



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

KEY SYMPTOMS IN BIOLOGICAL ADDICTION TREATMENT

Carlos Sirvent, Pilar Blanco, María Villa Moral, Leandro Palacios, Benjamín Salvador, Cruz Rivas, Raquel Delgado, Gloria Campomanes, Rocío García Gibert y Andrea García.

csr@fispiral.com

Adicción, tratamiento, evaluación, síntomas diana, síntomas clave, psicopatología.

Addiction, treatment, evaluation, target symptoms, key symptoms, psychopathology.

RESUMEN

Se estudia la frecuencia e intensidad de síntomas diana o clave que justifican la intervención farmacológica en 358 pacientes adictos tratados entre febrero de 2015 y mayo de 2016. Para ello se examina la sintomatología que el sujeto presenta antes y durante el tratamiento. Como instrumento de evaluación se emplea el protocolo de registro evaluativo integral (REI) que recoge los síntomas más relevantes manifestados por el paciente y/o observados por el clínico. RESULTADOS: El estudio ofrece datos acumulativos de más de 50 síntomas, aunque solo recogemos los 10 primeros en este resumen. Los síntomas más frecuentes antes del tratamiento en orden decreciente eran: síntomas de abstinencia (31,3%), insomnio y parasomnias (17,8%), impulsividad y falta de autocontrol (15,1%), ansiedad (9,6%), craving o deseos de consumo (6,6%), síntomas neurológicos (temblores, rigidez, extrapiramidalismo, etc.) (4,5%) y síntomas psicóticos (4,1%). Los síntomas más frecuentes durante el tratamiento convencional (sin que exista crisis de por medio), recogidos en controles aleatorios a sujetos ya tratados y en orden decreciente fueron: ansiedad (29,3%), claudicación o deseos de abandono (11,7%), impulsividad y falta de autocontrol (9,6%), insomnio y parasomnias (8,5%), síntomas depresivos (7,3%), sentimientos negativos (6,4%), ideación y/o comportamiento obsesivo (6,4%), irritabilidad/hostilidad (5,8%), síntomas de abstinencia (4%). CONCLUSIONES: Hay síntomas que desaparecen o decrecen en importancia como los deprivativos o abstinenciales y el insomnio; y otros más resistentes como la impulsividad y la sintomatología depresiva. En todo caso los síntomas preingreso vs. intratratamiento diferían notablemente. Concluimos que la base REI y en concreto el sistema de recogida de síntomas clave para el tratamiento es un instrumento de trabajo práctico y útil para ser utilizado en red no solo por los prescriptores sino por todo los profesionales de la clínica en adicciones y salud mental. DISCUSIÓN: En virtud de lo anterior, concluimos que la base REI y en concreto el sistema de recogida de síntomas clave para el

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

tratamiento es un instrumento de trabajo práctico y útil para ser utilizado en red no solo por los prescriptores sino por todo los profesionales de la clínica en adicciones y salud mental.

ABSTRACT

The frequency and intensity of key symptoms that justify the pharmacological intervention in 358 addicted patients treated between February 2015 and May 2016 is studied. For that purpose, the symptomatology that the subject presents previous and during treatment is examined. As an assessment tool it is used the comprehensive evaluation registration protocol (REI) that collects the most relevant symptoms displayed by the patient and / or observed by the clinician. RESULTS: The study provides accumulative data from more than 50 symptoms, but only the top 10 are collected in this summary. The most common symptoms prior to treatment in decreasing order were: withdrawal symptoms (31,3%), insomnia and parasomnias (17,8%), impulsivity and lack of self-control (15,1%), anxiety (9,6%), craving or consumption desires (6,6%), neurological symptoms (tremor, rigidity, extrapyramidalism, etc.) (4.5%) and psychotic symptoms (4.1%). The most frequent symptoms during conventional treatment (without any crisis in between) collected by random checks in treated subjects were: anxiety (29.3%), claudication or desires of abandonment (11.7%), impulsiveness and lack of self-control (9.6%), insomnia and parasomnias (8.5%), depressive symptoms (7.3%) , negative feelings (6, 4%), suicidal ideation and / or obsessive behavior (6.4%), irritability / hostility (5.8%), withdrawal symptoms (4%).. CONCLUSIONS: There are symptoms that disappear or diminish in importance such as deprivation or abstinence and insomnia; and other more resistant such as impulsivity and depressive symptoms. In any case the pre vs. intra-treatment symptoms differed among themselves. We conclude that the REI basis and in particular the collection key symptoms system for treatment is an instrument of practical and useful work to be used in network not only by prescribers but all the clinicians in addictions and mental health.

DISCUSSION: In light of the foregoing, we conclude that the REI basis and in particular the collection key symptoms system for treatment is an instrument of practical and useful work to be used in network not only by prescribers but all the clinicians in addictions and mental health.

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

INTRODUCCIÓN

Por síntoma clave para el tratamiento se entiende aquel que adquiere relevancia clínica para la intervención biológica. Por ejemplo hay síntomas psicóticos aparatosos, insomnios de pocas noches, incluso síntomas depresivos reactivos que no tienen por qué ser tratados médicamente. A la inversa, síntomas solapados o insidiosos pueden esconder relevancia clínica pese a ser poco visibles (por ejemplo, sintomatología negativa acusada, estado de ansiedad autopunitivo, etc.).

¿Qué es un síntoma clave o registro psicopatológico? Sims (1996) y Akiskal (2009) inciden en la importancia de cuantos signos y síntomas psicopatológicos eluciden tanto el diagnóstico positivo como el diferencial. La psicopatología descriptiva evita las explicaciones teóricas de los fenómenos psicológicos describiendo y clasificando las experiencias anómalas tal y como las relata el paciente y se observan en su comportamiento. Comparemos dos síntomas psicóticos: el de un esquizofrénico que lleva años creyéndose mensajero de otro planeta, aunque manteniendo una vida normal y el de un cocainómano que accede a urgencias aterrado porque le persiguen la CIA y el KGB con intención de eliminarle. Este segundo caso sería un síntoma clave caracterizado por una crisis psicótica aguda. En el anterior caso el esquizofrénico convive equilibradamente con su delirio. A efectos prácticos el síntoma es una unidad clínica significativa formada por un síntoma (y/o signo) o conjunto sintomático que es relevante para un tratamiento biológico idóneo. (Sirvent, 2009).

Al aplicar un tratamiento biológico se manejan múltiples datos no solo clínicos, sino socioambientales que pueden condicionar la eficacia del mismo. La anamnesis y la observación siguen siendo el pilar básico para la intervención. Escuchar lo que dice el paciente es la principal forma de evaluar el tipo y la gravedad de cualquier trastorno. La entrevista clínica debe inspirar confianza y animar a los pacientes a hablar de aspectos íntimos de sus vidas (Goodfellow, 2014). No nos conformamos con la mera descripción del síntoma clave para el tratamiento, queremos destacar su capacidad anticipatorio en dos dimensiones: 1) los síntomas prodrómicos de un trastorno que comienza o se descompensa y 2) la predicción de una recaída, en cuyo caso el síntoma clave ejerce de piloto indicador de futura recidiva.

¿Qué recogen los estudios de sintomatología predominante en adicciones? Sanchez (2015) encontró en una muestra de 507 adictos, un 21% de síntomas de depresión, de los cuales un 67 % dio positivo en ansiedad. Maremmani (2010), en un estudio con 1055 heroinómanos halló un 14,2% con sintomatología depresiva, mientras que un 24,4% tenían síntomas de somatización, 19,4% sensibilidad interpersonal y síntomas psicóticos, un 22,3% sintomatología de pánico, y por fin, un 19,7% violencia y autoagresión. No obtuvo diferencias de género.

El hedonismo y su antagonista, la anhedonia son consustanciales tanto a la dependencia de sustancias como a las adicciones comportamentales (Guillot et al. 2016). Un fenómeno no nuclear pero sí entorpecedor de la evolución, la alexitimia, es especialmente frecuente en

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

varones adictos. Evren et al., (2008) concluyeron en un estudio que los fenómenos alexitímicos están interrelacionados con la disociación y la ansiedad crónica entre los hombres que sufren de alcoholismo. Malow et al. (1989) encontraron en un estudio que los consumidores de cocaína mostraron índices más bajos de características antisociales límite adultas, en tanto que los dependientes de opiáceos presentaron menor angustia subjetiva.

El craving o los deseos de consumo son elementos nucleares (Serecigni et al., 2006), pero el papel del deseo en el proceso adictivo es objeto de controversia, y particularmente polémico es el grado en que el deseo de droga predice la recaída posterior. Wray et al. (2013) concluyen que el deseo no es condición necesaria para la recaída; por el contrario, Manning et al. (2012) encontraron que la comorbilidad psiquiátrica y la gravedad de la adicción eran predictores negativos, mientras que estar casado era el único predictor positivo. Becker (2008) afirma que un factor que contribuye a la recaída es la ansiedad relacionada con la retirada. Los síntomas depresivos se asociaban con un menor número de habilidades de afrontamiento. Charney et al. (2005) abundan en lo mismo, añadiendo que la depresión concurrente o los síntomas de ansiedad asociados a la ingesta tenían un pequeño pero significativo efecto predictivo.

Respecto a la morfología de los síntomas ¿hay diferencias clínicas cualitativas, patoplásticas entre los adictos y el resto de pacientes de salud mental? Parece que síntomas como la depresión, la ansiedad y las psicosis se manifiestan de manera distinta en uno y otro caso. Sin embargo, Baldacchino et al. (2012) afirman que la psicosis cannábica, si existe, no se distingue del resto de psicosis. Incluso los síntomas genuinamente psiquiátricos en adictos con patología dual pueden confundirse con síndromes pertenecientes al espectro de la adicción (Blankfield, 1986).

Una buena exploración no se limita a evaluar el síntoma presente, sino que debe ir más lejos, intentando averiguar los síntomas prodrómicos o anticipatorios de un proceso que empieza, como, por ejemplo, una próxima descompensación psicótica, el comienzo de un ciclo maníaco o la reagudización de un episodio depresivo. Simona et al. (2010) en un grupo de alcohólicos encontraron que el afecto positivo fue asociado positivamente con la abstinencia, y, a la inversa, con la intoxicación. La hostilidad se asoció con la intoxicación para los hombres pero no para las mujeres. Lynam, et al. (2011) consideran que el trastorno límite de la personalidad ha recibido una atención significativa como predictor de la conducta suicida (SB) y de autolesiones no suicidas (NSSI). A pesar de la promesa significativa, el rasgo de impulsividad ha recibido menos atención. La comprensión de las relaciones entre la impulsividad y la SB y NSSI se confunden por la naturaleza heterogénea de dicha impulsividad. La urgencia negativa moderó la asociación entre ansiedad e intoxicación, haciéndola más intensa; sin embargo, autores como Barrowclough et al. (2014) afirman que consumo de alcohol no se asoció con la posterior gravedad de los síntomas psicóticos.

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Existe toda una categorización de criterios diagnósticos para el estado prodrómico y la severidad sintomatológica (Addington, 2004). Los síntomas prominentes pueden cambiar según sea el entorno ambiental y cultural del sujeto, la gravedad de la adicción (Machado y Klein, 2007; Taymur, 2016), el tipo de sustancias consumida, el perfil del adicto, la comorbilidad, el género y las características psicológicas (Anufriev y Treskov, 1986) e incluso étnicas Merskey et al. (1988). Posteriormente, cuando el sujeto entra en tratamiento, pueden diferir los síntomas emergentes según el régimen y tipo de programa terapéutico (Pani et al. 2014).

Respecto a las diferencias de género, Boykoff et al. (2010) y Cornelius et al., (1995) encontraron en respectivos estudios con sujetos alcohólicos que la depresión mayor y los síntomas relacionados con la ansiedad fueron preponderantes en las mujeres, Cornelius añade que trastorno de la personalidad antisocial y los síntomas psicóticos predominaron en los hombres. Chasser (2016) afirma que ser mujer y latina tiene correlación directa con el trastorno por estrés postraumático (TPEPT), siendo sintomatología dominante la hipervigilancia y la ansiedad. Polcin (2012) informó de que las mujeres consumidoras de metamfetamina reportaron más síntomas que sus homólogos varones. Similares datos - referidos al uso de heroína- encontraron Celenk et al (2013), correlacionándose el TEPT con el empleo de heroína, la gravedad de la adicción y la gravedad de la psicopatología general y también con diferencias específicas de género..

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo principal el análisis de las patologías y síntomas diana más frecuentes a fin de establecer perfiles estratégicos e incluso protocolos de intervención. Otro objetivo sería elaborar resultados para un ulterior estudio de evaluación y calidad de la intervención En función de estos resultados se podrían contrastar los niveles de eficacia a nivel global de los tratamientos para los síntomas diana principales o más frecuentes, considerando como variable moduladora los tipos de tratamiento (contrastados y cotejados), a fin de establecer niveles de eficacia y eficiencia, incluido el "offlabel prescribing" para ver la efectividad de ciertos fármacos no específicos sobre los diversos síntomas diana frente a aquellos específicos.

METODOLOGÍA

La muestra estaba constituida por 358 pacientes adictos (318 válidos) atendidos en dispositivos dependientes de la Fundación Instituto Spiral en Madrid, Vañes y Oviedo entre febrero de 2015 y mayo de 2016. Del total de personas atendidas, un 77,04% (N=245) eran varones, y un 22,96% (N=73) eran mujeres. Como instrumento de medida se ha empleado el protocolo de registro evaluativo integral (REI) (Sirvent y Martínez, 2009) que recoge los síntomas más

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

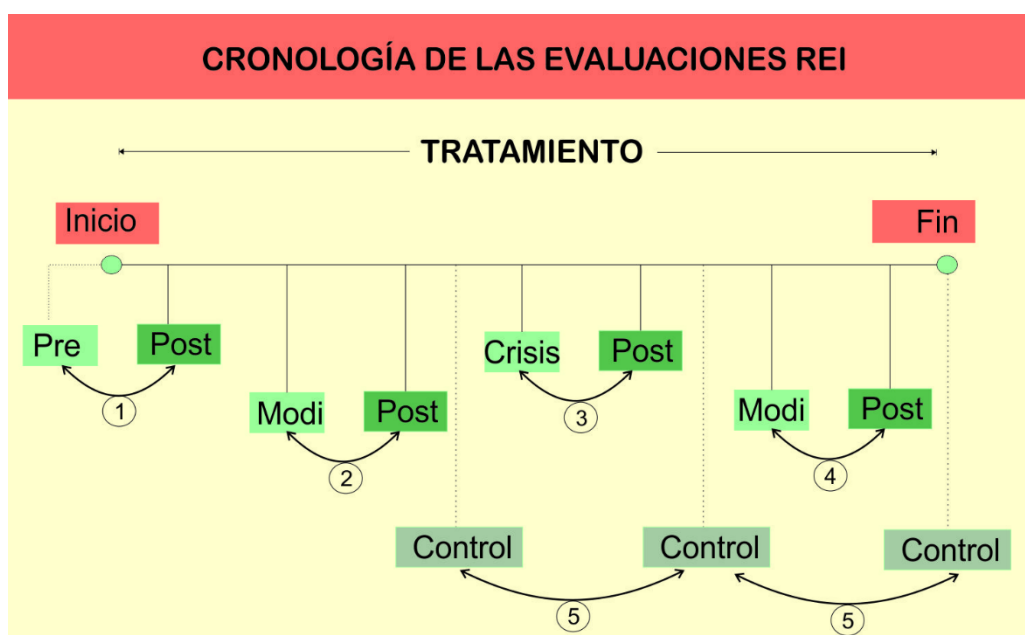
relevantes manifestados por el paciente y/o observados por el clínico. Para el análisis de los resultados se ha elegido el software de análisis de datos SPSS en su versión 21.

INSTRUMENTO DE MEDIDA

La base de datos denominada REI (registro para la evaluación e intervención) consiste en un sistema de registro global de síntomas y tratamientos que correlaciona la psicopatología del paciente con la intervención biológica. Comparte la metodología de la intervención basada en la evidencia y contiene dos niveles de registro: general (abarca toda la psicopatología) y 2) simplificado o de control. Aquí solo nos referiremos a este último. En todos los casos se pide al paciente que cualifique el síntoma (preguntas abiertas) y lo cuantifique tanto en intensidad como en frecuencia (preguntas cerradas) (ver figura 2 en anexo I hoja de registro evaluación síntomas. La muestra (al 30 de junio de 2016) está constituida por 318 pacientes de los que constan 2.674 registros distribuidos en 964 (647 positivos) PRE; 770 POST; 940 CONTROL.

Se confeccionaron unas hojas de registro sintomático hetero y autoaplicadas (ver anexo 1) en las que tanto el observador cualificado como el paciente anotaban síntomas operativos¹ (frecuencia y magnitud de los mismos) en diferentes momentos del tratamiento para evaluar el impacto tanto del síntoma como del tratamiento aplicado. (Ver figura 1).

Figura 1: evaluaciones REI



¹ Síntomas operativos son aquellos que por su relevancia clínica justifican una intervención biológica ad hoc o específica (y a menudo psico o socioterapéutica). Otras denominaciones como síntomas diana o síntomas clave pueden ser afines

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Las evaluaciones sintomáticas operativas se efectúan a lo largo de los siguientes momentos del tratamiento:

1) PRE: Evaluación que se efectúa antes del comienzo del tratamiento.

Recoge la situación clínica en la que accede el paciente

2) POST: Evaluación verificadora de la eficacia de un tratamiento

3) MODI: Evaluación previa a la modificación de un tratamiento rutinario

4) CRISIS: Evaluación crítica o de emergencia que requiere intervención urgente

5) CONTROL: Evaluación control que se realiza aleatoriamente a lo largo de todo el tratamiento y rutinariamente al final del mismo.

En la figura 1 podemos ver la cronología de evaluaciones REI a lo largo de todo el tratamiento. Todas las evaluaciones implican la selección de uno o varios síntomas. Entre paréntesis constan los momentos evaluativos. Así observamos una evaluación PRE (1) realizada antes (o al ingreso) del proceso terapéutico. Dicha PRE va seguida de una evaluación POST (2) efectuada unos días después, los que el terapeuta estime suficientes para que haga efecto la intervención médica o psicosocial. En segundo término vemos una evaluación MODI (2) por una modificación o cambio de tratamiento normal o rutinario (por ejemplo adición o supresión de un hipnótico). Como siempre, cada cambio implica una evaluación POST (2) para verificar el efecto o impacto de la intervención. En tercer lugar observamos una crisis o emergencia (evaluación CRISIS (3), seguida de la pertinente evaluación verificadora POST (3). A continuación una nueva evaluación MODI (4) y su respectiva verificación POST (4). Finalmente vemos varias evaluaciones CONTROL (5) que se hacen aleatoriamente en el tratamiento para chequear el estado clínico del sujeto sin que existan crisis o modificaciones de por medio. En este último caso no se practican verificaciones POST.

En la el anexo se recoge un modelo de hoja de evaluación sintomatológica autoaplicada, que se complementa con la heteroaplicada (cubierta por el psicólogo evaluador y formada solo por preguntas cerradas). Nótese que los síntomas presentados se puntúan en intensidad y frecuencia hasta un máximo de 6 síntomas operativos que el psicólogo, médico o psiquiatra seleccionan, aportados por cualquier miembro del equipo que haya observado signos y/o síntomas relevantes. Si algún síntoma falta o desea añadir el paciente, puede hacerlo a través de las preguntas abiertas. Asimismo el psicólogo evaluador añade 2 síntomas fantasma (inexistentes) cerrados para que el sujeto los puntúe y verificar la fiabilidad de las respuestas (Sirvent y Martínez, 2009)

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Sobre un total de 318 pacientes, 245 (77%) eran varones y 73 (23%) mujeres. Respecto al estado civil, la mayoría estaban solteros (66,7 % hombres y 57,5% mujeres). Solo un 11% estaban casados (% similares en hombres y mujeres (ver tablas 1, 2 y 3)

Tabla 1 Sexo

Sexo		N
Mujeres	22,96%	73
Varones	77,04%	245
TOTAL	100,00%	318

Tabla 2 Estado civil

Estado Civil		N
SOLTERO/A	66,67%	212
CASADO/A	11,01%	35
DIVORCIADO/A	10,69%	34
CONV. PAREJA	2,20%	7
SEPARADO/A	7,86%	25
VIUDO/A	1,57%	5
TOTAL	100,00%	318

Tabla 3 Estado civil / Sexo

Estado Civil	Mujeres		Varones		TOTAL
SOLTERO/A	42	57,53%	170	69,39%	212
CASADO/A	9	12,33%	26	10,61%	35
DIVORCIADO/A	10	13,70%	24	9,80%	34
SEPARADO/A	6	8,22%	19	7,76%	25
CONV. PAREJA	3	4,11%	4	1,63%	7
VIUDO/A	3	4,11%	2	0,82%	5
TOTAL	73	100,00%	245	100,00%	318

Del resto de datos demográficos destacamos que la franja de edad más numerosa en ambos sexos era la comprendida entre los 36 años o más. Sin embargo es mucho más frecuente (más del doble) el ingreso de mujeres jóvenes (inferior a 25 años) que el de varones. Por el contrario, la franja de edad media (35 a 35 años) es más frecuente en varones. Tablas (4 y 5).

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Tabla 4 Franjas de edad

Edad		N
17 a 25	13,52%	43
26 a 35	21,70%	69
36 a 45	29,25%	93
>46	35,53%	113
TOTAL	100,00%	318

Tabla 5 Edad/ Sexo

G. EDAD	Mujeres	Varones	TOTAL
17 a 25	18 24,66%	25 10,20%	43
26 a 35	9 12,33%	60 24,49%	69
36 a 45	22 30,14%	71 28,98%	93
>46	24 32,88%	89 36,33%	113
TOTAL	73 100,00%	245 100,00%	318

En cuanto al nivel de estudios, la inmensa mayoría tienen enseñanza secundaria, mientras que el nivel económico predominante es el medio (tablas 6 y 7)

Tabla 6: Nivel de estudios

Nivel de estudios	N
01. No sabe leer ni escribir	0,94% 3
02. Enseñanza primaria	22,38 % 68
03. E. Secundaria 2ª	62,89 % 200
04. Estudios universitarios	14,78% 47
TOTAL	100,00% 318

Tabla 7: Nivel económico

Nivel socioeconomico	N
01. Alto y Medio alto	9,75% 31
02. Medio	46,54% 148
04. Medio bajo	19,18% 61
05. Bajo	12,58% 40
06. Muy bajo o indigente	5,35% 17
99. Desconocido	6,60% 21
TOTAL	100,00% 318

Respecto al diagnóstico al ingreso, observamos que las dos sustancias de abuso más frecuentes eran el alcohol (37%) y la cocaína (30%) (Tablas 8 y 9). En las mujeres el alcohol predomina aún más (50,7%), en tanto que el hachís como sustancia principal es mucho más frecuente en varones (tabla 10). En cuanto a la edad, el alcohol se significa como la sustancia principal en franjas de edad mayores (más del 80% en mayores de 36 años) mientras que el hachís se

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

encuentra como droga principal más frecuentemente en jóvenes (más del 41% en menores de 25 años) (Tabla 11)

Tabla 8: Sustancia motivo de ingreso

Sustancia motivo del ingreso		N
Alcohol	37,11%	118
Cocaína (incluyendo consumo esporádico alcohol)	30,19%	96
Opiáceos (incluyendo consumo esporádico cocaína)	16,35%	52
Hachis	9,43%	30
Otros (drogas sintéticas y ludopatía sobre todo)	6,92%	22
TOTAL	100,00%	318

Tabla 9: Sustancia motivo del ingreso según sexo

Sustancia motivo del ingreso	Mujeres		Varones		TOTAL
Alcohol	37	50,68%	81	33,06%	118
Cocaína (incluyendo consumo esporádico alcohol)	19	26,03%	77	31,43%	96
Opiáceos (incluyendo consumo esporádico cocaína)	12	16,44%	40	16,33%	52
Hachis	3	4,11%	27	11,02%	30
Otros (drogas sintéticas y ludopatía sobre todo)	2	2,74%	20	8,16%	22
TOTAL	73	100,00%	245	100,00%	318

Tabla 10: Sustancia motivo del ingreso según edad

Motivo ingreso	17 a 25		26 a 35		36 a 45		> 46		TOTAL
Alcohol	11	25,58%	21	30,43%	37	39,78%	49	43,36%	118
Cocaína	7	16,28%	28	40,58%	32	34,41%	30	26,55%	97
Opiáceos	6	13,95%	9	13,04%	12	12,90%	25	22,12%	52
Hachís	18	41,86%	10	14,49%	1	1,08%	0	0,00%	29
Otros	1	2,33%	1	1,45%	11	11,83%	9	7,96%	22
TOTAL	43	100,00%	69	100,00%	93	100,00%	113	100,00%	318

Respecto al diagnóstico que portan al ingreso, un 62% acceden con trastorno psiquiátrico asociado (tablas 11 y 12) si bien la mayoría (62%) son trastornos secundarios al consumo de sustancias (tabla 12). El resto de diagnósticos se distribuye en T. de la personalidad (24%), depresión (18,7 %), T. de ansiedad (13,6%), T. del comportamiento (10,6%), T. psicóticos (10,6%) y T. del control de impulsos (9,09%) (Tabla12).

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Tabla 11: Diagnóstico de comorbilidad

Trastorno psicopatológico al ingreso	N	%
No	120	37,77%
Sí	198	62,26%
Ns/Nc	2	0,06%
TOTAL	318	100%

Tabla 12: Frecuencia de trastornos psiquiátricos al ingreso (diagnóstico previo)

FRECUENCIA TRASTORNOS COMÓRBIDOS	N	%
F10-F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	198	51,30%
F60 Trastornos de la personalidad	47	23,74
F33 Trastornos depresivos	37	18,69
F41 Trastornos de ansiedad	27	13,64
F90 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	21	10,61
F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.	18	9,09
F20 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	11	5,56
F23 Otros trastornos psicóticos	10	5,05
F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.	5	2,53
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.	4	2,02
F31 Trastorno bipolar.	2	1,01
F52 Trastornos sexuales	2	1,01
F00 Otros trastornos	4	2,02
TOTAL	386	100%

RESULTADO DE LAS EVALUACIONES PRE Y CONTROL

NOTA MUY IMPORTANTE:

- Los síntomas anotados son los que REQUIEREN INTERVENCIÓN. Si un paciente tiene un proceso clínico compensado o asintomático, no se incluye: por ejemplo una depresión estabilizada no se anota como síntoma clave.
- Las evaluaciones de este estudio corresponden a las anotadas por profesionales, y las autoevaluaciones de pacientes. Solo se tienen en cuenta las que tienen 2, 3 y 4 puntos de intensidad (ver hoja en anexo 1).
- No había apenas diferencias significativas en resultados correlacionados con diagnóstico psicopatológico previo. No obstante, sí lo había dependiendo de las sustancias consumidas (ver tabla 16 en adelante).

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

En la tabla 13 se muestra la evaluación REI PREVIA al ingreso, que recoge la situación clínica en el momento de acceder a tratamiento (denominada PRE, ver figura 1). El estudio ofrece datos acumulativos de más de 50 síntomas, aunque solo recogemos los 14 primeros, ya que los demás aparecían en mucha menor frecuencia.

En la evaluación PREVIA destacan los síntomas de abstinencia, insomnio, impulsividad, ansiedad y craving o deseos de consumo. Otro grupo con menor puntuación estaba formado por síntomas neurológicos (temblores en alcohólicos, rigidez, extrapiramidalismo, etc.), síntomas depresivos y psicóticos. Los restantes síntomas eran inferiores porcentualmente.

Tabla 13: Síntomas más frecuentes ANTES de iniciar el tratamiento (evaluación PRE)

Síntomas ANTES del tratamiento	N	%
Síntomas de abstinencia	166	25,66%
Insomnio y parasomnias	120	18,55%
Impulsividad y falta de autocontrol	87	14,45%
Ansiedad	73	11,28%
Craving y deseos de consumo	43	6,65%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	28	4,33%
Síntomas depresivos	24	3,71%
Síntomas psicóticos	22	3,40%
Comportamiento obsesivo	14	2,16%
Sentimientos negativos	12	1,85%
Comportamiento autodestructivo	10	1,55%
Irritabilidad y Hostilidad	10	1,55%
Claudicación (deseos de abandono)	7	1,08%
Síntomas alimentarios	6	0,93%
Otros	25	3,86%
TOTAL SÍNTOMAS	647	100%

En la evaluación PREVIA, las diferencias según sexo pueden verse en las tablas 14 y 15. Las mujeres presentan más síntomas de ansiedad (17,5% frente a 9,6 % varones), depresión (17,5% frente a 0% en varones²) y síntomas alimentarios (3,6% frente a 0,2%). Los hombres tenían más síntomas de abstinencia (31% frente a 4,3%), impulsividad (15% frente a 7,3%) y síntomas psicóticos (4,1% frente a 0,7%). Porcentajes similares encontramos en insomnio, craving y deseos de consumo y comportamiento obsesivo.

² Lo cual no significa que los varones no porten depresión al ingreso. Significa que el que la sufre viene estabilizado de dicho proceso y por tanto no tiene síntomas específicamente depresivos, al menos en la muestra estudiada.

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Tabla 14: Síntomas más frecuentes en mujeres ANTES de iniciar el tratamiento (evaluación PRE)

Mujeres	N	%
Insomnio y parasomnias	29	21,17%
Ansiedad	24	17,52%
Síntomas depresivos	24	17,52%
Impulsividad y falta de autocontrol	10	7,30%
Craving y deseos de consumo	9	6,57%
Comportamiento autodestructivo	6	4,38%
Síntomas de abstinencia	6	4,38%
Síntomas alimentarios	5	3,65%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	5	3,65%
Comportamiento obsesivo	3	2,19%
Irritabilidad y Hostilidad	3	2,19%
Sentimientos negativos	2	1,46%
Síntomas psicóticos	1	0,73%
Otros	10	7,30%
TOTAL	137	100,00%

Tabla 15: Síntomas más frecuentes en hombres ANTES de iniciar el tratamiento (evaluación PRE)

Varones	N	%
Síntomas de abstinencia	160	31,37%
Insomnio y parasomnias	91	17,84%
Impulsividad y falta de autocontrol	77	15,10%
Ansiedad	49	9,61%
Craving y deseos de consumo	34	6,67%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	23	4,51%
Síntomas psicóticos	21	4,12%
Comportamiento obsesivo	11	2,16%
Sentimientos negativos	10	1,96%
Claudicación (deseos de abandono)	7	1,37%
Irritabilidad y Hostilidad	7	1,37%
Comportamiento autodestructivo	4	0,78%
Síntomas alimentarios	1	0,20%
Otros	15	2,94%
TOTAL	510	100,00%

La rutina del tratamiento obliga a realizar una nueva evaluación, denominada POST, transcurridos 7 días. Sirve para verificar el impacto del tratamiento. En este estudio no las reflejamos por no pecar de exhaustivos. Sin embargo sí realizamos una evaluación denominada CONTROL recogida aleatoriamente a lo largo de todo el tratamiento y rutinariamente al final del mismo. (Tablas 16 a 19)

En la tabla 16 observamos que casi el 50% (47%) de los síntomas han desaparecido, y muchos otros han amortiguado la frecuencia e intensidad. La tabla 17 muestra de forma fehaciente los síntomas que desaparecen y se mantienen. Lógicamente los síntomas de abstinencia se superan

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

en pocos días, los deseos de consumo, el insomnio y la impulsividad –entre otros- también remiten: Entre los síntomas más resistentes tenemos la ansiedad, el comportamiento obsesivo, la hostilidad y los sentimientos negativos (cuidado con estos síntomas que suelen ser anticipar o predecir claudicación). Los síntomas depresivos se mantienen.

Tabla 16: Síntomas más frecuentes DURANTE el tratamiento

Síntomas DURANTE el tratamiento	N	%
Síntomas eliminados o muy amortiguados	305	47,14%
Ansiedad	93	27,19%
Claudicación (deseos de abandono)	40	11,70%
Impulsividad y falta de autocontrol	33	9,65%
Insomnio y parasomnias	29	8,48%
Síntomas depresivos	25	7,31%
Sentimientos negativos	22	6,43%
Comportamiento obsesivo	22	6,43%
Irritabilidad y Hostilidad	20	5,85%
Síntomas de abstinencia	14	4,09%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	9	2,63%
Craving y deseos de consumo	7	2,05%
Síntomas psicóticos	7	2,05%
Otros	21	6,14%
TOTAL	52,86%	342

Tabla 17: Evolución síntomas antes y durante el tratamiento

Síntomas	N (antes)	% diferencia
Síntomas de abstinencia	166	<91,58%
Insomnio y parasomnias	120	<75,85%
Impulsividad y falta de autocontrol	87	<62,07%
Craving y deseos de consumo	43	<83,75%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	28	<67,88%
Síntomas psicóticos	22	<68,24%
Comportamiento autodestructivo	10	<100,00%
Síntomas alimentarios	6	<100,00%
Síntomas depresivos	24	≥4,06%
Comportamiento obsesivo	14	>57,13%
Irritabilidad y Hostilidad	7	>99,92%
Sentimientos negativos	12	>83,32%
Ansiedad	75	>27,40%
Claudicación (deseos de abandono)	7	>471,21%
Otros	25	≥15,89%
TOTAL	647	N= 305 < 47,16%

En las tablas 18 y 19 encontramos la comparativa de diferencias según sexo en hombres y mujeres en la evaluación CONTROL, es decir, efectuada aleatoriamente a lo largo del

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

tratamiento. Cabe esperar que estos síntomas recogidos rutinariamente sean de intensidad media, salvo los cronificados con carga de sufrimiento como el comportamiento obsesivo y ciertos t. de ansiedad. Otros tienen menor carga, pero el mero hecho de aparecer en este listado supone cierta entidad. Para comprobar los síntomas que requieren intervención urgente por su elevada intensidad ver el trabajo "Emergencias dentro del tratamiento: síntomas críticos" de Pilar Blanco et al. (2016)". Tanto en hombres como en mujeres la ansiedad ocupa el primer lugar con porcentajes similares (20-30%): Los síntomas depresivos son mucho más frecuentes en mujeres (casi 18% frente a menos del 4%) al igual que los síntomas alimentarios (9,5%). Llama la atención la elevada incidencia en varones de la claudicación (14%) y del comportamiento obsesivo (8,1%).

Tabla 18:

Síntomas más frecuentes en mujeres DURANTE el tratamiento

Mujeres	N	%
Ansiedad	18	21,43%
Síntomas depresivos	15	17,86%
Impulsividad y falta de autocontrol	12	14,29%
Insomnio y parasomnias	10	11,90%
Síntomas alimentarios	8	9,52%
Craving y deseos de consumo	6	7,14%
Claudicación (deseos de abandono)	4	4,76%
Síntomas de abstinencia	3	3,57%
Comportamiento obsesivo	1	1,19%
Irritabilidad y Hostilidad	1	1,19%
Otros	6	7,14%
TOTAL	84	100,00%

Tabla 19:

Síntomas más frecuentes en hombres DURANTE el tratamiento

Varones	N	%
Ansiedad	75	29,07%
Claudicación (deseos de abandono)	36	13,95%
Comportamiento obsesivo	21	8,14%
Impulsividad y falta de autocontrol	21	8,14%
Insomnio y parasomnias	19	7,36%
Irritabilidad y Hostilidad	19	7,36%
Otros	15	5,81%
Sentimientos negativos	14	5,43%
Síntomas de abstinencia	11	4,26%
Síntomas depresivos	10	3,88%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	9	3,49%
Síntomas psicóticos	7	2,71%
Craving y deseos de consumo	1	0,39%
TOTAL	258	100,00%

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

En las tablas 20 a 27 del anexo 2 pueden verse los síntomas clave comparados con el tipo de adicción en dos momentos terapéuticos: previos al tratamiento y en un control aleatorio intratratamiento.

Las tablas 20 a 23 muestran los síntomas clave PREVIOS al ingreso.

Observamos en la tabla 20 (sujetos alcohólicos) que los síntomas de abstinencia (19%), el insomnio (17,6%), los síntomas depresivos, (14%) la ansiedad (12,8%), la impulsividad (9,8) y los síntomas neurológicos (9,1%) (Temblor, epilepsia, etc.) Forman -por este orden- el grueso sintomatológico- de los sujetos que van a iniciar el tratamiento.

En la tabla 21 (cocainómanos) el orden varía; siguen predominando los síntomas de abstinencia (19,8%), pero cobra mayor relevancia la impulsividad (17,2%) mientras que el insomnio sigue alto (17,2%) y los síntomas depresivos (11,7%), en tanto que la ansiedad (8,6%) y el craving (7,4%) pierden frecuencia.

La tabla 22 (opiáceos) sigue una secuencia sintomática parecida, eso sí, destacando los síntomas de abstinencia (casi el 30%), muy por encima del resto de consumidores. Los dependientes de hachís (tabla 23) tienen un perfil sintomático similar, destacando el 12% de síntomas psicóticos (inexistentes en el resto de consumidores de sustancias de abuso).

Los síntomas clave recogidos en el CONTROL aleatorio intratratamiento se pueden observar en las tablas 24 a 27.

Debe advertirse que la mayoría de síntomas desaparecieron, como es lógico, merced a la intervención. Los síntomas que persisten cobran especial importancia por esta misma razón, por la resistencia, tendencia a persistir o a rebrotar espontáneamente.

La impulsividad es el síntoma clave más importante en todos los consumidores, oscilando entre el 16% de adictos al hachis y el 10% de los alcohólicos. Llama poderosamente la atención la presencia de síntomas psicóticos en consumidores de derivados cannábicos (16%) y -en menor frecuencia- en los alcohólicos (10%) y consumidores de opiáceos (6,7%). Sorprende el escaso 0,6% en cocainómanos.

La ansiedad y los síntomas depresivos tenían una presencia desigual. La ansiedad se evidencia en un 4% en los cuatro grupos de consumidores. La depresión, en cambio, sí es relevante en alcohólicos (8%), seguida de los consumidores de cannabis (6%) y -a mucha distancia- en cocainómanos y consumidores de opiáceos (en torno al 2% ambos).

El craving y deseos de consumo son patrimonio casi exclusivo de los cocainómanos (4,3%), con menor pero relevante presencia en alcohólicos (1,8%), consumidores de opiáceos (1,1%) y nula presencia en dependientes de cannabis.

CONCLUSIONES

Consideramos a los síntomas clave como un bastión crucial para la intervención. No se deben confundir con los síntomas nucleares (específicos de los trastornos), ni con los pertenecientes a psicopatologías o enfermedades mentales presentes y estabilizadas a menos que se tornen activas y sean subsidiarias de intervención en cuyo caso sí pasan a ser síntomas claves u operativos.

La cualidad y frecuencia de los síntomas difiere sensiblemente en función del momento en que se recogen los datos clínicos, de forma que muy poca relación hay entre los síntomas predominantes al ingreso y en los controles aleatorios durante el tratamiento³.

Una conclusión importante es la escasa correlación entre trastorno diagnosticado al ingreso y síntoma clave encontrado en el registro aleatorio de control durante el tratamiento. Al ingreso los síntomas predominantes suelen ser los deprivativos (abstinencia), insomnio, craving e impulsividad. En los controles aleatorios los anteriores síntomas se redujeron en casi un 80%, desapareciendo de la lista y ocupando su lugar síntomas insidiosos que cuesta erradicar del tratamiento como la ansiedad (atenuada, eso sí) la depresión y los sentimientos negativos. No olvidemos que el tratamiento de las adicciones supone un esfuerzo activo y un plus de presión que puede generar los citados síntomas. En definitiva, síntomas que desaparecen o decrecen en importancia como los deprivativos o abstinenciales y el insomnio; y otros más resistentes como la impulsividad y la sintomatología depresiva. En todo caso los síntomas pre vs. intratratamiento diferían entre sí.

Un 62,2% de la muestra de pacientes padecía comorbilidad o trastorno mental asociado. Un estudio similar encontró 67% de comorbilidad (Roncero et al., 2016). La distribución nosológica es bastante representativa (ver resultados) predominando claramente los trastornos debidos al consumo de drogas, que suponen más de la mitad de la muestra (51,3%) seguidos de los trastornos de la personalidad (23,7%), T. del estado de ánimo (18,7%), T. de ansiedad (13,6%), T. del comportamiento (10,6%) y T. de los hábitos y control de los impulsos (9%). El resto de trastornos están a mucha distancia.

El análisis comparativo de los controles: previos al ingreso, aleatorios intratratamiento, críticos o de emergencia y postcríticos se han confeccionado unos perfiles sintomáticos que correlacionados con los tratamientos más eficaces y eficientes, permiten construir unos protocolos terapéuticos idóneos, sobre todo para las intervenciones agudas.

³ En otro trabajo complementario al actual (Blanco et al., 2016), se registran los síntomas diana más frecuentes en emergencias o crisis intratratamiento, y también son diferentes.

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

DISCUSIÓN

Los síntomas clave para el tratamiento significan lo siguiente

- Una herramienta de primer orden para el diagnóstico operativo, cara a implantar un tratamiento biológico concreto y eficaz.
- Un formidable caudal de datos valiosos para la investigación clínica
- Un elemento de primer orden para la anticipación y predicción de descompensaciones, recaídas, reagudizaciones, debut de síntomas, etc.
- Un sistema sencillo y práctico de recogida de datos en momentos evolutivos cruciales para el paciente.

En virtud de lo anterior, concluimos que la base REI y en concreto el sistema de recogida de síntomas clave para el tratamiento es un instrumento de trabajo práctico y útil para ser utilizado en red no solo por los prescriptores sino por todo los profesionales de la clínica en adicciones y salud mental. Recordemos que el síntoma clave es una unidad clínica significativa formada por un síntoma (y/o signo) o conjunto sintomático relevante para un tratamiento biológico idóneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Addington, J. (2004).The diagnosis and assessment of individual. prodromal for schizophrenic psychosis. *CNS Spectrums*. Vol.9,8,588-594.. Document URL: <http://search.proquest.com/docview/620512953?accountid=14702>
2. Akiskal, H. S. (2009). The mental status examination. The medical basis of psychiatry (3rd ed.). *Fatemi, S. Hossein (Ed.); Clayton, Paula J. (Ed.);* pp. 3-16. Totowa, NJ, US: Humana Press, 2008. XXII, 799 pp.
3. Anufriev, A. K.; Treskov, V. G. (1986).Types of alcoholic withdrawal. *Soviet Neurology & Psychiatry*. Vol.19, 2,78 -86.
URL: <http://search.proquest.com/docview/617303916?accountid=14702>
4. Baldacchino, A.; Hughes, Z.; Kehoe, M.; Blair, H.; Teh, Y.; Windeatt, S.; Crome, I. B. (2012).Cannabis psychosis: Examining the evidence for a distinctive psychopathology in a systematic and narrative review. *The American Journal on Addictions*. Vol.21, suppl 1,S88-S98..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00295.x>

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

5. Barrowclough, C.; Eisner, E.; Bucci, S.; Emsley, R.; Wykes, T. (2014). The impact of alcohol on clinical outcomes in established psychosis: A longitudinal study. *Addiction*, Vol.109, 8, 1297-1305.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/add.12599>
6. Blankfield, A. (1986). Psychiatric symptoms in alcohol dependence: Diagnostic and treatment implications. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol.3,4,275-278.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472\(86\)90040-1](http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472(86)90040-1)
7. Becker, H. C. (2008). Alcohol dependence, withdrawal, and relapse. *Alcohol Research & Health*. Vol.31,4,348-361.
URL: <http://search.proquest.com/docview/817612686?accountid=14702>
8. Blanco, P.; Sirvent, C.; Moral, M.V. Palacios, L.; Salvador, B.; Rivas, C.; Delgado, R.; Campomanes, G.; García, R.; Quintana, L. (2016). Emergencias dentro del tratamiento: síntomas críticos. Aceptado en el *Congreso Virtual de Psiquiatría.com*. *Interpsiquis* Febrero 2017
9. Boykoff, N.; Schneekloth, T. D.; Hall Flavin, D.; Loukianova, L.; Karpyak, V. M.; Stevens, Susanna R.; Biernacka, J. M.; Mrazek, D. A.; Frye, M. A. (2010). Gender differences in the relationship between depressive symptoms and cravings in alcoholism. *The American Journal on Addictions*. Vol.19,4,352-356.
URL: <http://search.proquest.com/docview/864617039?accountid=14702>
10. Celenk, S.; Huber, C.; Borgwardt, S.; Stieglitz, R-D.; Olbrich, H. (2013). Zeitschrift für Psychiatrie, Posttraumatische belastungsstörung bei opiatabhängigen methadonsubstituierten patienten. *Psychologie und Psychotherapie*. Vol.61,3,180-188.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1024/1661-4747/a000157>
11. Chasser, Y. M. (2016). Profiles of youths with PTSD and addiction. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. Vol.25,5,448-454.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/1067828X.2015.1081115>
12. Charney, D. A.; Palacios-Boix, J.; Negrete, J. C.; Dobkin, P. L.; Gill, K. J. (2005). Association Between Concurrent Depression and Anxiety and Six-Month Outcome of Addiction Treatment. *Psychiatric Services*. Vol.56,8,927-933.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.8.927>

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

13. Cornelius, J. R.; Jarrett, P. J.; Thase, M. E.; Fabrega, H.; Haas, G. L.; Jones-Barlock, A.; Mezzich, J. E.; Ulrich, R. F. (1995). Gender effects on the clinical presentation of alcoholics at a psychiatric hospital. *Comprehensive Psychiatry*. Vol.36,6,435-440.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90251-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90251-1)
14. Evren, C.; Sar, V.; Evren, B.; Semiz, U.; Dalbudak, E.; Cakmak, D. (2008). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Vol.62,1,40-47.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01775.x>
15. Goodfellow, B. (2014). Addiction and psychiatry. *International Journal of Mental Health*. Vol.43,3,1-7.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2014.1003728>
16. Guillot, C. R.; Bello, M. S.; Tsai, J. Y.; Huh, J.; Leventhal, A. M.; Sussman, S.. (2016). Longitudinal associations between anhedonia and internet-related addictive behaviors in emerging adults. *Computers in Human Behavior*. Vol.62, 475-479. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.019>
17. Lynam, D. R.; Miller, J. D.; Miller, D. J.; Bornovalova, M. A.; Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Vol.2,2,151-160
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019978>
18. Machado, P.; Klein, J. M. (2007). Drug dependence and psychological distress in Portuguese patients entering a substance abuse treatment center. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.7,1,83-91.
URL: <http://search.proquest.com/docview/621601035?accountid=14702>
19. Malow, R. M.; West, J. A.; Williams, J. L.; Sutker, P. B. (1989). Personality disorders classification and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.57,6,765-767..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.6.765>
20. Manning, V.; Gomez, B.; Guo, S.; Low, Y. D.; Koh, P.; Wong, K. (2012). An exploration of quality of life and its predictors in patients with addictive disorders: Gambling, alcohol and drugs. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Vol.10,4,551-562.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-011-9349-y>

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

21. Maremmani, I.; Pani, P. P.; Pacini, M.; Bizzarri, J.; Trogu, E.; Maremmani, A.; Gerra, G.; Perugi, G.; Dell'Osso, L. (2010). Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factor derived from the Self-Report Symptom Inventory (SCL-90). *Annals of General Psychiatry*. Vol.9- 15
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-9-15>
22. Merskey, H.; Brant, C.; Malla, A.; Helmes, E. (1988). Symptom patterns of alcoholism in a Northern Ontario population. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*. Vol.33,1,46-50. Document URL: <http://search.proquest.com/docview/617531347?accountid=14702>
23. Pani, P. P.; Trogu, E.; Vigna-Taglianti, F.; Mathis, F.; Diecidue, R.; Kirchmayer, U.; Amato, L.; Davoli, M.; Ghibaudi, J.; Camposeragna, A.; Saponaro, A.; Faggiano, F.; Maremmani, A.G.; Maremmani, I. (2014). Psychopathological symptoms of patients with heroin addiction entering opioid agonist or therapeutic community treatment. *Annals of General Psychiatry*. Vol.13. Document URL: <http://search.proquest.com/docview/1650985097?accountid=14702>
24. Polcin, D.; Buscemi, R.; Nayak, M.; Korcha, R.; Galloway, G.P. (2012). Sex differences in psychiatric symptoms among methamphetamine-dependent residents in sober living houses. *Addictive Disorders & Their Treatment*. Vol.11,2,53-63..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ADT.0b013e3182213ef1>
25. Roncero, C.; Barral, C.; Rodríguez-Cintas, L.; Pérez-Pazos, J.; Martínez-Luna, N.; Casas, M.; Torrens, M.; Grau-López, L. (2016). Psychiatric comorbidities in opioid-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Psychiatry Research*. Volume 243, Pages 174–181.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.024>
26. Sanchez, K.; Walker, R.; Campbell, A.; Greer, T.; Hu, M-Ch.; Grannemann, B.; Nunes, E.; Trivedi, M. (2015). Depressive symptoms and associated clinical characteristics in outpatients seeking community-based treatment for alcohol and drug problems. *Substance Abuse*. Vol.36,3,297-303.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2014.937845>
27. Serecigni, J.; Vived, E.; Llosa, N.; Burguete, T.; Moya, M. (2006). Utilidad de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) en la práctica clínica. *Adicciones*. Vol.18,3,265-273.
DOI: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.343>

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

28. Simons, J.; Dvorak, R.; Batien, B.; Wray, T. (2010). Event-level associations between affect, alcohol intoxication, and acute dependence symptoms: Effects of urgency, self-control, and drinking experience. *Addictive Behaviors*. Vol.35,12,1045-1053.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.07.001>
29. Sims A. (2003). Síntomas mentales. *Editorial Triacastela*, pp 22-24.
30. Sirvent, C., Blanco, P., Moral, M.V., Martínez, P., Quintana, L., Rivas, C., Linares, M., Campomanes, G., Fernández, C., Palacios, L., Delgado, R. y Casas, L. (2009). Funcionamiento de un Departamento de Investigación Clínica (Departamento de Psicometría). *10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. URL http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/investigacion-86/funcionamiento-de-un-departamento-de-investigacion-clinica-departamento-de-psicometria/#
31. Sirvent, C., Martínez, P., Moral, M.V., Rodríguez, Francisco Javier, Blanco, Pilar, Delgado, Raquel, Salvador, Benjamín. (2012) Sistema de registro global de síntomas y tratamientos (base REI). *Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis*. URL <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/sistema-de-registro-global-de-sintomas-y-tratamientos-base-rei/#>
32. Taymur, I.; Budak, E.; Demirci, H.; Akdağ, H.; Güngör, B.; Özdel, K. (2016). A study of the relationship between internet addiction, psychopathology and dysfunctional beliefs. *Computers in Human Behavior*. Vol.61, 532-536..
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.043>
33. Wray, Jennifer M.; Gass, Julie C.; Tiffany, Stephen. (2013). A systematic review of the relationships between craving and smoking cessation. *T. Nicotine & Tobacco Research*. Vol.15,7,1167-1182.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ntr/nts268>

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

ANEXOS

Anexo I hoja de registro evaluación síntomas

REGISTRO EVALUACIÓN SÍNTOMAS

Identificador _____ Fecha _____

A continuación se le van a efectuar unas preguntas que tienen por objetivo conocer su situación clínica para mejor ajustar el tratamiento.

Estos datos son absolutamente confidenciales. Sirven para ayudarle en el control clínico y su evolución.

Por favor, informe de su situación psicológica o psiquiátrica actual, con una pequeña descripción de los síntomas que tenga. Asimismo, señale los que a su juicio le producen malestar. Por favor sea breve, preciso y claro.

Se le van a presentar una serie de síntomas habidos durante el período de tiempo que se le indica a continuación. Por favor marque el valor o nivel que mejor se corresponda con lo que se le pregunta en cada apartado.

Síntoma nº 1.

Nº	Intensidad del síntoma
0	Ausente
1	Ligera o muy poca
2	Alguna
3	Bastante
4	Mucha

Nº	Frecuencia
0	Nunca
1	A diario o varias veces al día
2	Semanal
3	Mensual
4	Cada 2 meses o mas

Síntoma nº N.

Nº	Intensidad del síntoma
0	Ausente
1	Ligera o muy poca
2	Alguna
3	Bastante
4	Mucha

Nº	Frecuencia
0	Nunca
1	A diario o varias veces al día
2	Semanal
3	Mensual
4	Cada 2 meses o mas

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Tablas anexas 1:

Síntomas clave previos al tratamiento vs. tipo de droga

Tabla 20: Síntomas en consumidores de alcohol (PREVIOS)

Alcohol	N	%
Síntomas de abstinencia	31	18,90%
Insomnio y parasomnias	29	17,68%
Síntomas depresivos	23	14,02%
Ansiedad	21	12,80%
Impulsividad y falta de autocontrol	16	9,76%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	15	9,15%
Toxicofilia (deseos de consumo) y craving	9	5,49%
Sentimientos negativos	5	3,05%
Comportamiento autodestructivo	4	2,44%
Anorexia, hiporexia	3	1,83%
Irritabilidad y Hostilidad	3	1,83%
Claudicación (deseos de abandono)	2	1,22%
Síntomas psicóticos	2	1,22%
Otros	1	0,61%
	164	100,00%

Tabla 21: Síntomas en consumidores de cocaína (PREVIOS)

Cocaína Cocaína (incluido alcohol como consumo secundario)	N	%
Síntomas de abstinencia	32	19,75%
Impulsividad y falta de autocontrol	28	17,28%
Insomnio y parasomnias	28	17,28%
Síntomas depresivos	19	11,73%
Ansiedad	14	8,64%
Toxicofilia (deseos de consumo) y craving	12	7,41%
Síntomas psicóticos	7	4,32%
Comportamiento obsesivo	5	3,09%
Efectos adversos medicación	3	1,85%
Irritabilidad y Hostilidad	2	1,23%
Sentimientos negativos	2	1,23%
Comportamiento autodestructivo	1	0,62%
Síntomas ali	1	0,62%
Otros	8	4,94%
	162	100,00%

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Tabla 22: Síntomas en consumidores de opiáceos (PREVIOS)

Opiáceos (incluida cocaína como consumo secundario)	N	%
Síntomas de abstinencia	26	29,21%
Insomnio y parasomnias	16	17,98%
Impulsividad y falta de autocontrol	14	15,73%
Ansiedad	11	12,36%
Síntomas depresivos	5	5,62%
Comportamiento autodestructivo	4	4,49%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	3	3,37%
Síntomas psicóticos	2	2,25%
Toxicofilia (deseos de consumo) y craving	2	2,25%
Síntomas alimentarios	1	1,12%
Otros	5	5,62%
	89	100,00%

Tabla 23: Síntomas en consumidores de hachís (PREVIOS)

Hachís	N	%
Insomnio y parasomnias	10	20,00%
Impulsividad y falta de autocontrol	7	14,00%
Síntomas de abstinencia	6	12,00%
Síntomas depresivos	6	12,00%
Síntomas psicóticos	6	12,00%
Ansiedad	5	10,00%
Toxicofilia (deseos de consumo) y craving	5	10,00%
Claudicación (deseos de abandono)	1	2,00%
Comportamiento obsesivo	1	2,00%
Irritabilidad y Hostilidad	1	2,00%
Sentimientos negativos	1	2,00%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	1	2,00%
	50	100,00%

Tablas anexas 2:

Síntomas clave, control intratratamiento y tipo de droga.

Tabla 24: Síntomas en consumidores de alcohol (CONTROL)

Alcohol	N	%
Impulsividad y falta de autocontrol	18	10,98%
Síntomas psicóticos	17	10,37%
Síntomas depresivos	13	7,93%
Síntomas neurológicos y psicomotrices	8	4,88%
Ansiedad	7	4,27%
Claudicación (deseos de abandono)	6	3,66%
Insomnio y parasomnias	5	3,05%
Síntomas de abstinencia	4	2,44%
Sentimientos negativos	3	1,83%
Craving y deseos de consumo	3	1,83%
Otros	2	1,22%
	86	52,44%

SÍNTOMAS CLAVE PARA EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LAS ADICCIONES

Tabla 25: Síntomas en consumidores de cocaína (CONTROL)

Cocaína (incluido alcohol como consumo secundario)	N	%
Impulsividad y falta de autocontrol	25	15,43%
Ansiedad	7	4,32%
Craving y deseos de consumo	7	4,32%
Insomnio y parasomnias	4	2,47%
Síntomas depresivos	3	1,85%
Somatización o hipocondría	3	1,85%
Claudicación (deseos de abandono)	2	1,23%
Comportamiento obsesivo	2	1,23%
Síntomas alimentarios	2	1,23%
Síntomas de abstinencia	2	1,23%
Síntomas psicóticos	1	0,62%
Otros	5	3,09%
	63	38,89%

Tabla 26: Síntomas en consumidores de opiáceos (CONTROL)

Opiáceos (incluida cocaína como consumo secundario)	N	%
Impulsividad y falta de autocontrol	14	15,73%
Insomnio y parasomnias	11	12,36%
Síntomas de abstinencia	7	7,87%
Síntomas psicóticos	6	6,74%
Ansiedad	4	4,49%
Sentimientos negativos	4	4,49%
Síntomas alimentarios	3	3,37%
Síntomas depresivos	3	3,37%
Comportamiento obsesivo	2	2,25%
Craving y deseos de consumo	1	1,12%
Otros	3	3,37%
	58	65,17%

Tabla 27: Síntomas en consumidores de hachís (CONTROL)

Hachís	N	%
Síntomas psicóticos	8	16,00%
Impulsividad y falta de autocontrol	7	14,00%
Síntomas de abstinencia	3	6,00%
Síntomas depresivos	3	6,00%
Ansiedad	2	4,00%
Sentimientos negativos	2	4,00%
Irritabilidad y hostilidad	1	2,00%
Otros	5	10,00%
	31	62,00%