucinaciones táctiles, auditivas, visuales, gustativas y olfatorias inducidas por cocaína
Manschreck y col., 1988	106	Valoración por parte de clínicos expertos	31 (29.2)
Satel y col., 1991	50	CEQ* /DSM-III-R	34 (68%) episodios transitorios y 1 (2%)
Mitchell y Vierkant, 1991	100	Valoración por parte de clínicos expertos	Alucinaciones: Táctiles: 5 Visuales: 56 Auditivas: 50 Delirios: Persecución: 74 Desconfianza paranoide: 30
Brady y col., 1991	55	Valoración por parte de clínicos expertos	El 53% de los pacientes experimentaron sintomatología psicótica inducida
Bartlett y col., 1997	57	Cuestionario clínico	El 47,5% tuvieron sintomatología psicótica y el 45% delirios paranoides
Boutros y col., 2002	30	CEQ*	El 34% de los sujetos experimentaron síntomas psicóticos durante el consumo de cocaína
Cubells y col., 2005	243	SAPS-CIP**	El 75% de los sujetos padecieron algún síntoma psicótico inducido por cocaína
Boutros y col., 2006	34	CEQ*	El 70,6% de los sujetos experimentaron algún síntoma psicótico durante la intoxicación de cocaína
Floyd y col., 2006	53	CEQ*	71% de los pacientes presentaron síntomas psicóticos durante el consumo de cocaína
Kalayasari y col., 2006	420	CEQ*	El 65% encontraron criterios de paranoia relacionada con el consumo de cocaína
Mahoney y col., 2008	27	PSAS***	El 59 % de los hombres presentaron delirios paranoides durante el consumo (están hablando sobre mí), 48% alucinaciones auditivas. El 67% de las mujeres consumidoras de cocaína presentaron delirios paranoides y el 60% alucinaciones auditivas.
Roncero y cols., 2011	173	Entrevista clínica	54%

# Algoritmo para la evaluación de la relación entre el consumo de cocaína y los trastornos psicóticos

Vergara-Moragues E; González-Saiz F., 2011



# MODELO DIMENSIONAL DE PSICOSIS COCAÍNICA

Post,1975



Intoxicaciones sin Síntomas Psicóticos (SP)

Intoxicaciones con SP y Juicio de realidad (JR)  
conservado

Intoxicaciones con SP y JR alterado

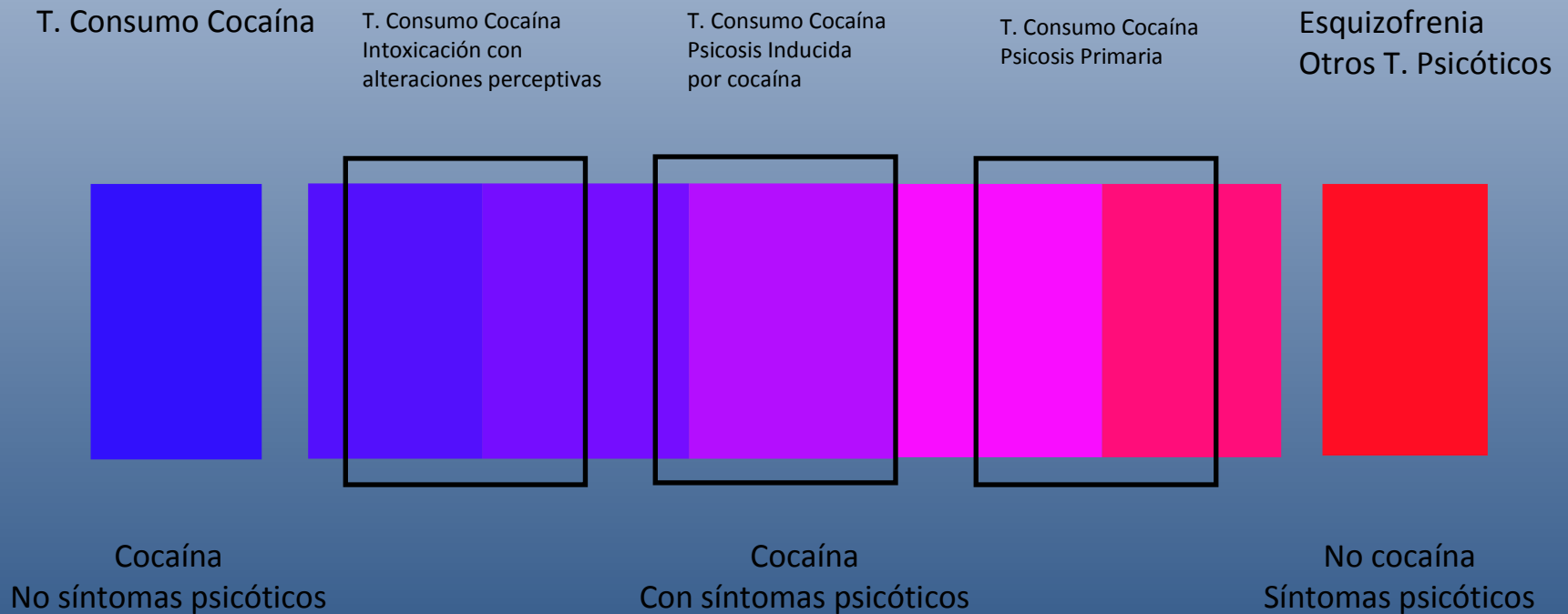
Psicosis inducidas

Psicosis independientes

Fenómeno de sensibilización “kindling” (Curran, 2004)

# Consumo de cocaína y síntomas psicóticos: psicopatología y nosología

## Categorías DSM





FUNDACIÓN  
**IMABIS**

**Evaluación de los síntomas psicóticos inducidos por cocaína:  
Adaptación al castellano de la  
“*Scale for the Assessment of Positive Symptoms of Cocaine  
Induced Psychosis*” (SAPS-CIP)**

**Esperanza Vergara-Moragues <sup>a</sup>; Pedro Aros Gómez <sup>b</sup>; Francisco González-Saiz <sup>c</sup>, Fernando  
Rodríguez-Fonseca <sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Granada

<sup>b</sup> Fundación IMABIS, Hospital Carlos Haya (Málaga)

<sup>c</sup> Unidad de Salud Mental Comunitaria Villamartín. UGC Hospital de Jerez (Cádiz)

<sup>d</sup> Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva

<sup>e</sup> Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias Mijas (Málaga)

<sup>f</sup> Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias Carretera de Cádiz (Málaga)

## *SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS (SAPS)*



**Nancy Andreasen (1984)**

- **Alucinaciones:** 7 ítems
- **Ideas delirantes :**13 ítems
- **Conducta extravagante:** 5 ítems
- **Trastorno formal del pensamiento:** 9 ítems
- **Afecto inapropiado**

Total: 35 ítems

# ***SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS OF COCAINE INDUCED PSYCHOSIS (SAPS-CIP)***

Joseph Cubells, Deborah Pearson, Henry Kranzler; 2002



Josep Cubells

## ***Propósito:***

Evaluación dimensional de los síntomas positivos relacionados con el consumo de cocaína

## ***Estructura:***

Entrevista clínica semiestructurada

Tres secciones

18 ítems

Escala tipo Guttman de 5 grados

## ***Tiempo de pasación:***

15- 30 minutos

# **SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS OF COCAINE INDUCED PSYCHOSIS**

**SAPS-CIP-R**

VERSIÓN ESPAÑOLA

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS POSITIVOS DE LA PSICOSIS INDUCIDA POR  
COCAÍNA  
(SAPS-CIP)-REVISED**

**Adaptación de la escala:** Esperanza Vergara Moragues; Francisco González-Saiz

**Revisión de la traducción:** Francisco Vigier Moreno.

**Retrotraducción:** Deborah Fuldauer

**Revisión de la retrotraducción y supervisión general de la adaptación:**

Joseph F. Cubells, M.D., Ph.D.



# ***SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS OF COCAINE INDUCED PSYCHOSIS (SAPS-CIP)***

Joseph Cubells, Deborah Pearson, Henry Kranzler; 2002

## **ALUCINACIONES**

1. Auditivas
2. Visuales
3. Somáticas /táctiles
4. Olfativas

## **COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA**

1. Conductas agitadas o agresivas
2. Conductas repetitivas o estereotipadas
3. Conductas sexuales o socialmente inusuales
4. Conductas preparatorias

## **DELIRIOS**

1. Ideas persecutorias
2. Celos
3. Pecado o culpa
4. Grandiosidad
5. Religiosos
6. Somáticos
7. Ideas y delirios autorreferenciales
8. Delirios de control
9. Delirios de robo, inserción y transmisión del pensamiento

# SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA INDUCIDA SAPS-CIP

## Preguntas presencia ideas delirantes

N= No corresponde

L= Limite ("Pensaba que quizás")

C=Confirmado ("Estaba seguro")

### I. IDEAS PERSECUTORIAS: 0 1 2 3 4 5

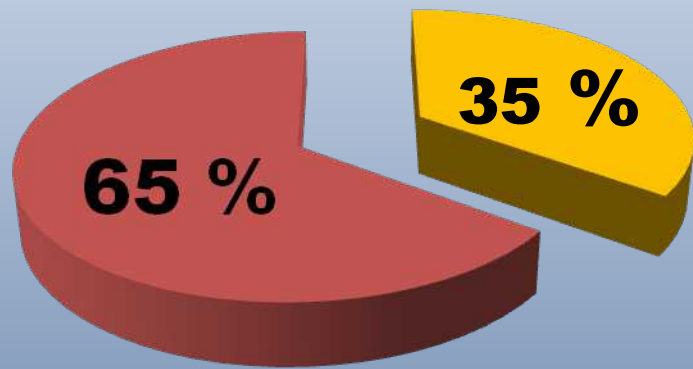
El sujeto cree que hay una conspiración contra él o que está siendo perseguido de alguna manera. Las ideas delirantes de persecución pueden ser relativamente aisladas o fragmentadas, pero también pueden llegar a ser bastante complejas y bien formadas. Las puntuaciones de gravedad deben basarse en la complejidad de los delirios y en el nivel de las respuestas del sujeto a esas creencias.

Cuando usted ha consumido cocaína, ¿alguna vez ha tenido la sensación de que alguien o algo iba a hacerle daño o iba a "pillarlo" de algún modo, pero, cuando se le bajaron los efectos de la cocaína, comprendió que había exagerado sus pensamientos? ¿Alguna vez ha tenido la sensación de que...?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1. La policía está persiguiendo al sujeto.....            | N | L | C |
| 2. Alguien va a hacer daño al sujeto.....                 | N | L | C |
| 3. El sujeto no cae bien a los demás.....                 | N | L | C |
| 4. Los demás van a robarle la droga al sujeto.....        | N | L | C |
| 5. Hay personas u organismos conspirando contra el sujeto | N | L | C |
| 6. Otras.....   | N | L | C |

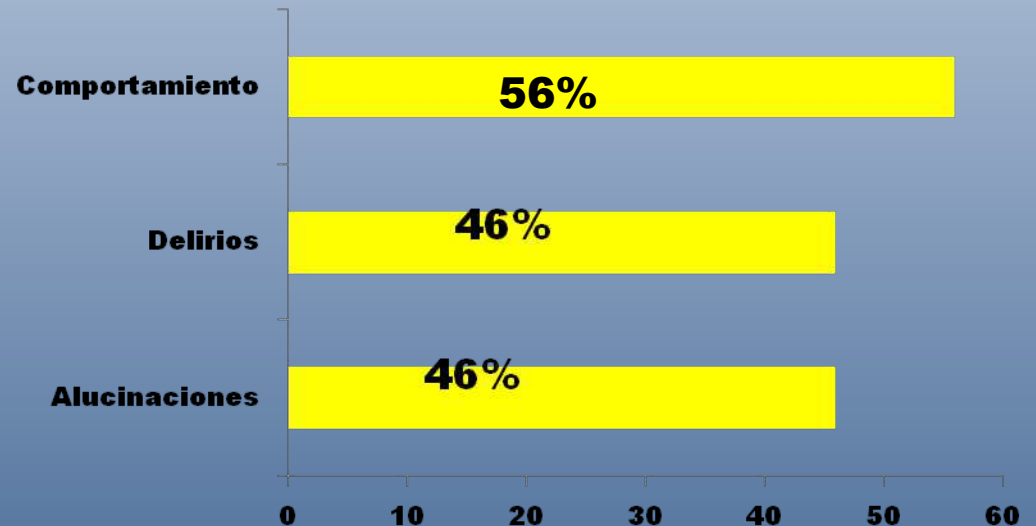
Especifique otros tipos, así como el pensamiento delirante de persecución ético y complejo:

# RESULTADOS



■ PIC -  
■ PIC +

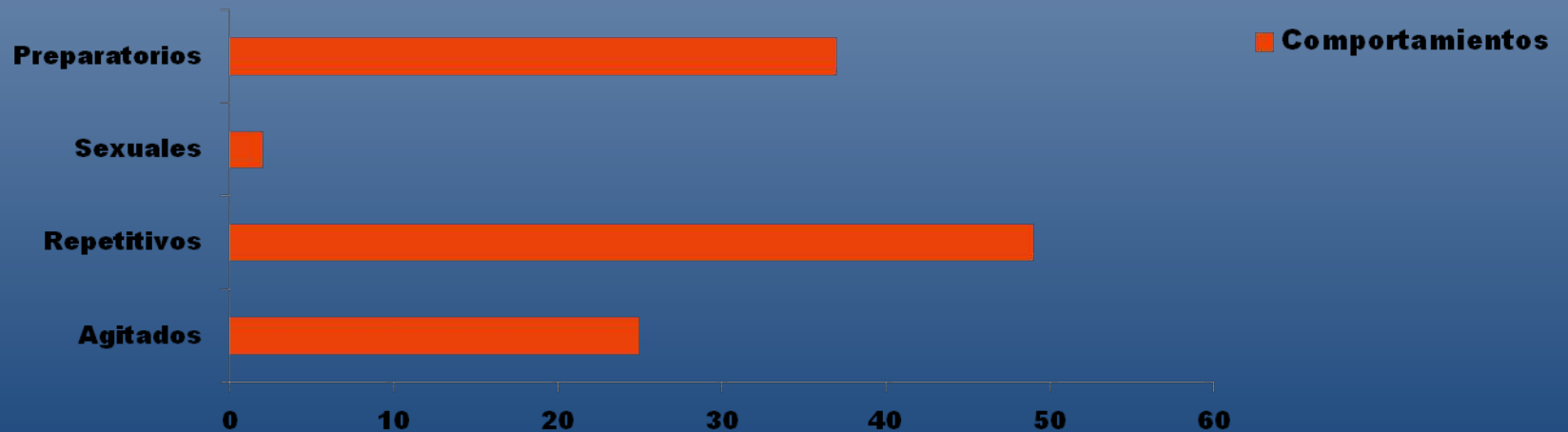
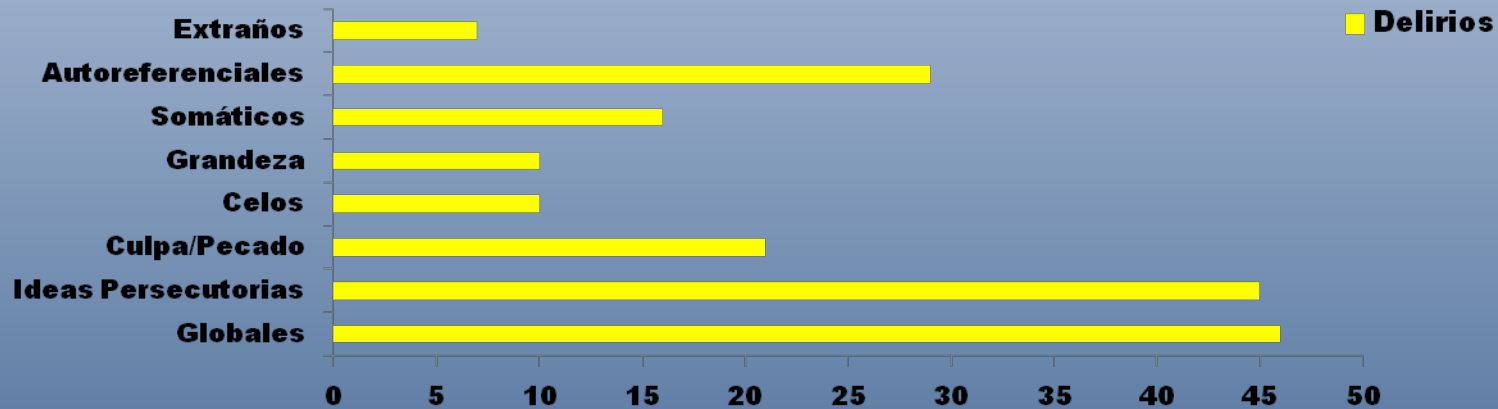
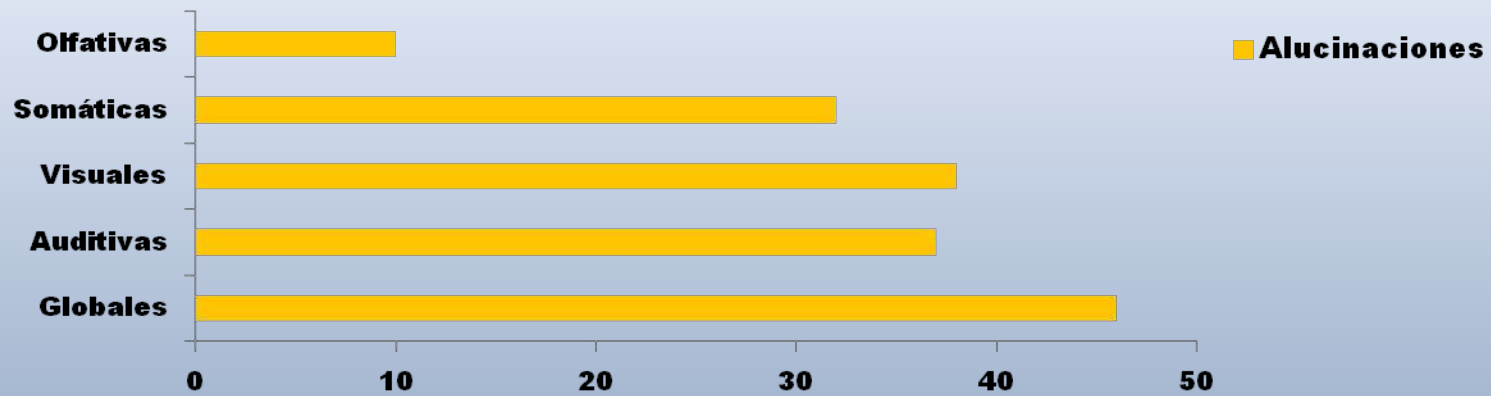
N= 100



Las tres puntuaciones fueron estadísticamente significativa en comparaciones pareadas :

- Alucinaciones-Delirios:  $p= 658$ ;
- Alucinaciones-Comportamientos:  $p= 691$  y
- Delirios-Comportamientos:  $p= 686$

$p < 0.001$





## Cocaine-induced psychotic symptoms in clinical setting

Esperanza Vergara-Moragues<sup>a,b,\*</sup>, Pedro Araos Gómez<sup>c,1</sup>, Francisco González-Saiz<sup>d</sup>,  
Fernando Rodríguez-Fonseca<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Department of Education, International University of La Rioja (UNIR), Spain

<sup>b</sup> Neuropsychology Research Group and Clinical Psychoneuroimmunology (CTS-581), University of Granada, Granada, Spain

<sup>c</sup> FIMABIS, Mental Health Clinical Management Unit, Hospital Carlos Haya (Málaga), Spain

<sup>d</sup> Community Mental Health Unit, Villamarín, UGC-SM Hospital de Jerez, Andalus Health Service (Cádiz), Spain

### ABSTRACT

Cocaine use is significantly associated with psychiatric co-morbidities of which psychotic symptoms are the most typical. The primary goal of this study is to estimate the life-time prevalence of cocaine-induced psychotic symptoms (CIPS) in a sample of patients without a history of primary psychosis, who attended specific out-patient drug-dependence treatment centres (ODDTCs). This is an observational, cross-sectional design and a consecutive sampling technique. The Scale for Assessment of Positive Symptoms-Cocaine Induced Psychosis (SAPS-CIP) was used to interview 114 patients who request treatment at specific ODDTCs for problems related to cocaine use. Most patients, 89.5% (95% CIs: 83.8–95.2%) had dependence of cocaine and 84.2% (95% CIs: 77.5–90.9%) showed at least one CIPS. Patients with CIPS had used cocaine more times throughout their and had a more frequency of use during the period of higher abuse severity in the last year, had higher severity of dependence score and had fewer abstinence periods greater than 30 days compared with those without CIPS. Cocaine dependency severity scale scores were significantly greater in patients with CIPS compared with those without CIPS.

# Cocaína y psicosis: Diferencias entre trastornos psicóticos inducidos y trastornos primarios

Red de Trastornos Adictivos - RETICs



Francisco González Saiz

Marta Torrens Melich

Fernando Rodríguez de Fonseca

Esperanza Vergara-Moragues

Joan I. Mestre Pintó

Pedro Araos Gómez



# Diferencias psicopatológicas entre los trastornos psicóticos inducidos por cocaína y los trastornos psicóticos primarios entre consumidores de cocaína: análisis de datos secundarios

**Diseño:** Análisis de datos secundarios

**N total:** 125 sujetos con psicosis y abuso/dependencia de cocaína

**Instrumento:** PRISM (diagnósticos *life-time*)



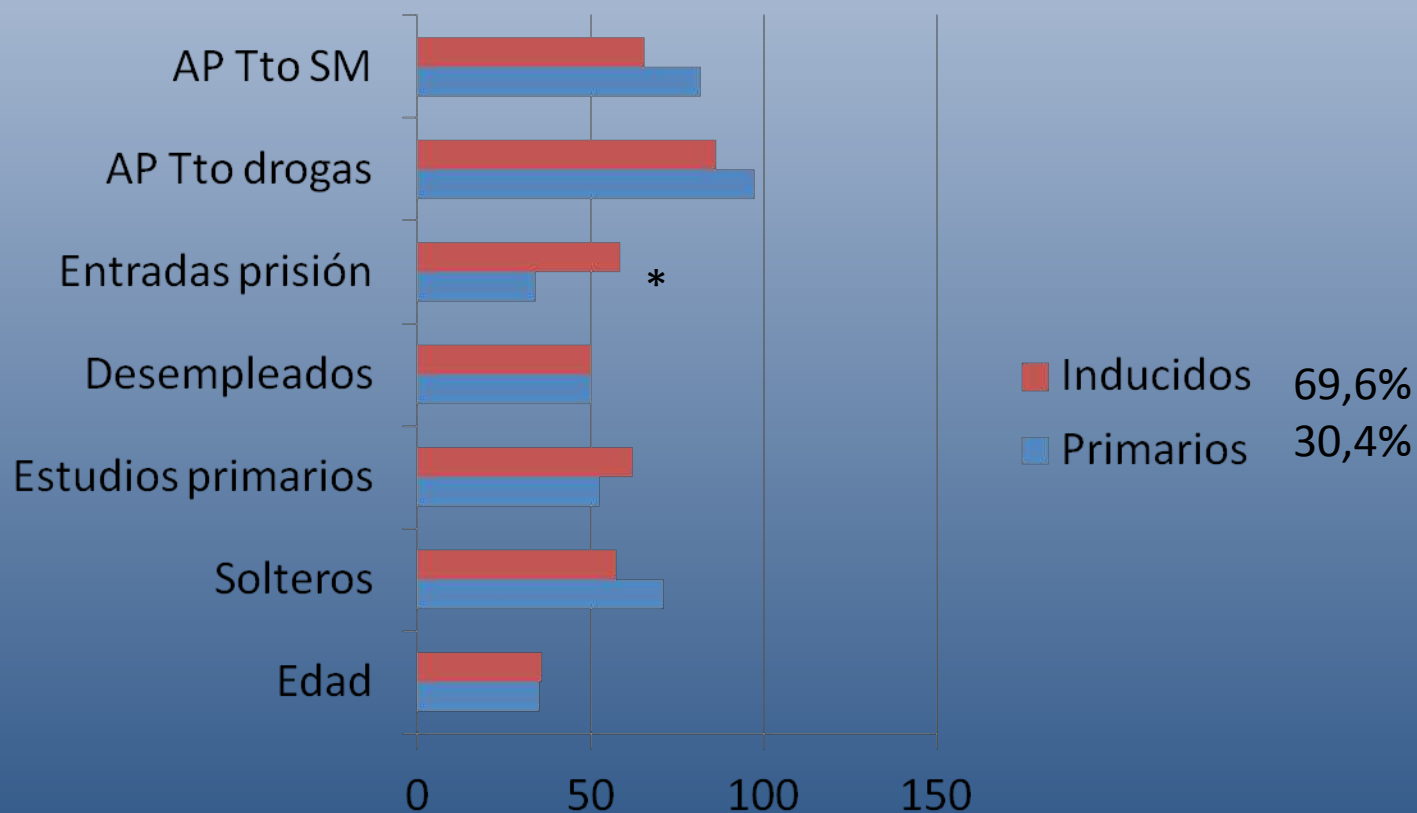
Forum UPD:	43
CAS Hospital del Mar:	3
UDH Hospital del Mar:	12
Itínere:	7

Comunidades Terapéuticas:	39
CTA Málaga:	21



**Diferencias psicopatológicas entre los trastornos psicóticos inducidos por cocaína y los trastornos psicóticos primarios entre consumidores de cocaína: análisis de datos secundarios**

**Diferencias entre variables sociodemográficas**

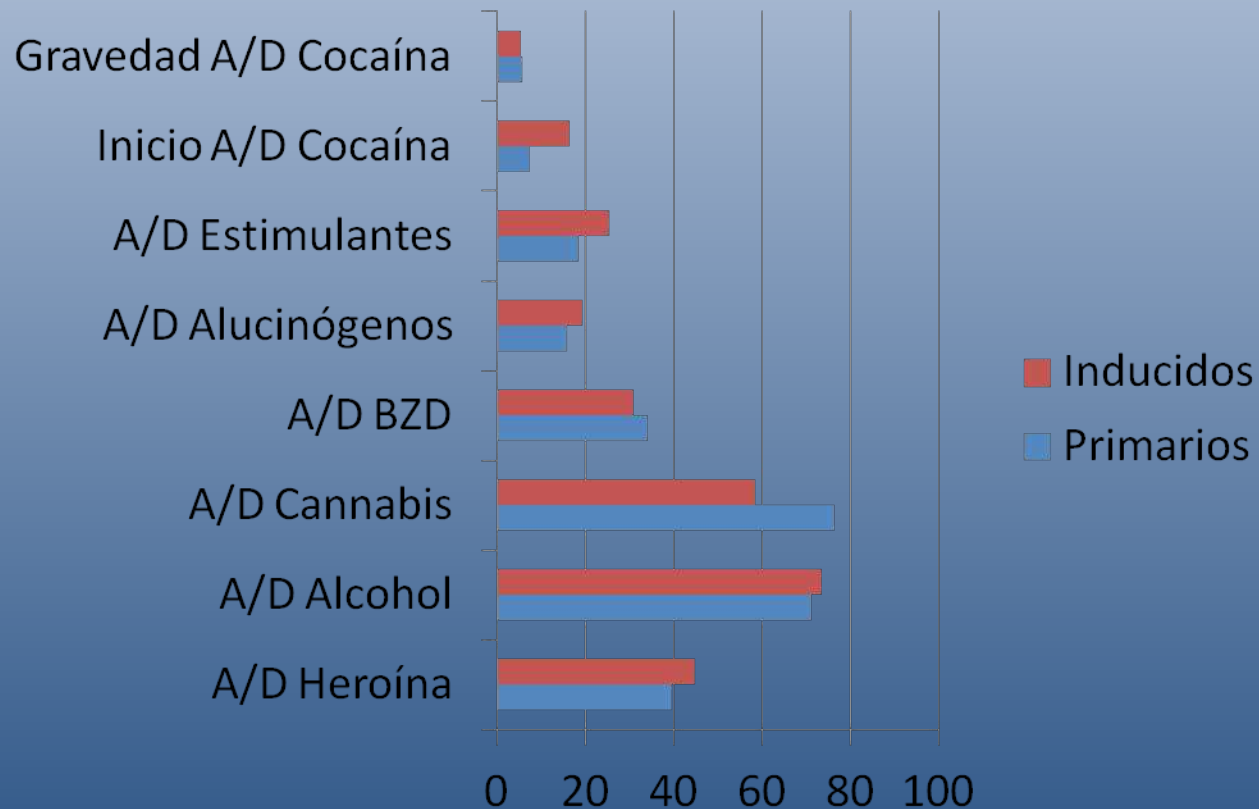


(Cocaína: 23,2% I.V.)



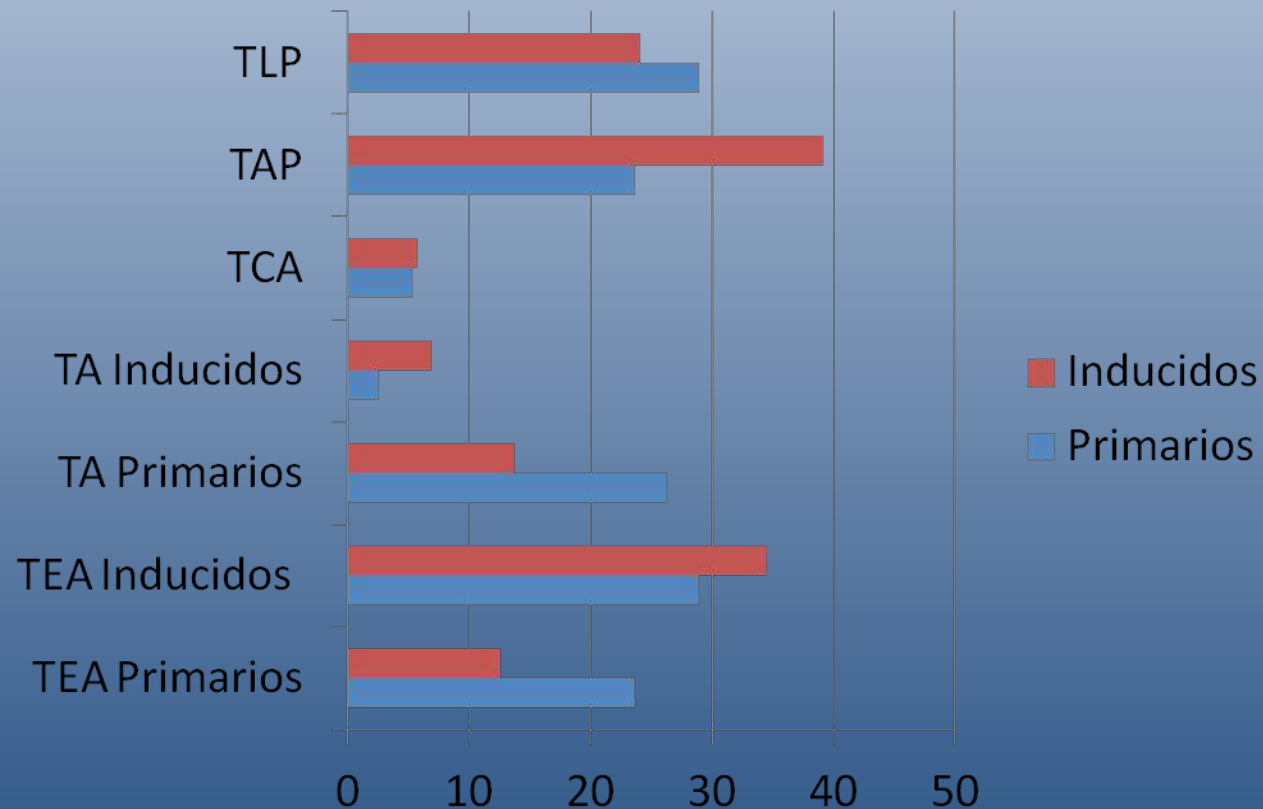
**Diferencias psicopatológicas entre los trastornos psicóticos inducidos por cocaína y los trastornos psicóticos primarios entre consumidores de cocaína: análisis de datos secundarios**

**Diferencias entre variables de consumo**



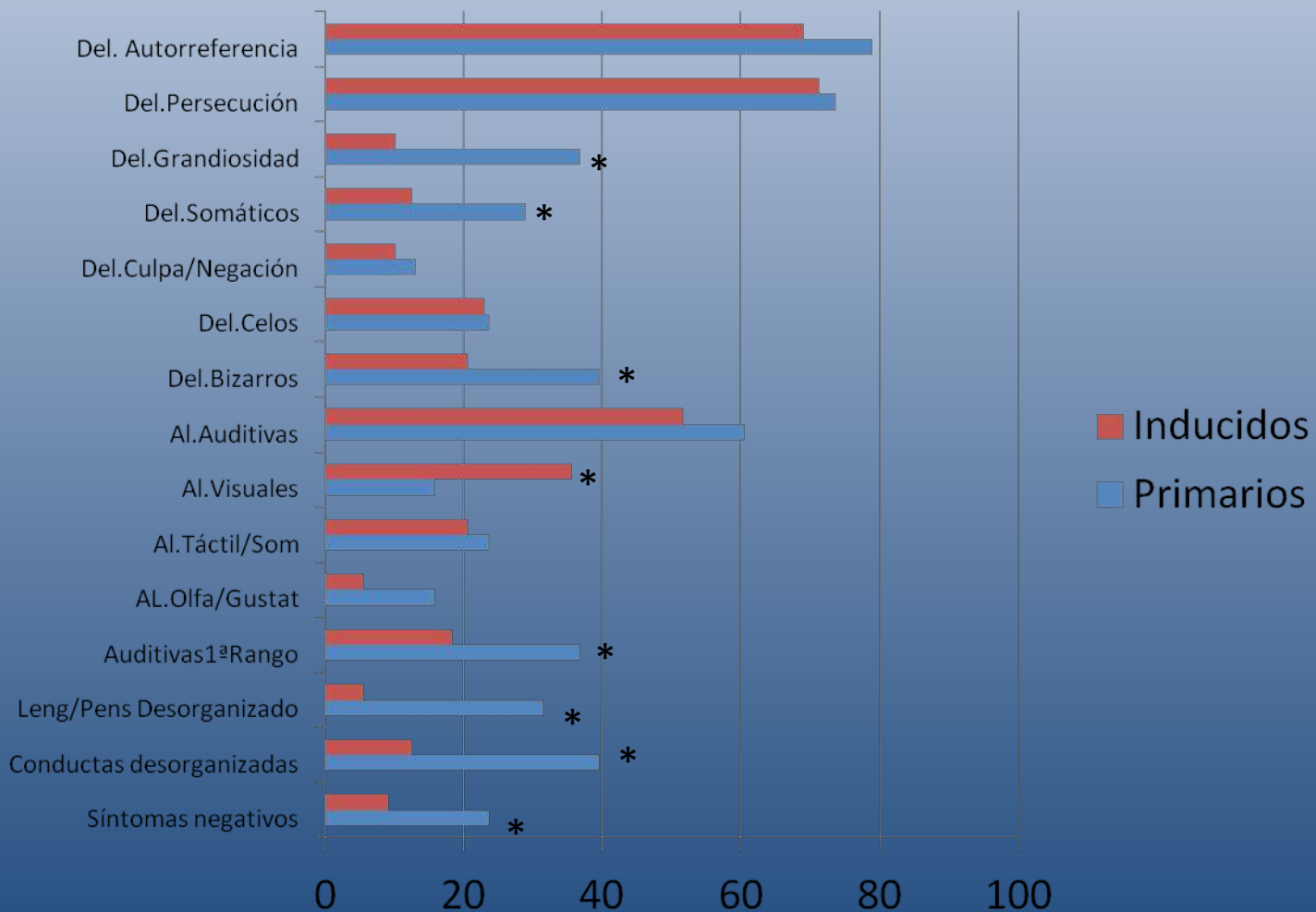
**Diferencias psicopatológicas entre los trastornos psicóticos inducidos por cocaína y los trastornos psicóticos primarios entre consumidores de cocaína: análisis de datos secundarios**

**Diferencias entre otras comorbilidad psiquiátrica**



**Diferencias psicopatológicas entre los trastornos psicóticos inducidos por cocaína y los trastornos psicóticos primarios entre consumidores de cocaína: análisis de datos secundarios**

**Diferencias entre síntomas psicóticos nucleares DSM-IV**



# Conclusiones

La prevalencia de los **trastornos psicóticos** es elevada

Diferenciar entre **trastorno psicótico inducido por cocaína y trastorno psicótico independiente** tiene implicaciones sobre el pronóstico y el tratamiento de esta patología dual.

Cuando las características del caso **hacen difícil el diagnóstico diferencial** con los criterios habituales, es necesario tener en cuenta, además, otros indicadores clínicos.

Las diferencias psicopatológicas entre ambos trastornos (perfil de síntomas psicóticos) puede ayudar a fundamentar el diagnóstico.

**4ª XORNADA SOBRE NEUROPSICOLOXÍA  
E REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA  
EN DROGODEPENDENCIAS**

Vigo, 28 de novembro de 2014

**unir**  
UNIVERSIDAD  
INTERNACIONAL  
DE LA RIOJA





**¡¡Gracias por vuestra atención!!**

**Contacto :**

**Esperanza Vergara-Moragues**

**[esvermor@yahoo.es](mailto:esvermor@yahoo.es)**