

Atención primaria de la

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DUAL EN PRISIÓN

Documento de Consenso

Grupo de Trabajo sobre salud mental en prisión (GSMP)
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)
Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Autores

- Mariano Hernandez Monsalve,
- Rafael Herrera Valencia,
- Cristina Iñigo Barrio
- Iñaki Markez,
- Andrés Martínez Cordero
- Luis Ortega Basanta
- Eduardo Ortega Martínez
- Gabriel Rubio Valladolid
- Enric Vicens Pons
- José Manuel Arroyo Cobo (Coordinador)

Documento de Consenso

Concebidos como un tipo de Guía de Práctica Clínica, los documentos de consenso como este que tiene en sus manos, se caracterizan por estar basado en una revisión sistemática del tema, en este caso la atención primaria de la patología dual en prisión y por un contenido avalado por un grupo nacional interdisciplinar, como es el Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP) compuesto por psiquiatras miembros de la Asociación Española de Sanidad Penitenciaria (AEN) y médicos generalistas de prisiones pertenecientes a la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).

Como todas la Guías de Práctica Clínica su misión es ofrecer a los profesionales directrices basadas en los mejores resultados de la investigación biomédica y referencias sobre puntos de buena práctica clínica con los que contrastar sus actuaciones.

ESTRUCTURA GENERAL DEL DOCUMENTO:

¿Qué pretende el documento?

PARTE PRIMERA :

- 1- Introducción: Definición de Patología Dual
 Diagnóstico
 Cuadros clínicos y manejo
 Información Básica para el entorno (personal no sanitario)
 Recursos necesarios

PARTE SEGUNDA:

- 2- Descripción más detallada del la Patología Dual
- Clasificaciones en Patología Dual
- 3- Epidemiología: la magnitud del problema
- Prevalencias de Patología Dual en población general y reclusa
- 4- Clínica de la Patología Dual
- Claves diagnósticas en prisión
 - Descripción de CASOS CLINICOS más frecuentes
- 5-Intervención en Patología Dual
- Planteamiento General
 - El caso particular del TUSP + TP
 - Técnicas Psicosociales
 - Tratamiento Psicofarmacológico

¿Qué pretende el documento?

La patología dual (PD) se define como la coexistencia en un mismo paciente, de un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado. En el momento actual es uno de los problemas de salud mental más presente entre la población reclusa.

Según el último estudio epidemiológico hecho por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en julio de 1998 sobre una muestra representativa de los reclusos españoles, el 40% de los internos ingresados en prisión, eran o habían sido adictos a drogas por vía parenteral. A pesar de que en los últimos años, ha cambiado la tendencia en el consumo de estas sustancias hacia las vías no intravenosas, el número de internos que padecen Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas (TUSP) según estudios recientes¹, no parece descender sino todo lo contrario. Igualmente, en las prisiones son muy frecuentes las patologías adaptativas y los trastornos ansiosos y del estado de ánimo². En consecuencia, los casos de internos en los que se asocian ambos diagnósticos y por tanto presentan patología dual, son un problema de salud mental creciente para la sanidad penitenciaria por su frecuencia y gravedad.

Por lo general, salvo escasas excepciones, en las prisiones españolas no hay un equipo multidisciplinar capaz de ocuparse del tratamiento a medio y largo plazo, de pacientes con trastornos mentales. Estos internos, que con frecuencia necesitan una psicoterapia continuada, no encuentran profesionales especializados dedicados a estas tareas y **es el servicio sanitario de los centros por lo general, el encargado del diagnóstico y tratamiento de la mayor parte de las patologías psiquiátricas.**

Muchas veces, la sintomatología que produce un Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas puede enmascarar un trastorno mental asociado, sobre todo si se relaciona con comportamientos claramente inadaptados. Este documento pretende que el profesional de la salud que atiende a ese tipo de reclusos, piense en esa posibilidad y descarte la presencia de una Patología Dual en este tipo de pacientes.

A pesar de que la formación del personal sanitario penitenciario es especialmente amplia en materia psiquiátrica, en problemas complejos como la patología dual, siempre es útil tener a mano una guía que renueve conocimientos, proponga pautas prácticas de actuación adaptadas al medio siempre complejo que es la prisión y aporte bibliografía para que aquellos profesionales más interesados puedan profundizar en el manejo de estos casos.

Este documento se estructura en una primera parte con conceptos resumidos y pautas simples y claras, a la que sigue una segunda parte

en la que se desarrollan más en profundidad los temas planteados y que está pensada para los lectores más interesados en esta materia.

PARTE PRIMERA

1- Introducción

Con esta guía se pretende llamar la atención de los profesionales de atención primaria que trabajan en las prisiones, para que cuando atiendan a un interno con Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas (TUSP) y una conducta inadaptada, piensen en la posibilidad de que padezca algún otro trastorno mental asociado a su adicción a drogas, es decir presente una Patología Dual (PD).

En la parte teórica de este documento se aportan datos basados en la evidencia, que sirven para reconocer e intervenir en el caso de reclusos que presenten patología dual, con el objetivo de mitigar o hacer desaparecer su sintomatología mediante el adecuado tratamiento psicológico y farmacológico.

La sintomatología que produce este tipo de comorbilidad, generalmente está relacionada con comportamientos inadaptados, es una fuente de estrés para los profesionales que atienden a estos sujetos y para los funcionarios que los custodian^{3 4} y podría controlarse con la detección e intervención en estos casos.

Entre los problemas de salud mental más preocupantes que debe tratar el profesional de atención primaria en prisión, están los que producen deterioros conductuales que repercuten negativamente el clima social penitenciario. La Patología Dual es la causante de cuadros que con frecuencia producen este tipo de sintomatología desadaptativa.

En nuestro país se ha demostrado en reclusos, la asociación entre conducta desadaptada y drogadicción⁵. En un interno con problemas de ajuste social y conducta conflictiva en la prisión, con una historia previa de consumo de sustancias psicoactivas, debe siempre descartarse un trastorno mental como origen de esta conducta, el diagnóstico y tratamiento de este trastorno puede mejorar la calidad de vida del sujeto y a la vez mejorar la adaptabilidad social de estos internos en su entorno.

DEFINICIÓN DE PATOLOGÍA DUAL

Hablamos de patología dual (PD) cuando coexisten en el mismo sujeto un trastorno por uso de sustancias (TUSP) y cualquier otro trastorno psiquiátrico. Hablamos de comorbilidad cuando hay más de un sólo tipo de trastorno mental en el mismo paciente, cualquiera que sea este trastorno.

Podemos decir por tanto, que la PD es una forma específica de comorbilidad en la que está siempre presente un TUSP.

Simplificando por motivos didácticos, diremos que en patología dual podemos encontrar frecuentemente los siguientes trastornos:

- *Trastornos psicóticos*
- *Trastornos del estado de ánimo*
- *Trastornos de ansiedad*
- *Trastornos de la personalidad*

En el medio penitenciario frecuentemente se ven trastornos de personalidad y trastornos de ansiedad o mixtos y no es nada infrecuente la existencia de trastornos psicóticos.

La asociación del TUSP y del Trastorno de Personalidad (TP), da lugar a un cuadro de complejo diagnóstico y tratamiento sobre el que en este documento se hace especial hincapié. La frecuencia del TP en las prisiones se encuentra entre el 40 y el 60 % de los internos, entre los cuales, alrededor del 70% de éstos presentan además un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, no relacionado con el anterior^{6 7}

Este tipo de patología dual (TP+TUSP) es uno de los trastornos que más frecuentemente se encuentra asociado con el comportamiento conflictivo⁸, si consideramos esta conducta como síntoma de un trastorno mental, el tratamiento de este tipo de PD podría hacer disminuir la conflictividad en la comportamiento del sujeto que lo padece.

Hay tres grandes grupos de Trastornos de Personalidad:

CLUSTER A:

Individuos catalogados popularmente de raros: paranoides, esquizoides y esquizotípicos.

CLUSTER B:

Individuos inmaduros: Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista; los dos primeros muy frecuentes en nuestro medio con tendencia a consumir de todo. Los Histrionicos y Narcisistas con tendencia al consumo de estimulantes.

CLUSTER C:

El grupo de los “miedosos”. Trastornos de personalidad por evitación, dependencia y obsesivo-compulsivos.

En nuestro medio es frecuente encontrar trastornos antisocial y límite, siendo habitual entre ellos el policonsumo de psicotropos, también podemos encontrar mas de un trastorno de personalidad en un mismo individuo. Probablemente lo más frecuente sería un trastorno mixto con rasgos disociales y paranoides.

Cuando los trastornos mentales tienen justamente como sintomatología la incapacidad para la adaptación, este comportamiento es vivido por el sujeto como una fuente de sufrimiento, tanto para él como para los que le rodean. Si esta patología no se detecta, será imposible que estos internos accedan a medidas terapéuticas capaces de mitigar o resolver la sintomatología adaptativa. La aplicación de medidas de seguridad regimental como única respuesta ante este problema de salud mental, conducirá a la reproducción reiterada de los comportamientos de inadaptación, probablemente con intensidad creciente.

La conflictividad como síntoma, puede ser la expresión de un trastorno mental no tratado. Como todo proceso no tratado, tenderá a empeorar hasta llegar a una situación crítica que puede terminar en un suceso explosivo cargado de agresividad, auto o hetero dirigida.

“Es especialmente importante que los profesionales de atención primaria en el medio penitenciario, dispongan de herramientas eficaces de despistaje diseñadas para este medio específicamente, con ello se puede mejorar la asistencia en salud mental, se pueden evitar ciertos errores nosológicos y diagnósticos y finalmente se puede conseguir una mayor validez de los estudios epidemiológicos”.⁹

DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA DUAL

¿Como se detecta un caso de Patología Dual?

El diagnóstico de patología dual es extremadamente complejo; existe una evidente dificultad para la filiación de la sintomatología, ya que esta no es específica de ninguna entidad concreta, y puede haber dudas sobre si es el resultado de una intoxicación, de un síndrome de abstinencia, o de un trastorno psiquiátrico subyacente.

El PRIMER PASO es establecer el consumo de sustancias (historia toxicofilica, temporalidad, determinación de drogas, etc.) y comprobar la existencia de relación temporal entre el consumo de sustancias y la psicopatología. Describir el tipo de psicopatología asociada al TUSP.

El SEGUNDO PASO es determinar si la psicopatología detectada es mas grave que la que suele aparecer en el transcurso de los episodios de

intoxicación o síndrome de abstinencia o se trata de síndromes comorbidos o inducidos. No hay criterios estrictos para distinguirlos, solo la experiencia y una buena historia clínica.

El TERCER PASO consiste en establecer la cronología de aparición de los trastornos, indagando sobre los antecedentes personales y familiares y si se resuelve o no el trastorno después de varias semanas de abstinencia. Esto nos permite diferenciar si nos encontramos ante trastornos inducidos o independientes.

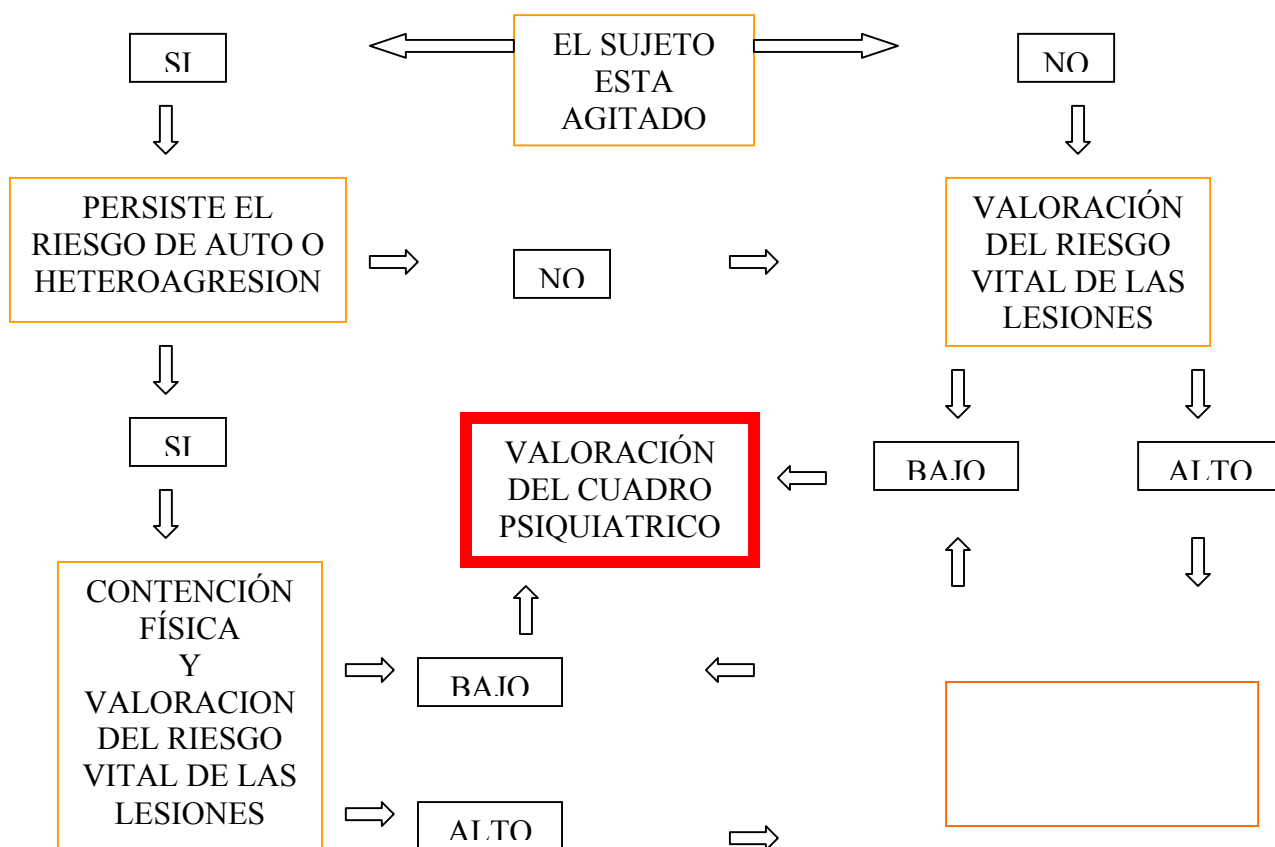
CUADROS CLINICOS Y MANEJO

En este apartado se llama la atención sobre una serie de cuadros clínicos que son frecuentes en sujetos con PD en prisión. Están sacados de historias clínicas reales y se han seleccionado, no sólo por su relación con la PD, sino además porque dan lugar a situaciones conflictivas que alteran gravemente el clima social de la prisión y porque requieren actuaciones urgentes y eficaces. Se dan también recomendaciones sobre el manejo de las situaciones planteadas.

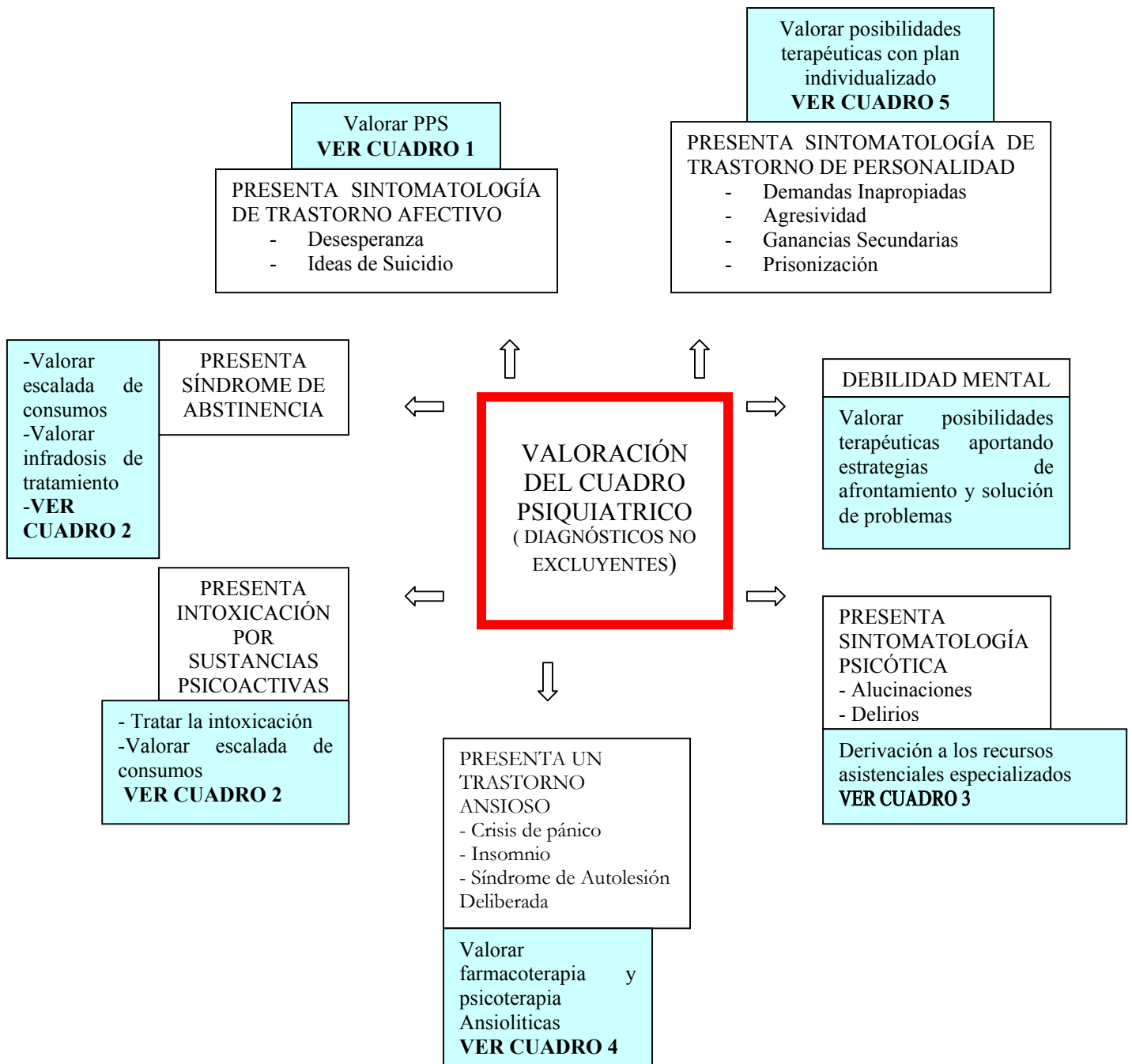
Caso 1

1-AUTOLESION en un sujeto con PD (TUSP + Trastorno Mental)

PRIMER PASO



SEGUNDO PASO



CUADRO 1

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Está admitida la necesidad de realizar un tratamiento conjunto de los trastornos de estado de ánimo y por abuso de sustancias, considerando de primera elección la utilización de antidepresivos. En general las recomendaciones terapéuticas son similares a las que están establecidas para pacientes con trastorno del estado de ánimo sin abuso de sustancias, no obstante deben hacerse algunas consideraciones.

Es absolutamente necesario el tratamiento con antidepresivos del trastorno del estado de ánimo cuando es anterior al abuso de sustancias (Trastorno dual tipo I).

En casos de depresión secundaria a efectos del consumo de sustancias o con el estilo de vida y dificultades sociales vinculadas al mismo, el tratamiento con antidepresivos será eficaz si previamente conseguimos la abstinencia.

Deben tenerse en cuenta las interacciones entre antidepresivo, sustancias de abuso y fármacos utilizados en tratamiento de las adicciones.

De forma ideal se debe iniciar tratamiento antidepresivo una vez confirmado el diagnóstico de depresión no inducida y después de un periodo de 2 a 4 semanas de abstinencia. En nuestro medio esta situación no es factible en la práctica por lo que el tratamiento suele instaurarse desde el principio, “ el paciente no puede esperar”.

A modo de guía podemos utilizar las siguientes recomendaciones:

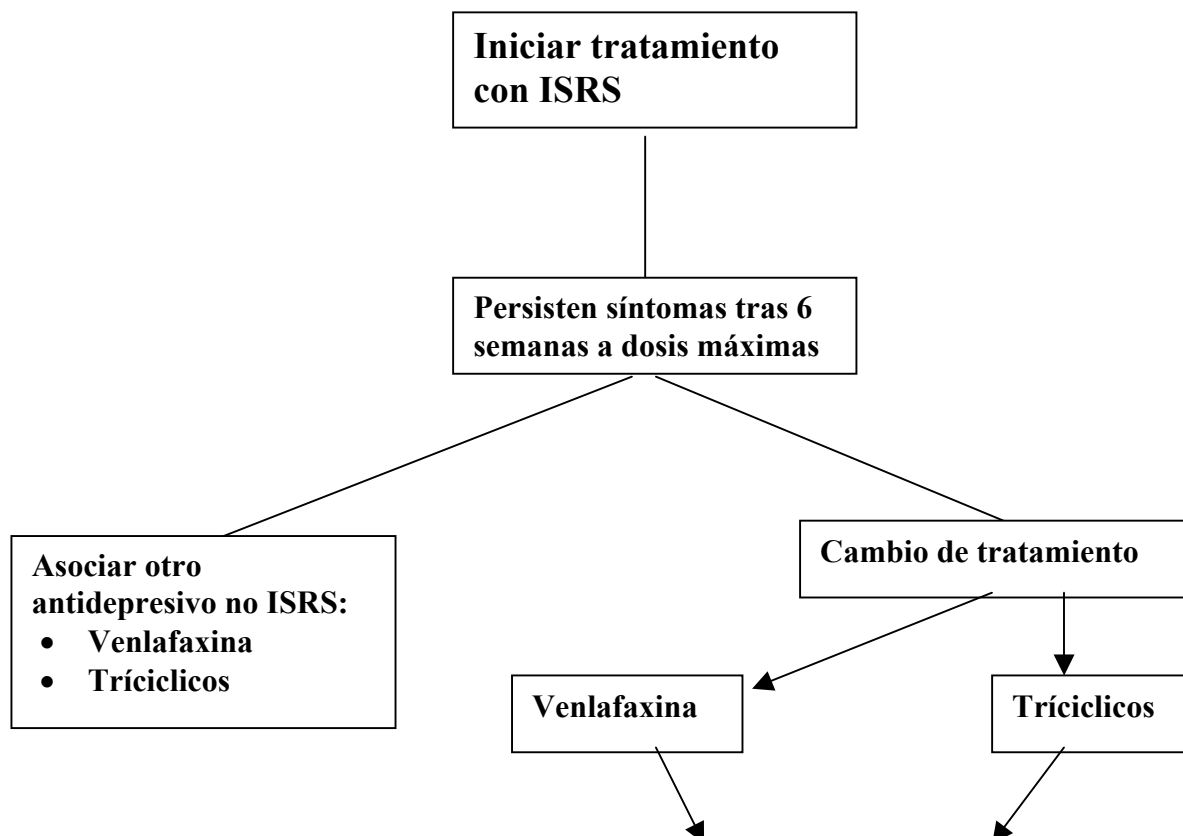
Indicación de tratamiento: persistencia de depresión en abstinencia prolongada

Indicación probable: depresión primaria, emerge con el consumo pero hay antecedentes de que persiste en abstinencia

Indicación posible: existen antecedentes familiares de trastornos afectivos.

FÁRMACOS

1. ISRS: de primera elección, efectivos en depresión y dependencia a alcohol, bajo riesgo de sobredosis, buena tolerancia, mínima sedación.
2. ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS: efectivos en depresión con dependencia a opiáceos y cocaína, peor tolerados que los ISRS.
3. VENLAFAXINA: efectiva en depresión, mejor tolerada que los tricíclicos.
4. IMAO: contraindicados, riesgo alto de toxicidad.



**Potenciación:
eutilizantes**

Los ISRS cumplen el requisito de bajo potencial de abuso y se indican en el tratamiento de los trastornos de ansiedad comórbidos al consumo de sustancias; tienen escasas interacciones y bajo riesgo de intoxicaciones.

Podemos utilizar las siguientes pautas orientativas

Fármaco	Dosis/día
Fluoxetina	20 – 80 mgs
Citalopram	20 – 60 mgs
Sertralina	50 – 200 mgs
Paroxetina	20 – 60 mgs
Fluvoxamina	150 – 300 mgs
Venlafaxina (ISRS)	75 – 300 mgs
Mirtazapina (NASA)	30 – 60 mgs
Imipramina (Tricíclico)	100 – 300 mgs

En nuestro medio tendremos que considerar algunas precisiones debidas a las características de la población que atendemos. En pacientes con hepatopatía crónica es recomendable utilizar antidepresivos de semivida más corta, v.g. la Paroxetina. En alcohólicos y dependientes la fluvoxamina y en menor medida a la fluoxetina, al inhibir el citocromo p450 pueden producir aumentos en la concentración de metadona. Los tricíclicos deben usarse con precaución debido a sus efectos secundarios y a que disminuyen el umbral convulsivo (atención a alcohólicos y/o dependencia a benzodiacepinas).

CUADRO 2

En el algoritmo siguiente podemos ver pautas de actuación general y tratamiento en el caso de Síndrome de Abstinencia o Intoxicación aguda por Psicofármacos en patología dual que en muchas ocasiones comienza con un cuadro de agitación psicomotriz.

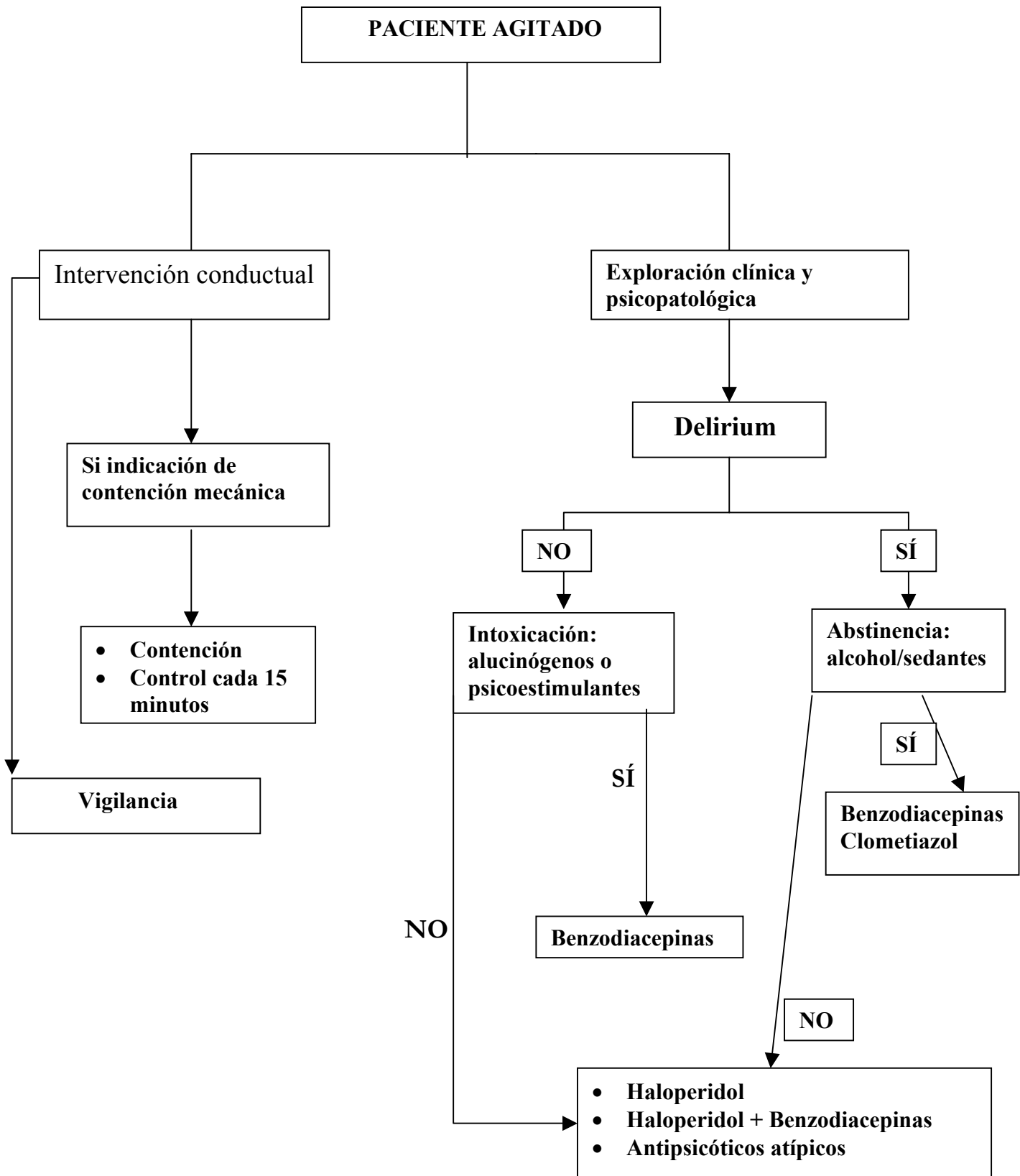
La contención mecánica se realizará si se considera la existencia de un riesgo elevado de violencia, informando previamente al paciente de que ésta no se va a tolerar, y ofreciendo medicación sedante. Se debe realizar con rapidez, interviniendo un mínimo de cuatro personas y con un plan previo. Los pacientes intoxicados se situarán en decúbito lateral izquierdo, o en decúbito prono, para evitar el riesgo de aspiración de vómitos. Si hay que realizarla en decúbito supino se mantendrá elevada la cabeza del paciente. Para evitar que se siente en la cama o se den la vuelta se procurará contener con las piernas extendidas, un brazo sujeto a un lado y el otro sobre la cabeza. Se recomienda no prolongar la contención mas de cuatro horas, salvo que sea imprescindible, y realizar evaluaciones frecuentes del paciente (cada 15 minutos). La retirada de la contención debe hacerse de forma gradual, eliminando la sujeción de un miembro cada vez.

Ante la sospecha de ingesta de alcohol o drogas hay que descartar si se trata de un cuadro de delirium o si estamos ante un trastorno conductual reactivo, una psicosis funcional o un trastorno de personalidad comórbidos. En los casos de intoxicaciones por alucinógenos, cocaína, drogas de diseño y estimulantes se recomienda utilizar preferentemente benzodiacepinas. Podemos utilizar lorazepam oral (si se acepta) a dosis de 2 a 5 mg ó diazepam i.m. a dosis inicial de 10 mg . Los episodios psicóticos agudos inducidos por sustancias suelen ceder en horas o días. No obstante si decidimos utilizar antipsicóticos recomendamos haloperidol i.m. a dosis inicial de 2,5 a 5 mgs. que se puede repetir hasta un máximo de 50 mgs. al día. Si administramos antipsicóticos atípicos podemos utilizar: olanzapina de 10 a 20 mgs v.o (muy útil la presentación velotab en prisión), sin exceder 40 mgs/día; risperidona de 6 a 12 mgs. iniciales, o ziprasidona de 10 a 20 mgs vía oral o i.m. La contención mecánica del paciente en el medio penitenciario, es una medida regulada por el art. 188.3 del RP, y a la hora de su aplicación, conviene tener presentes los siguientes conceptos ¹⁰

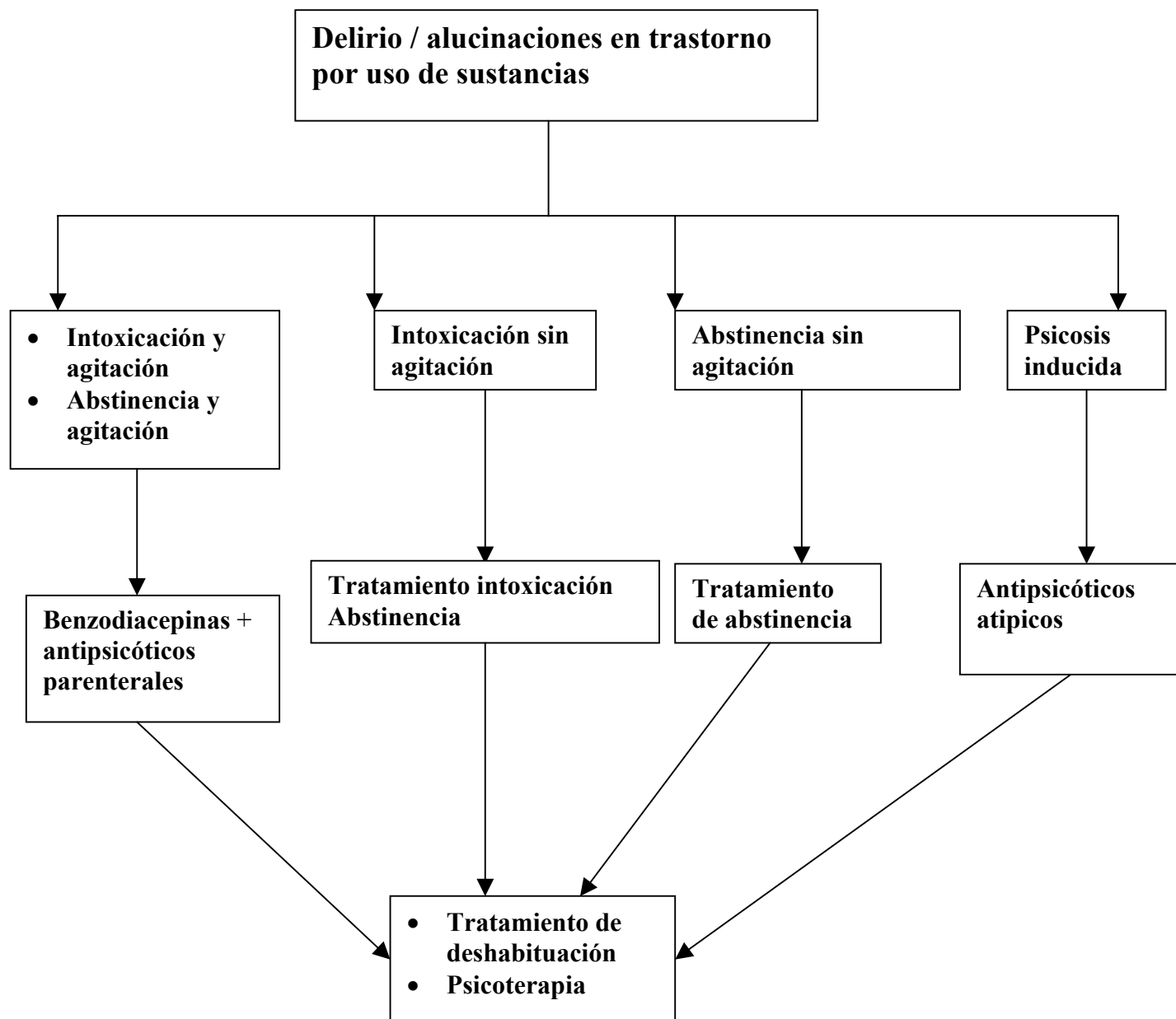
- 1- Que nunca se trata de un castigo.
- 2- Que se lleva a cabo para evitar daños mayores del paciente a si mismo o a terceros.
- 3- que su duración será solo por el tiempo imprescindible.

4- Que deberá ser comunicada a la autoridad judicial.

CUADRO 2 (Sigue)



CUADRO 3



En los Trastornos psicóticos inducidos por fármacos: de primera elección los antipsicóticos atípicos: olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona. Debemos utilizar las dosis adecuadas, suficientes y necesarias, para controlar los síntomas. De forma orientativa, recomendamos dosis de: olanzapina de 10 a 15 mgs. / día; risperidona de 4-6 mgs./ día; quetiapina de 200 a 400 mgs/ día. Estas dosis deberán ser ajustadas a las necesidades.

En los Trastornos psicóticos NO inducidos por fármacos: Seguiremos los principios generales de tratamiento en patología dual. La esquizofrenia y el abuso de sustancias suelen ser interdependientes, por lo tanto los tratamientos secuenciales o en paralelo son menos eficaces que el tratamiento integrado, realizado el abordaje de ambos trastornos por el mismo equipo

terapéutico, esto ya de por sí difícil en la red extrapenitenciaria se hace aún más complejo en nuestro medio, fundamentalmente por falta de recursos.

CUADRO 3 (Sigue)

En estos pacientes hay que tener en cuenta:

- La alta sensibilidad a los antipsicóticos que presentan
- Las interacciones entre antipsicóticos y drogas de abuso
- La baja adherencia a tratamiento
- Esquizofrenia + TUSP = Esquizofrenia resistente

Utilizaremos como fármacos de primera elección los antipsicóticos atípicos. Cada vez hay más evidencias del impacto de los antipsicóticos atípicos en la reducción de consumo de alcohol, cocaína y opiáceos. Algunas pautas orientativas son:

- Olanzapina a dosis inicial de 10 – 15 mg/día, que incrementaremos según se precise.
- Risperidona Oral a dosis inicial de 4 – 6 mg/ día
- Risperidona Inyectable de Larga Duración 50 mg/cada 14 días
- Clozapina a dosis de 300 – 450 mg/ día: en pacientes con escasa mejoría con fármacos anteriores. Existe el riesgo de agranulocitosis y la obligación de un control hemático semanal; recomendamos su utilización por especialista en Psiquiatría.

Los antipsicóticos clásicos, debido fundamentalmente a sus efectos extrapiramidales y escasa adherencia están siendo relegados por los atípicos en el tratamiento de la patología dual. Como segunda opción de tratamiento podemos utilizar: haloperidol a dosis de 10 a 40 mg/día; perfenazina a dosis de 15 a 40 mg /día; zuclopentixol de 50 a 200 mg/día. En casos de agitación excesiva o imposibilidad de vía oral utilizaremos la parenteral a dosis equivalentes.

CUADRO 4

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Las drogas inducen o potencian la ansiedad, comenzaremos por tanto por recomendar inicialmente la abstinencia a sustancias. Para diagnosticar a un interno Trastorno de ansiedad deberá pasar un periodo de 2-4 semanas de abstinencia previa, realizando incluso controles analíticos que la garanticen.

Debido al mal uso que suelen hacer estos pacientes de los fármacos se deben utilizar los de bajo riesgo de abuso. El tratamiento debe ser integral con un entrenamiento en estrategias de afrontamiento de la ansiedad.

BENZODIACEPINAS

Se deben utilizar con precaución debido a su potencial de abuso incrementado en pacientes con patología dual, y por sus posibles interacciones con el alcohol opiáceos y otros depresores del SNC. Están indicadas en los cuadros de abstinencia y en desintoxicaciones de alcohólicos y dependientes de sedantes. En la ansiedad no deben utilizarse de forma prolongada, no debiendo superarse como criterio general las 8 – 12 semanas de tratamiento (circular 3/2000 de la Agencia Española del Medicamento).

Recomendamos evitar las benzodiacepinas de semivida corta (flunitrazepan, alprazolam) y en pacientes con hepatopatía crónica utilizar el lorazepam.

Pautas orientativas

Fármaco	Dosis
Diacepán	5 – 20 mgs
Clordiacepóxido	5 – 45 mgs
Lorazepam	2 – 7,5 mgs
Ketazolam	15 – 45 mgs

Los antipsicóticos de perfil sedante, si bien no tienen como indicación oficial los Trastornos de ansiedad, pueden utilizarse a dosis bajas sin riesgo de dependencia.

CUADRO 5

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

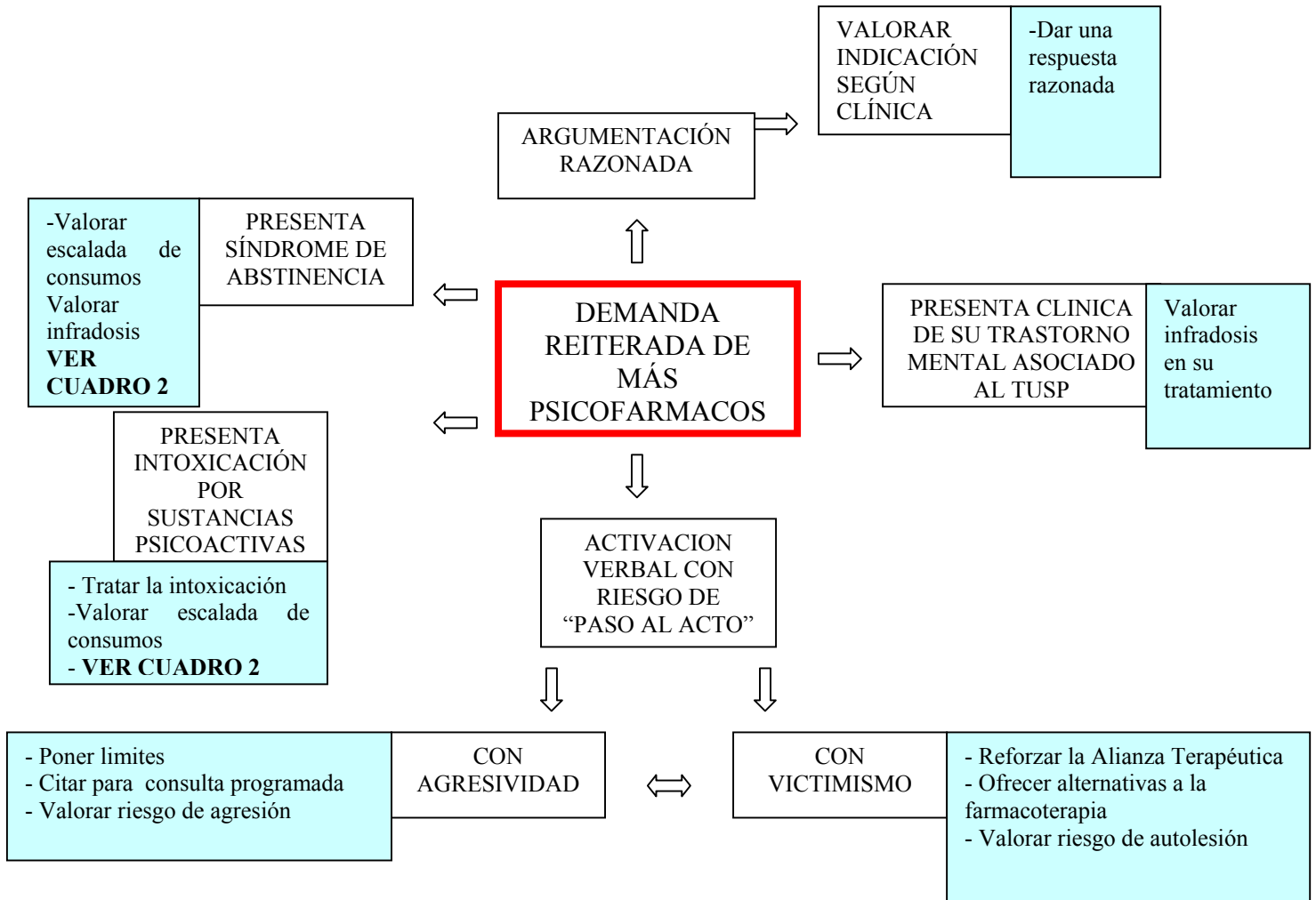
No existe un tratamiento farmacológico específico. El abordaje psicoterapéutico es el tratamiento de elección. Se han utilizado diversos fármacos en síntomas específicos con resultados diversos.

Adjuntamos la siguiente tabla orientativa

Fármaco	Dosis	Indicaciones
ISRS Fluoxetina Citalopram Paroxetina Sertralina	20 – 60 mgs 30 – 60 mgs 20 – 60 mgs 50 – 200 mgs	Inestabilidad Impulsividad/ agresividad Ansiedad
ANTIPSICÓTICOS Haloperidol Olanzapina Risperidona Risperidona de liberación lenta Quetiapina	2 – 10 mgs 10 – 20 mgs 3 – 6 mgs 50 – 100 mg 300 – 600 mgs	Impulsividad/ agresividad Desorganización cognitiva
EUTIMIZANTES Carbamazepina Valproato Carbonato de litio Topiramato Gabapentina	400 – 1.400 mgs 1.200 - 1.500 mgs 800 – 1.200 mgs 100 – 1.600 mgs 300 – 2.400 mgs	Inestabilidad ánimo Impulsividad

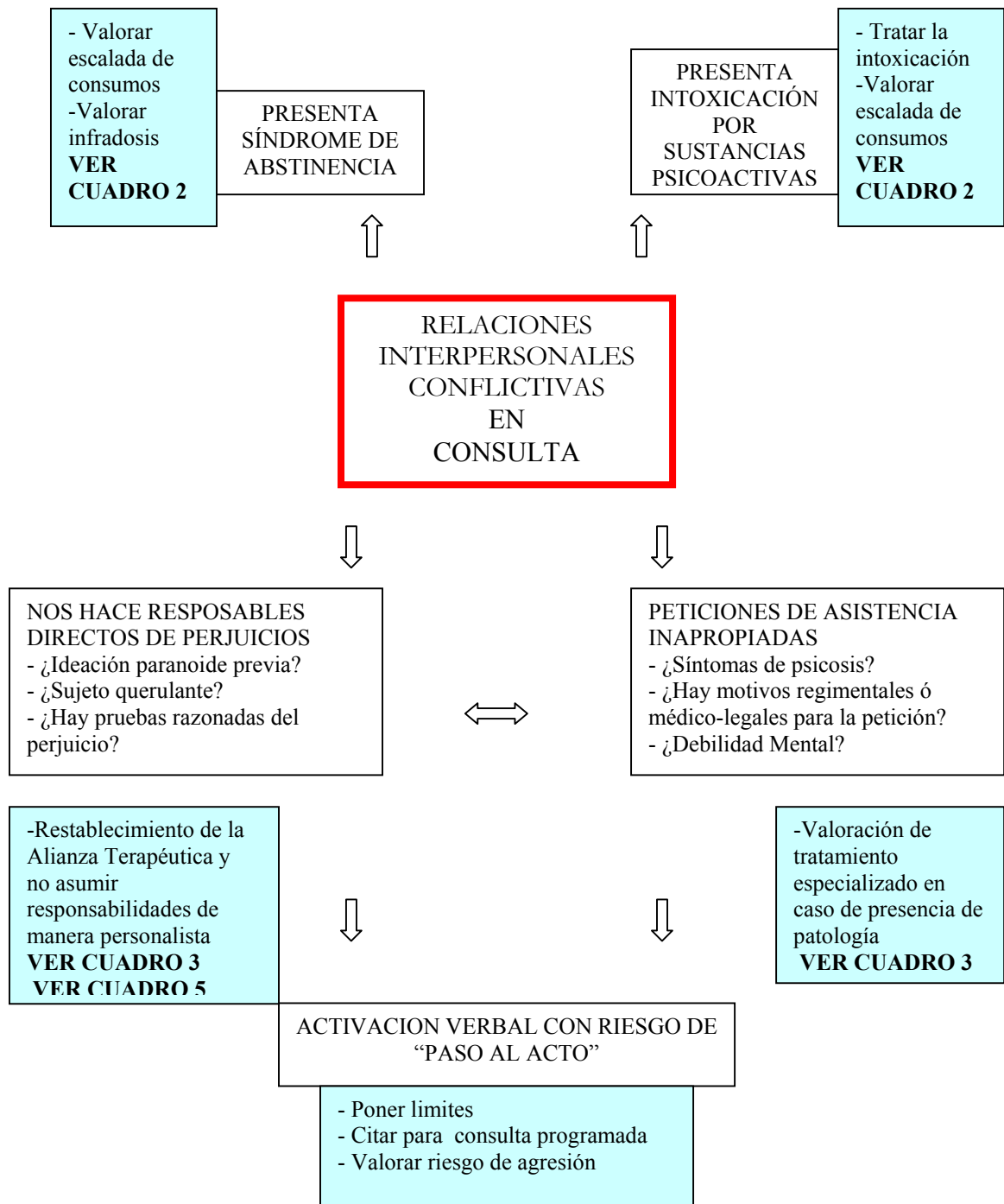
Caso2

2-DEMANDA REITERADA DE PSICOFÁRMACOS en un sujeto con PD (TUSP + Trastorno Mental)



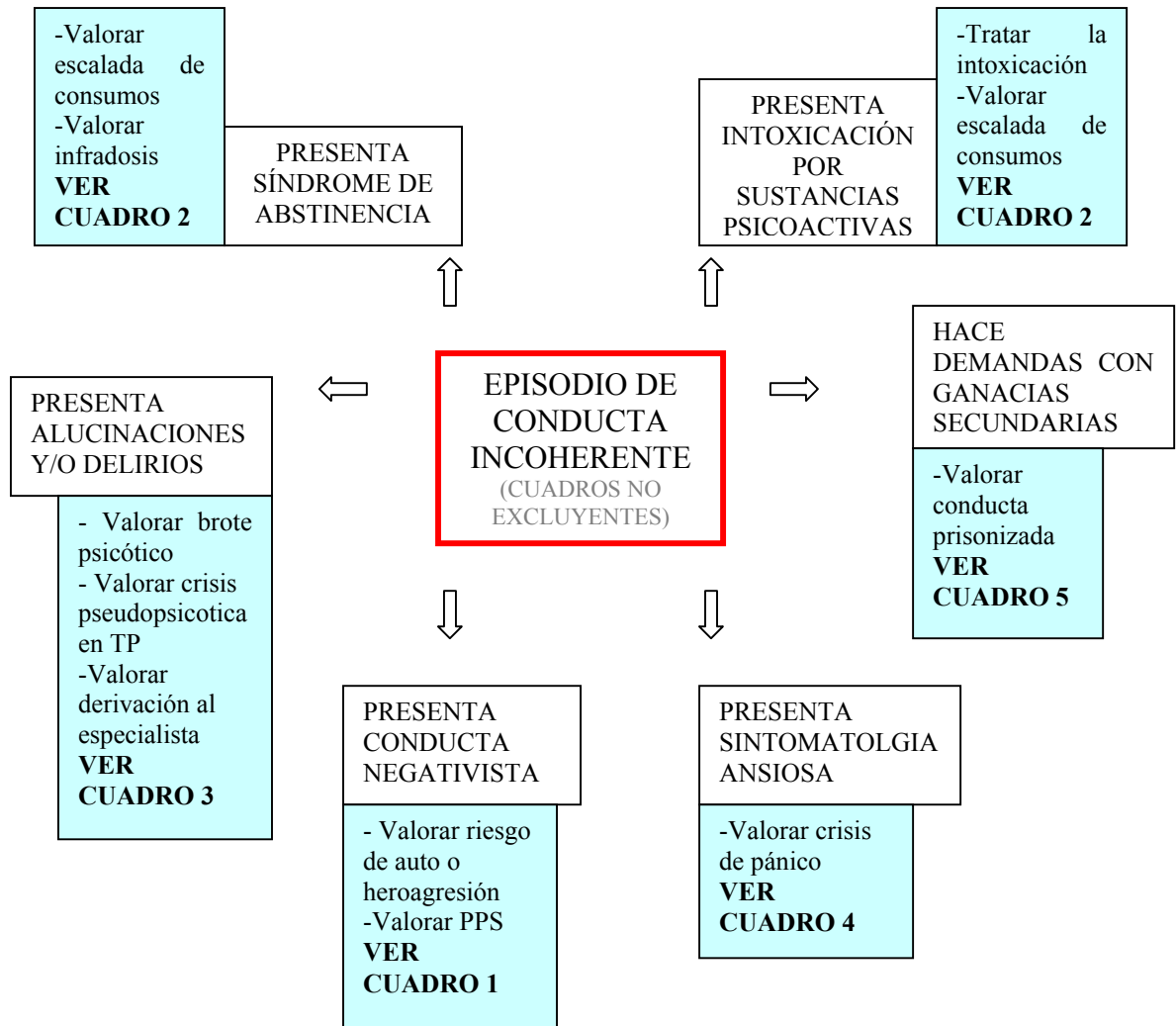
Caso 3

3-Relaciones interpersonales conflictivas con internos que padecen PD (TUSP + Trastorno Mental)



Caso 4

4- Conducta incoherente en internos con PD (TUSP + Trastorno Mental)



INFORMACION BASICA PARA EL ENTORNO

- ***Personal no sanitario (qué es preciso que sepa el personal de seguridad respecto a estos internos)***
¿ qué hacer?, ¿ qué es lo que nunca hay que hacer?.

El personal no sanitario debe estar informado de que hay internos a su cargo que presentan patología mental, así como del tipo de reacciones que cabe esperar de ellos, con objeto de que pueda prever, en la medida de lo posible, reacciones no adaptativas anormales o desproporcionadas en su relación con estos internos^{11 12}. Lo deseable es que se cuente con el permiso de los internos para que se pueda hacer una descripción concisa de lo que cabe esperar del interno con patología dual. Es útil que sea transmitido al personal no sanitario en contacto con estos internos, qué trato es el más aconsejable para controlar las crisis, y qué hacer si se producen. Se trata de sujetos con grave inestabilidad emocional y riesgo de autolesión. En situaciones de crisis se deben evitar objetos con los que el sujeto puede dañarse o dañar a otros, controlar la irritabilidad con actitudes de desactivación de la tensión. La derivación al especialista debe realizarse en todo caso con sintomatología psicótica, ansiosa o de reiteración del autolesivismo. Mostrar respeto en el trato directo con estos pacientes no asegura reciprocidad, pero es la forma de salvaguardar su dignidad como personas, que es lo que se espera de cualquier funcionario desde el punto de vista ético en el trato con este tipo de enfermos. Siempre se debe considerar el riesgo de agresión física y prevenirla.

Suele ser beneficioso:

- Ser afable, asertivo, afectuoso, no prometer nada que no se pueda cumplir.
- Centrarse en problemas inmediatos del día a día y dar ideas para resolverlos de forma razonada evitando el paso al acto, canalizar esfuerzos por las vías reglamentarias y adecuadas (ej. Animar a realizar quejas por escrito en lugar de protestas agresivas)
- El objetivo es reconducir reacciones interpersonales inadecuadas hacia la expresión más socializada posible de la que sea capaz el sujeto.
- Comentar cualquier incidente con los compañeros para manejar la mayor información posible sobre la forma de actuar del sujeto y lo que cabe esperar de él.
- Estimular siempre la autoestima del sujeto, reforzando el comportamiento adecuado, las pequeñas ganancias en este

campo acaban por dar lugar a cambios apreciables, desgraciadamente los pasos atrás también son frecuentes.

- Identificar cuando se produzcan las quejas e individualizarlas, aportar soluciones inmediatas y razonadas, la excesiva implicación emocional y personal en los problemas del interno no suele ser de ayuda, facilita la culpabilización individual. Evitar la responsabilización personalizada, actuando siempre como representante de un organismo colegiado.
- Explicar claramente los límites de lo permitido, respecto a reglas de comportamiento, beneficios, derechos y deberes. Hacerlos cumplir estrictamente. Establecer negociaciones en caso de conflicto siempre que el tema sea negociable.
- Mostrarse en todo momento calmado y objetivo.
- No es aconsejable explicarle al sujeto abiertamente que es un enfermo mental, este termino lleva a confusión y puede causar problemas en las relaciones interpersonales, es más adecuado hablar de dificultades de adaptación o rasgos de personalidad difíciles.
- Los sujetos con ideación paranoide son los más peligrosos desde el punto de vista de la expresión de su agresividad, es importante identificar esta ideación cuanto antes

RECURSOS NECESARIOS, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO:

Los recursos necesarios para manejar este tipo de cuadros consisten:

- Dispositivos capaces de monitorizar la situación de salud mental y de riesgo de suicidio de los internos mediante un adecuado seguimiento.
- Disponibilidad de un servicio psiquiátrico hospitalario especializado .
- Educación de todo el personal respecto a la situación emocional de los internos, de su variabilidad e irritabilidad, del tipo de crisis mas frecuentes y como manejarlas.
- Programas de Mantenimiento con metadona necesarios junto a un adecuado servicio de supervisión de enfermería psiquiátrica

Los sujetos con PD necesitan un tratamiento psiquiátrico específico de su proceso, además del tratamiento de su adicción. Las técnicas terapéuticas se dirigen a reducir o suprimir las conductas desadaptativas. Normalmente terapias personalizadas.

Son frecuentes las demandas urgentes de medicación sintomática, para la ansiedad, el insomnio o la abstinencia, que sin embargo no deben ser tramitadas como urgentes, explicando al paciente de manera clara y respetuosa, pero sin tolerar agresividad, los pasos a seguir para tratar esta sintomatología y las razones de los mismos. Si es preciso la utilización de la contención mecánica para evitar un episodio violento, se realizará siguiendo las medidas habituales.

Los trastornos mentales en reclusos contribuyen a la reincidencia y a la exclusión social¹³. El NHS (Servicio Británico de Salud) publicó en 1999 siete estándares para la atención a la salud mental aplicables de igual forma a los reclusos, que son también parte de la comunidad.

Promoción de la salud mental:

- Una buena clasificación interior mejora el trabajo de adaptación a la entrada en prisión.
- Entrenamiento a todos los trabajadores penitenciarios para detectar patología mental cuanto antes
- Prevención de los abusos
- Disponibilidad de counseling
- Pares “escuchadores-acompañadores”
- Promoción de la autonomía del interno

Salud mental en Atención Primaria

- correcta derivación (el 80% de los casos no deben derivarse)
- detección temprana (ingresos)
- disponibilidad de consulta de enfermería psiquiátrica
- manejo de crónicos
- manejo de los inadaptados al régimen penitenciario

Atención en el Modulo:

- soporte asistencial (protocolo de apoyo sanitario-consulta programada-etc)
- consulta programada de enfermería psiquiátrica
- diseño personalizado de intervención en salud mental

Coordinación con Centro de Salud Mental extrapenitenciario en caso de excarcelación o control de su enfermedad previa al ingreso en prisión.

PARTE SEGUNDA

Reflexiones sobre la Patología Dual en prisión

Entre la población penitenciaria se encuentra un mayor índice de problemas psiquiátricos graves en comparación con los que hay en la población general²¹⁴, podría decirse que la enfermedad mental no predispone al delito, pero sí que ciertos delitos violentos son los más cometidos por enfermos mentales. En numerosos estudios de prevalencia de trastornos mentales en población reclusa se advierte también la presencia entre los internos de un número mayor de trastornos adaptativos en comparación con los encontrados en la población general²¹⁵. Esto es explicable entre otras, por dos importantes razones, en primer lugar por la historia previa de comportamientos inadaptados, que es mucho más frecuente entre los delincuentes, una inadaptación que está en la propia raíz del acto delictivo. La segunda razón, es el exigente entorno penitenciario que frecuentemente produce fracasos adaptativos, incluso entre personas emocionalmente equilibradas con adecuados recursos para la relación social.

Las manifestaciones de estas dificultades de ajuste, normalmente se traducen en comportamientos conflictivos, la detección de estos pacientes conflictivos es el primer paso para establecer un programa de intervención terapéutica ante esa patología adaptativa. Un cuadro que con mucha frecuencia se asocia a un Trastorno Mental por Patología Dual.

Definición de la Patología Dual

En primer lugar y como introducción a la Patología Dual es importante definir algunos conceptos de los que todos hemos oído hablar pero que pueden prestarse a confusión:

¿Qué es comorbilidad?: Según Feinstein¹⁶ cualquier entidad clínica adicional y distinta que existe o puede existir durante el curso clínico o evolución de un paciente. Es decir, estaríamos ante un paciente con una enfermedad en el curso de la cual sufre o padece otro proceso mórbido distinto.

¿Que es la patología Dual?: Cuando la coexistencia se da entre un trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUSP) y cualquier otro trastorno psiquiátrico, hablamos de patología dual.

Antes de sumergirnos en la complejidad de la Patología Dual debemos aclarar algunos aspectos previos.

¿ A que nos referimos en este caso con consumo de sustancias psicoactivas?:
En este contexto entendemos por consumo de sustancias cuando nos encontramos ante:

- Consumo en cantidades o circunstancias que se desvían de las pautas sociales o médicas (abuso)
- No se tiene en cuenta aquí la tolerancia, abstinencia o uso compulsivo, sino las consecuencias del consumo.

Entendemos por tanto que el TUSP es cualquier comportamiento que implique un consumo inadecuado de sustancias psicoactivas, esté o no presente ya una dependencia. Un término más amplio que el de drogadicción, más adecuado para referirse en prisión a los sujetos que abusan de todo tipo de sustancias psicoactivas, sean drogas ilegales o psicofármacos.

¿Qué es la Dependencia de sustancias?:

Coinciden los sistemas clasificatorios DSM IV y CIE 10 en el concepto de dependencia de sustancias. Aparecen como condición para el trastorno la existencia de tolerancia y abstinencia.

Hablamos de dependencia de sustancias cuando estamos en presencia de un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo consume, a pesar de aparecer problemas significativos en su vida ordinaria.

Debemos tener en cuenta que los sistemas de clasificación más utilizados, emplean una serie de criterios para el diagnóstico por categorías y no contemplan dimensiones.

En el caso de las toxicomanías ocurre algo similar, el abuso es considerado un primer escalón, no se considera la drogadicción como un continuum. El diagnóstico es por tanto poco flexible.

Tampoco se contempla la existencia de poblaciones especiales, como los adolescentes, ni los distintos aspectos etiológicos de la drogadicción.

¿Cómo surge el concepto de Patología Dual? y ¿qué justificación tiene?:

Encontramos una serie de semejanzas o similitudes entre los trastornos relacionados con uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos.

- La existencia de una base biológica subyacente con posible influencia hereditaria.
- Se trata de trastornos crónicos, progresivos y que cursan con recaídas.
- La sintomatología incluye falta de control conductual y emocional; pueden encontrarse conductas erráticas y bizarras.
- Es común la negación de enfermedad. El reconocimiento de la misma puede ocasionar sentimientos de desesperanza, fracaso y vergüenza.
- Existe la posibilidad de tener que recurrir al tratamiento involuntario, la coacción legal y/o el internamiento.
- Frecuentemente se dan situaciones de marginación familiar y social.

- La existencia de una afectación de la familia del paciente debe tenerse en cuenta en el enfoque terapéutico.
- Debe tenerse en cuenta también la importancia de la psicoterapia como co-adyuvante al tratamiento farmacológico.

Clasificaciones en Patología Dual

Seguiremos en este campo los criterios de Solomon et al.¹⁷ :

Clasificación respecto a la etiología del proceso

TIPO I: Trastorno psiquiátrico primario con trastorno por uso de sustancias secundario

En él la psicopatología es anterior a la dependencia de sustancias.

TIPO II: Trastorno por uso de sustancias primario con signos y síntomas psiquiátricos secundarios.

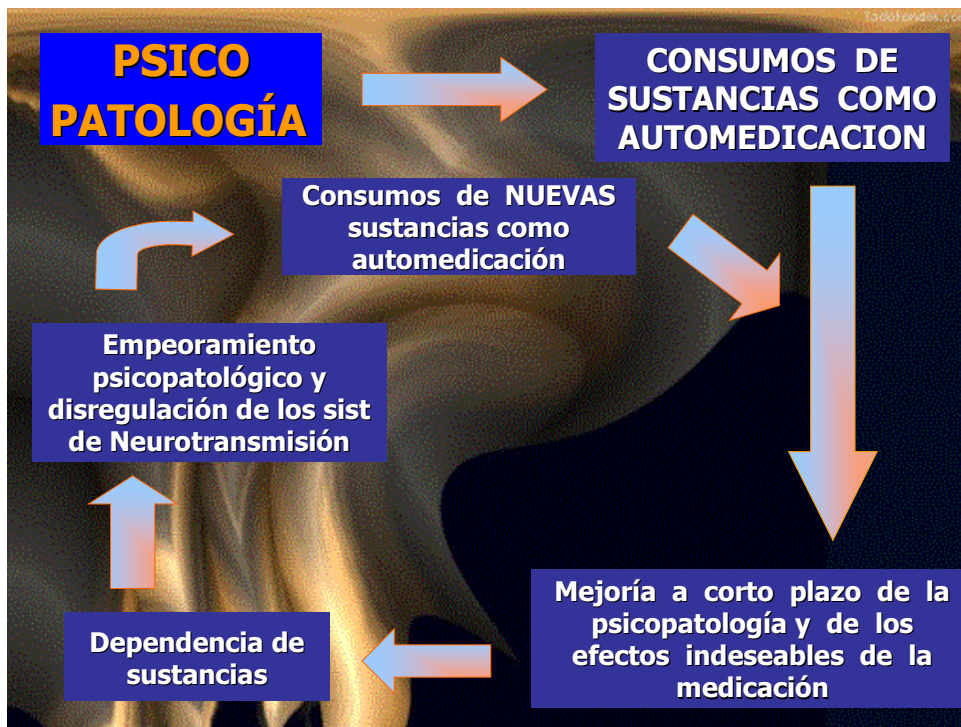
TIPO III : Coexistencia del trastorno psiquiátrico y del trastorno por uso de sustancias de origen independiente. Considerado como el Trastorno dual verdadero.

Puede ser importante la distinción entre los diferentes tipos de trastorno dual puesto que el pronóstico del trastorno dual tipo I con un trastorno psicopatológico primario es peor que cuando el trastorno por abuso de sustancias es anterior (Tipo II).

Trastorno Dual Tipo I:

El trastorno psiquiátrico es previo a que el consumo de sustancias cree dependencia e influya en el mismo. Puede haber consumo anterior pero sin criterios de dependencia.

En este tipo de trastorno se fundamenta la hipótesis de la automedicación como origen de las toxicomanías^{18 19}.



La existencia de un trastorno psicopatológico llevaría a consumir sustancias (ver esquema), produciéndose a corto plazo una mejoría tanto de los síntomas psiquiátricos como de los efectos indeseables de la medicación. El consumo, con el tiempo daría origen a la dependencia, empeorando los síntomas psicopatológicos por la disregulación de los sistemas de neurotransmisión. Esta situación ocasionaría nuevo consumo cerrándose un círculo perverso.

Trastorno Dual Tipo II

El trastorno por uso de sustancias es anterior al comienzo del trastorno psiquiátrico.

Se fundamenta en los siguientes aspectos:

- La abstinencia y/o el consumo son considerados el origen de los trastornos del humor y episodios depresivos.
- La intoxicación y la abstinencia pueden generar trastornos de ansiedad y crisis de pánico.
- La dependencia al alcohol, anfetaminas y cocaína aumentan el riesgo de síntomas psicóticos.

Trastorno Dual Tipo III: Tipos

Claro ejemplo de cómo podemos llegar a complicar las cosas con los intentos de clasificarlo todo.

TRASTORNO DUAL TIPO III

- a. Trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias están presentes y no coinciden en comienzo y en curso
- b. Trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias son crónicos y severos con comienzos distintos y cursos sobrepuestos
- c. El trastorno psiquiátrico se inicia antes, pero ambos tienen cursos independientes y ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro
- d. El trastorno por consumo de sustancias se inicia antes, pero ambos tienen cursos independientes y ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro

Finalmente cabe hacer dos consideraciones que sintetizan la importancia de la patología dual:

- Los pacientes con patología dual tienen peor ajuste social y función psicológica, mayor número de hospitalizaciones, mayor presencia de conducta violenta o ilegal, ideación o conducta suicida, menor cumplimiento terapéutico y mayores dificultades de acceso a la red asistencial que los que solo sufren de abuso de sustancias u otro trastorno psiquiátrico²⁰.
- La detección y el tratamiento precoz lleva a un mejor pronóstico de la patología dual.

Clasificación respecto al proceso asociado al TUSP

Simplificando por motivos didácticos, diremos que en patología dual podemos encontrar frecuentemente los siguientes trastornos:

- Trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la personalidad

En el medio penitenciario frecuentemente vamos a encontrarnos con trastornos de personalidad y trastornos de ansiedad o mixtos y no es nada infrecuente la existencia de trastornos psicóticos.

Dentro de los Trastornos Psicóticos destacamos:

- Esquizofrenia.
- Trastorno esquizofreniforme.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Trastorno de ideas delirantes (rara enfermedad en libertad, pero no tanto en el mundo penitenciario).

Entre los Trastornos del estado de ánimo encontraremos fundamentalmente:

- Episodios depresivos.
- Trastorno depresivo mayor.
- Trastornos bipolares.
- Trastornos distímicos.

Probablemente en prisión lo más frecuente sea encontrar depresiones reactivas y no la depresión mayor, endógena, pero no es infrecuente el Trastorno bipolar, y no siempre pensamos en él.

En relación a los Trastornos de Ansiedad los mas habituales pueden ser:

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Crisis de angustia
- Fobia social
- Trastorno mixto ansiedad depresión

En prisión con bastante probabilidad son más frecuentes los Trastornos mixtos, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y las Crisis de Angustia.

Trastornos de personalidad

Podemos distinguir los tres grandes grupos de trastornos de personalidad:

CLUSTER A:

Individuos catalogados popularmente de raros: paranoides, esquizoides y esquizotípicos; según algunos autores tenderían al consumo de alcohol y derivados del THC fundamentalmente. Los paranoides presentan mayor tendencia al consumo de alcohol, cocaína y anfetaminas. Los esquizoides a sustancias psicodélicas THC y alcohol. Los esquizotípicos al THC, LSD y mescalina.

CLUSTER B:

Individuos inmaduros: Antisocial, límite, histriónico y narcisista; los dos primeros muy frecuentes en nuestro medio con tendencia a consumir de todo. Los histriónicos y narcisistas con tendencia al consumo de estimulantes.

CLUSTER C:

El grupo de los “miedosos”. T. de personalidad por evitación, dependencia y obsesivo-compulsivos con tendencia al consumo de alcohol y benzodiacepinas, y fundamentalmente cocaína los obsesivos.

En nuestro medio es frecuente encontrar trastornos antisocial y límite, siendo habitual entre ellos el policonsumo, también podemos encontrar mas de un trastorno de personalidad en un mismo individuo. Probablemente lo más frecuente sería un trastorno mixto con rasgos disociales y paranoides.

Entre los trastornos de personalidad y las adicciones hay una serie de factores comunes como son:

- falta clara de definición en ambos, llegando a producirse solapamiento.
- en ocasiones se habla de dependencia como una de las claves diagnósticas en T. Personalidad antisocial.
- se conceptualizan como un continuum con inicio en la infancia-adolescencia y tendencia a la cronicidad.
- sus mecanismos defensivos son comunes (negación, proyección).

En prisión, y posiblemente también entre la población en libertad, los Trastornos de personalidad constituyen la patología comorbida más prevalente y problemática en su manejo². Son internos difíciles de tratar, mucho mas vulnerables a la adicción y su comienzo en el consumo es muy temprano.

Algunos autores²¹ mas que de Trastornos de Personalidad hablan de “cambios de personalidad” que tienen lugar en sujetos con adicciones; basándose en las opiniones de Yudofsky²² y Treastman²³ al tratar la agresividad y los trastornos de personalidad. Según esta teoría tendrían lugar una serie de cambios explorables a través de los síntomas diana que parecen estar más relacionados con procesos biológicos:

- Distorsión cognitiva a la vivencia de realidad.
- Dificultad para controlar impulsos (drogas y otros...).
- Inestabilidad afectiva con reacciones excesivas ante distintos acontecimientos.
- Ansiedad que condiciona el comportamiento ante situaciones diversas.

Concretamente, en trastorno de personalidad antisocial se ha visto:

- Comienzo temprano en abuso de sustancias.
- Se encuentra implicado directamente el Sistema Serotoninérgico afectando a las dificultades en control de impulsos, déficit cognitivos y consumo de sustancias.
- Experimentalmente se ha visto que en estos sujetos hay una hiperestimulación de los receptores 5HT_{2C}, lo que daría lugar a un estímulo superior al consumo, de importancia en relación a las posibilidades de tratamiento.

Finalmente, no podemos concluir este apartado en el que se describe el problema que causa la Patología Dual en los reclusos, sin llamar la atención sobre la relación que algunos de nosotros hemos observado entre este tipo de proceso y la alteración del clima social en las prisiones²⁴, un numero

importante de incidentes violentos son protagonizados por internos con patología dual en una proporción significativamente mayor que los protagonizados por internos sin este trastorno.

Epidemiología : La magnitud del problema

Según Miller²⁵ podemos encontrar los siguientes porcentajes de riesgo en los trastornos por uso de drogas según las diferentes patologías psiquiátricas.



RIESGO PARA TRASTORNOS POR USO DE DROGAS SEGUN PATOLOGIA PSIQUIATRICA

Trastornos	%
Tr. Personalidad	83 %
Tr. Bipolares	60 %
Esquizofrenia	47 %
Tr. Depresivos	27 %
Tr. Ansiedad	23 %
Tr. Fóbicos	23 %

El estudio ECA realizado por Regier y cols²⁶ es probablemente el estudio realizado con una muestra mas amplia, mas de 20.000 sujetos, de diferentes ciudades de EEUU, incluyendo población penitenciaria; mostró la elevada comorbilidad entre trastornos relacionados con consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos. En drogodependientes aumenta 4 veces el riesgo de padecer otro trastorno mental. En los cocainómanos aumenta a 11 veces. Las personas con un trastorno mental tienen 4,5 veces más riesgo de presentar trastornos por uso de drogas. El resto de los datos epidemiológicos de este estudio son similares a los vistos anteriormente.

En España no disponemos de datos epidemiológicos amplios en prisiones, es de extrema importancia la realización de un estudio serio que nos permita saber a que nos enfrentamos realmente en el campo de la salud mental.

Datos recogidos en Catalunya por la Secretaria de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil sobre el consumo de drogas de la población internada en centros penitenciarios (N=8259) nos muestran los consumos reflejados en la tabla siguiente:

Sustancia	Hombres	Mujeres
Cocaína	43%	39%
Heroína	33%	36%
Alcohol	25%	19%

El ingreso en prisión es favorecedor de la morbilidad en salud mental^{27 28}. La OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta 7 veces mayor en la población penitenciaria respecto a la población general²⁹.

En una de sus recomendaciones, el Comité de Ministros del Consejo de Europa hace especial mención de la atención que hay que poner en el cuidado de la salud mental de las personas privadas de libertad³⁰.

En los sujetos internados en prisión, existe una más que probable existencia de una amplia base comórbida de diferentes trastornos y síntomas de enfermedad mental con las siguientes características:

- Cuadros de inicio en la infancia y adolescencia
- Sin evaluación ni tratamiento previo a su entrada en prisión y que han evolucionado hasta la edad adulta
- En la mayor parte de los casos junto a un uso crónico y dependencia de sustancias psicoactivas
- Habilidades intelectuales bajas, déficits en el procesamiento de la información y en el lenguaje

- Estrés ambiental crónico, acentuado con la privación de libertad, deficiente interrelación afectiva, social y sexual
- Alta prevalencia de trastornos de personalidad, unido a las dificultades de seguimiento del medio penitenciario (traslados a otros centros, puesta en libertad, etc).

La distinción entre la psicosis inducida por tóxicos y el trastorno psicótico primario que coexiste con el uso de sustancias ya sea alcohol u otras drogas es difícil de establecer ya que no siempre tendremos datos suficientemente contrastados sobre la evolución de la enfermedad. En un reciente estudio de la Oficina Nacional Británica publicado por Brugha³¹ se analiza la morbilidad psiquiátrica comparada entre una muestra de población general (10108 personas) con otra internada en cárceles (3142) evaluadas mediante SCAN. Los datos aparte de señalar la ya conocida mayor prevalencia de trastorno psicótico en la población penitenciaria (10 veces más en el estudio) se describe que uno de cada cinco presos presentaban síntomas psicóticos atribuibles a los efectos tóxicos o de abstinencia del consumo de sustancias.

La Importancia de los Trastornos de Personalidad en la PD

La tasa de TP en la población general varía entre el 10% y el 15%, sin embargo entre los sujetos con Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas (TUSP) está entre el 35% y 73%, sobre todo TP antisocial, límite, por evitación y paranoide, sin que este diagnóstico se pueda explicar por artefactos relacionados con el consumo de sustancias³². Otros autores señalan que entre el 65% y el 90% de los sujetos con TUSP tienen asociado, al menos un TP³³. Para algunos investigadores el uso de drogas es un síntoma explicable por la estructura anómala de la personalidad³⁴. La gravedad de la comorbilidad quedó demostrada en uno de los estudios epidemiológicos más divulgado, el estudio ECA en Estados Unidos, ya mencionado anteriormente en el que el 76% de los varones y el 65% de las mujeres que cumplían criterios de abuso o dependencia de drogas, tenían criterios para al menos otro diagnóstico psiquiátrico y el TP era uno de los más prevalentes. Desde otra perspectiva, si la prevalencia/vida del TUSP en la población general es de un 16,7%, entre los TP es de un 84%, en los trastornos esquizofrénicos es de un 47%, entre los trastornos afectivos de un 32% y de un 23% en los trastornos de ansiedad. En nuestro país, Pedrero encontró una prevalencia de TP en sujetos con TUSP del 78% sin que por el momento se pueda establecer una relación causa efecto, lo que sí es evidente es que esto produce una mayor dificultad en el manejo de estos pacientes³⁵.

Verheul³⁶ explica esta comorbilidad debido a que los TP están en la raíz de la etiología del TUSP por una triple vía:

- la propensión a la desinhibición del comportamiento
- a la búsqueda de sensaciones
- a la tendencia a la reducción del estrés
- a la mayor sensibilidad a la recompensa

Hay por tanto amplia evidencia epidemiológica que señala la elevada comorbilidad entre TP y TUSP con prevalencias entre el 37% y el 74% según los diferentes estudios^{37 38}.

Esta comorbilidad tiene como efecto, la aparición frecuente de problemas médicos, sociales y legales, además de una peor evolución de la dependencia y del TP.

Si esto es lo que ocurre en la población general, entre la población reclusa, el riesgo de sufrir un TP es considerablemente superior (alrededor de 10 veces superior en el caso de TP antisocial). Rubio Larrosa encuentra un 81% de TP en reclusos que acuden a consulta psiquiátrica³⁹. Fanzel y Danesh en un metaanálisis que incluyó 62 trabajos en 12 países occidentales diferentes determinaron las prevalencias de trastornos mentales en prisión en una muestra de 22.790 internos, con una edad media de 29 años, el 81% varones, explorando comorbilidad entre reclusos con TP se encontraron prevalencias del 42% de trastorno de personalidad², otros autores encontraron el 100% de TUSP⁴⁰ y Singleton et al. sobre una muestra de 1.500 internos preventivos, encontró prevalencias de TP del 78%⁴¹.

El 47% de los reclusos presentaron TP en una parte de la muestra de 13.844 internos (28 estudios), sobre todo el antisocial. Si se toman 4 estudios con una n de 1.529 el resultado es que aparece un 65% con un TP al menos. En 7 estudios (n=1281) se observó un 42% en reclusos con un TP al menos. Blaauw y cols. en un estudio sobre salud mental en reclusos en 13 países europeos concluyeron que entre el 6 y el 12 % de los internos necesitaban algún tipo de tratamiento psiquiátrico. Ninguno de los países disponía de suficiente personal sanitario para atender este tipo de problemas en las prisiones. Una de las conclusiones fue la necesidad de formación tanto del personal sanitario como del personal de seguridad, para el manejo de los problemas que generan este tipo de internos. Otra importante conclusión fue la falta de registros adecuados en prisión de este tipo de casos, junto a la subdetección de los mismos⁴².

Los Cuadros Clínicos pueden ser múltiples

A través de lo datos anteriormente expuestos podemos decir que un alto porcentaje de reclusos presentan una comorbilidad psiquiátrica que asocia

politoxicomanía junto a cuadros ansiosos y/o depresivos⁴³ y es esencial identificar y tratar ambos cuadros. Como ya se ha dicho hay diferentes tipos de comorbilidad.⁴⁴

- 2- Trastorno mental primario con trastorno por uso de sustancias subsiguiente.
- 3- Trastorno por uso de sustancias psicoactivas primario seguido de sintomatología psiquiátrica.
- 4- Síndrome de Abstinencia a sustancias psicoactivas seguidas de síntomas psiquiátricos.
- 5- Trastorno por uso de sustancias concurrente con trastorno mental.

Se observan por tanto, asociaciones repetidas de una serie de cuadros psiquiátricos:

- 1- TP + TUSP
- 2- Depresión + ansiedad + TUSP
- 3- Psicosis + Trastorno por uso de estimulantes

Independientemente del tipo de trastorno dual, en la práctica y en nuestro medio nos vamos a encontrar con un interno con problemas de adicción (Trastorno por consumo de sustancias -TUSP) y con síntomas psiquiátricos asociados. La sintomatología de los cuadros psiquiátricos que pueden asociarse, lo mismo que la del TUSP, están perfectamente descritas en numerosos manuales^{45 46 47} por lo que no nos extenderemos en esta guía sobre este punto.

TUSP + T. de Ansiedad

El motivo principal de consulta en este cuadro de patología dual son los cuadros de ansiedad, nos encontramos con situaciones en las que las drogas han llevado a la ansiedad o en las que la ansiedad conduce a las drogas. Es una situación compatible tanto con los trastornos de ansiedad como con los de personalidad, afectivos o psicóticos.

Centrándonos en la comorbilidad entre ansiedad y drogas podemos decir que la intoxicación por cafeína, THC e inhalantes provocan ansiedad. La intoxicación y la abstinencia de alcohol, anfetaminas y cocaína llevan a la ansiedad. La abstinencia a sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y opiáceos conducen a la ansiedad.

En el estudio ECA se encontró que en las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad el 23,7% tenían un diagnóstico por uso de sustancia^{26 48}

TUSP + Trastornos Afectivos

En general podemos encontrarlos en la intoxicación por opiáceos, inhalantes, alucinógenos o fenciclidina y tanto en la intoxicación como en la abstinencia por alcohol, cocaína, anfetaminas y benzodiazepinas.

Se han asociado frecuentemente con el consumo crónico de cocaína, el 20% de estos cuadros son trastornos bipolares.

Asociados al consumo de opiáceos encontramos trastornos depresivos entre el 50 al 75% de los casos.

El consumo de Cocaína, anfetaminas, alucinógenos y derivados del THC frecuentemente produce cuadros de hipomanía.

Las anfetaminas están estrechamente relacionadas con los episodios depresivos y los intentos de suicidio.

TUSP + Trastornos Psicóticos

Algunos datos epidemiológicos que resaltan la importancia del diagnóstico en patología dual son:

- En el estudio ECA²⁶ se encontró que el 47% de los pacientes con esquizofrenia eran consumidores de sustancias adictivas.
- En el Trastorno Bipolar I el 60,7% de los pacientes presentaban adicciones.

En un pequeño porcentaje de casos los pacientes relatan que el consumo de drogas les mejora o disminuye los síntomas de enfermedad (hipótesis de la automedicación).

TUSP + Trastorno de Personalidad

En términos generales lo que llama la atención de estos tipos de comportamiento es su grado de inadaptación al entorno y lo que más patológico es su reiteración en el tiempo junto a la evidencia de que el interno sufre tanto con esta conducta como el resto de personas que le rodean.

Este tipo de pacientes a la hora de su manejo en prisión plantean un reto, tanto para el personal sanitario como para el de vigilancia. Tienen una historia de poca adherencia a tratamientos y poca colaboración con el personal sanitario, reducida capacidad para reconocer límites en sus conductas y habilidades cognitivas reducidas. El sentimiento común entre los sanitarios es que personas así están en prisión por falta de otros dispositivos asistenciales adecuados. Puede resultar confuso cuándo y en qué contextos pueden ser responsables de sus actos.

Las Claves Diagnósticas en prisión

Debemos establecer por tanto una metodología que nos oriente en el diagnóstico⁴⁹

El **PRIMER PASO** es establecer el consumo de sustancias (Historia toxicofílica, temporalidad, determinación de drogas etc) y establecer la existencia de relación temporal entre el consumo de sustancias y la psicopatología. Describir el tipo de psicopatología asociada al TUSP .

El **SEGUNDO PASO** es determinar si la psicopatología detectada es mas grave que la que suele aparecer en el transcurso de los episodios de intoxicación o síndrome de abstinencia o se trata de síndromes comorbidos o inducidos. No hay criterios estrictos para distinguirlos, solo la experiencia y una buena historia clínica.

El **TERCER PASO** consiste en establecer la cronología de aparición de los trastornos, indagando sobre los antecedentes personales y familiares y si se resuelve o no el trastorno después de varias semanas de abstinencia.

Esto nos permite diferenciar si nos encontramos ante trastornos inducidos o independientes.

Algunos datos que pueden ayudarnos son:

TRASTORNO INDEPENDIENTE

- Trastorno psiquiátrico previo al consumo regular.
- Síntomas diferentes a los que presentan los drogodependientes (intensidad, frecuencia)
- Trastorno que persiste tras varias semanas de abstinencia (4 semanas)
- Antecedentes familiares de el mismo trastorno
- Fracaso terapéutico en reducir la conducta adictiva.

TRASTORNO INDUCIDO

- El abuso de sustancias suele ser anterior a la aparición de la sintomatología psiquiátrica.
- Generalmente en los trastornos inducidos la psicopatología se acompaña de alteraciones del nivel de conciencia.
- La sintomatología remite de forma paralela a la eliminación del tóxico
- No suelen existir antecedentes familiares del mismo cuadro psiquiátrico

- La respuesta inicial al tratamiento farmacológico junto con la posible aparición de excesivos efectos secundarios en un corto periodo de tiempo orientan hacia un trastorno inducido.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El instrumento diagnóstico fundamental es la historia clínica.

Deben cuidarse algunos aspectos fundamentales para su realización:

- Momento de la entrevista: durante el periodo de intoxicación o de abstinencia los diagnósticos en patología dual no son fiables. Suelen coincidir los autores en realizar la evaluación psicopatológica tras la primera semana de ingreso, algunos lo demoran a la segunda o tercera semana. En nuestro medio debería hacerse un primer filtro en modulo de ingresos y una evaluación posterior después de una o dos semanas.
- Setting: está descrito que el entorno o lugar de la entrevista influye en los resultados observados. Podríamos hacer una primera detección de posibles casos en consulta del modulo de ingresos, y una posterior evaluación en un entorno más terapéutico: consulta programada.
- Orientación de los profesionales: la evaluación psicopatológica debe ser realizada por profesionales motivados y entrenados.
- Se han utilizado modelos de entrevistas estandarizados como el DIS⁵⁰, SCID-SAC y PRISM⁵² debería valorarse su utilidad en prisión.
- Debemos articular la forma de determinar el consumo de sustancias mediante pruebas analíticas, probablemente en prisión, lo mas adecuado sea realizar determinación de metabolitos en orina al ingreso.
- La observación del paciente en las semanas siguientes es fundamental para determinar el diagnóstico y valorar la eficacia terapéutica, deberemos contar con las opiniones de personal de enfermería y fundamentalmente de vigilancia en cuanto al comportamiento de los internos.

La descripción de los criterios diagnósticos para cualquier cuadro asociando al Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas se pueden encontrar en el DSM IV, de la misma forma que se encuentran los que definen este mismo trastorno⁴⁷.

CASOS CLÍNICOS

Los cuadros clínicos combórbidos tan frecuentes en PD pueden encontrarse en los manuales diagnósticos. En esta guía hemos pretendido llamar la atención sobre ciertos comportamientos que pueden verse con relativa frecuencia en prisión y que podrían esconder un cuadro de PD. La intención es que los profesionales que atienden estas situaciones, que generalmente causan episodios de alteración del clima social de la prisión, piensen en estos procesos y hagan un diagnóstico diferencial con ellos.

1-AUTOLESION

Antonio H M, un interno del módulo de aislamiento del centro, se ha autolesionado produciéndose varias heridas incisas en brazo izquierdo y en cuello con una cuchilla. Se trata de un interno con antecedentes de otras autolesiones graves y comportamiento desadaptado. En su historia clínica se señala que ha sido consumidor de heroína y cocaína por vía intravenosa durante varios años, en la actualidad es demandante continuo de medicación psicotrópica y está en tratamiento con benzodiazepinas de acción prolongada y neurolépticos clásicos a dosis altas.

Las autolesiones en los casos de PD suelen tener un importante componente impulsivo y por lo tanto son difícilmente predecibles, frecuentemente son respuestas ante situaciones frustrantes para el sujeto dentro de una actitud violenta y no cooperativa con el entorno, con importante componente emocional y manipulativo. Otras veces pueden ser finalistas en si mismas, empleadas como mecanismo de descarga de la ansiedad, a pesar de que no suele haber objetivo suicida, el componente de impulsividad y alta agresividad hacen que estos episodios puedan ser peligrosos para la vida del sujeto, sobre todo si se hacen reiterativos al habituarse el interno a emplearlos como mecanismo para conseguir beneficios secundarios o para la descarga de crisis ansiosas.

Cuando llegamos al módulo nos encontramos con un sujeto agresivo, desafiante, con el torso descubierto y sangrando por una serie de cortes en brazo izquierdo, que desde el fondo de la celda increpa a voces a todo el que se le acerca y todavía tiene la cuchilla en la mano. (grafico1)

1- Lo principal es descartar la existencia de riesgo vital para el interno o quienes le rodean. Si hay riesgo físico inminente (hemorragia masiva, agresión a terceros) el sujeto debe ser reducido por el personal de seguridad que deberá

actuar, según los protocolos establecidos y dados los antecedentes de conductas de riesgo para padecer infecciones contraídas por vía parenteral del interno, con protección adecuada para que su sangre no entre en contacto con mucosas o posibles heridas de los funcionarios que ayudan en la contención.

Con el sujeto tranquilo o contenido:

2- Establecer la causa de la autoagresión (reducción de la tensión, escapar de emociones insoportables, autocastigo, forma de comunicación de sentimientos, fenómeno de contagio, síntoma de un trastorno mental, comportamiento manipulativo, intoxicación o abstinencia de sustancias psicoactivas).

3- Tratar al interno con respeto, sin comunicarle ansiedad y sin minimizar tampoco su actitud autoagresiva. Hay que tener presente siempre que se trata de un paciente que está en una situación de estrés.

4- Intentar establecer una **alianza terapéutica** ofreciendo la oportunidad de hablar de sus sentimientos y deseos, sin embargo si se identifica una actitud manipulativa, ayudará más a la resolución de la crisis un comportamiento afectivamente neutro, centrado en aspectos puramente profesionales de la asistencia.

5- Descartar la presencia de un síndrome de abstinencia o de una intoxicación por sustancias psicoactivas y tratarlos si los hubiera.

En ese momento o en días posteriores se puede establecer una **cita posterior en consulta programada** para tratar la circunstancia desencadenante del episodio autolesivo. No es de ayuda culpabilizar más al paciente.

En la Consulta Programada:

- En caso de autolesión reiterada es conveniente explorar la presencia de un síndrome que incluya la autoagresión como parte de la sintomatología, o si existen circunstancias estresantes precipitadoras, episodios de abstinencia o de intoxicación de sustancias psicoactivas.

- Es importante **identificar el riesgo de suicidio**, el riesgo inmediato de reiteración en el comportamiento autolesivo, **qué tipo de ayuda sanitaria le conviene y puede aceptar**.

Es útil hablar con el interno de su ideación suicida, sobre todo si se identifican circunstancias que hagan pensar en esa motivación (acto con alta letalidad, planificado para no ser visto, síntomas de desesperanza o depresión) y si se establece un riesgo, adoptar las medidas oportunas para minimizarlo, como la inclusión en el Programa de Prevención de Suicidio del centro. Se explorará la

posibilidad de que la actitud suicida sea parte de un **comportamiento manipulador** identificando si es posible ganancias secundarias de esta conducta.

- Descartar otras patologías psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicosis) y en caso de que se diagnostiquen tratarlas, tanto desde el punto **psicoterapéutico como farmacológico**.

- Preguntar por problemas regiminales o de otro tipo, asociados (amenazas de otros internos, problemas de relación, familiares) **facilitar estrategias de afrontamiento y de solución de problemas** puede ayudar a modificar reacciones inadecuadas como la autolesión reiterada, ante la dificultad de salvar determinados problemas.

- Si está indicado se pueden utilizar **técnicas de condicionamiento operante** desincentivando la autoagresión, para extinguir comportamientos autolesivos reiterados, en cualquier caso, si la autolesión no es manipulativa no debería ser castigada.

- **El tratamiento de estos pacientes debe ser multidisciplinar, por ello es importante informar a todos los sanitarios y funcionarios implicados en su manejo, de las incidencias sanitarias de interés.**

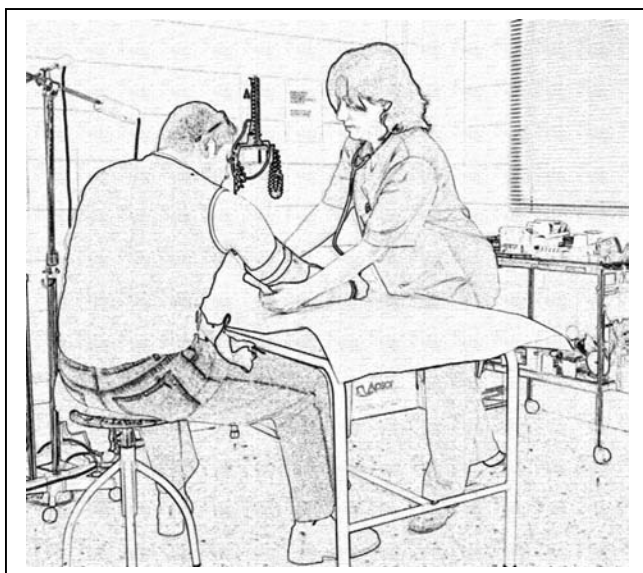
Gráfico 1



Grafico 2



Gráfico 3



2- DEMANDAS REITERADAS DE PSICOFÁRMACOS

JAVIER D J acude a nuestra consulta exigiendo, una dosis mayor o un determinado tipo psicofármaco, para el que no presenta indicación, en su historia hay antecedentes de TP y de TUSP, sabemos que sigue haciendo consumos esporádicos de drogas por vía parenteral y que consigue medicación psicoactiva en el mercado negro, hay anotaciones en su curso clínico de que ha demandado antes en numerosas ocasiones psicofármacos. Se le ha atendido algunas veces por intoxicación de sustancias psicoactivas. Por lo general este tipo de sujetos hacen demandas agresivas, con argumentación victimista y egocéntrica.

Los internos con TP límite, antisocial o paranoide pueden presentar reacciones vivenciales anormales cargadas de agresividad hacia el personal sanitario, son frecuentes situaciones emocionales autoestimuladas y voluntariamente buscadas que colocan al sujeto en un estado de activación apropiado para la descarga violenta, verbal o física, auto o heterodirigida, como medio de liberar una tensión insoportable. Episodios ansiosos o depresivos pueden ser la causa de las demandas de medicación psicoactiva, el TUSP aumenta la frecuencia de estos episodios y su gravedad.

La escalada puede comenzar con argumentaciones en las que el propio sujeto se coloca en un plano de humillación “Vds se están riendo de mí”, “ no me

están haciendo ni puto caso”, alternando posiciones desafiantes, “no me conocen” , “ a mi me da todo igual”, “ se me cruzan los cables y ...”, “de repente actúo y luego me arrepiento, pero ya lo he hecho”, “ ya soy mayorcito para hacerme daño, yo se lo hago a otro...no a mi”, siempre dentro de una argumentación en la que el interno es la víctima, “me estáis volviendo loco”, es evidente una ausencia o una ruptura de la alianza terapéutica en esa escalada “lo primero es mi salud y lo que me das, ¡que vaj eso es para locos”, “me quieres dejar baboso”, “ ya no aguanto más”, “la voy a liar gorda” , sin reconocimiento alguno de responsabilidad en la situación, “vosotros tenéis la culpa” “ ya os he avisado, yo no sé lo que hago” , si la discusión es alimentada con respuestas agresivas para contrarrestar los planteamientos violentos del interno, el paso al acto suele ser inevitable. Ante esta escalada verbal que si se deja continuar producirá un “paso al acto,” la contención debe ser la respuesta, en primer lugar debe ensayarse una contención emocional utilizando adecuadamente el dialogo y si esto no funciona y se pasa a la conducta agresiva será necesario pasar a la contención física para evitar daños al propio sujeto y a los que le rodean.:

Hacer un diagnóstico diferencial entre:

- a) una demanda para mantener o realizar una escalada de consumos dentro de una pauta de abuso
- b) la presencia de sintomatología del trastorno mental asociado al TUSP, como pueden ser episodios de insomnio, crisis de ansiedad, el comienzo de un proceso psicótico o una fase de inestabilidad emocional.

2- Cuidar la técnica de la entrevista para construir o reforzar la **alianza terapéutica**

- tono y volumen de voz bajo y pausado
- contacto visual prolongado
- ofrecimiento de ayuda sin culpabilizar al sujeto
- dejar hablar al interno
- amablemente pero con firmeza se deben **poner límites** a demandas o actitudes inadecuadas (por ejemplo no tolerar amenazas, insultos) y si no se aceptan esos límites dar por terminada la entrevista
- utilizar técnicas dialécticas de negociación y de **reestructuración cognitiva** evitando la agresividad

3- **En caso de escalada en la conducta adictiva, ofrecer alternativas.** El objetivo en los casos de patología dual es la reducción del consumo. La mayoría de las intervenciones terapéuticas, incluidas las psicofarmacológicas, son ineficaces mientras persiste el comportamiento adictivo. Se puede proponer la entrada en programas de reducción de daño como el PMM o el PIJ.

- 4- Si es la **sintomatología dual** el origen de las demandas, diagnosticar y tratar la sintomatología de ansiedad, de trastorno afectivo o psicótico, de igual manera que si aparecen signos de intoxicación o abstinencia a sustancias psicoactivas.
- 5- El tratamiento de estos pacientes debe ser multidisciplinar, por ello es importante informar a todos los sanitarios y funcionarios implicados en su manejo de las incidencias sanitarias de interés.

Gráfico 4

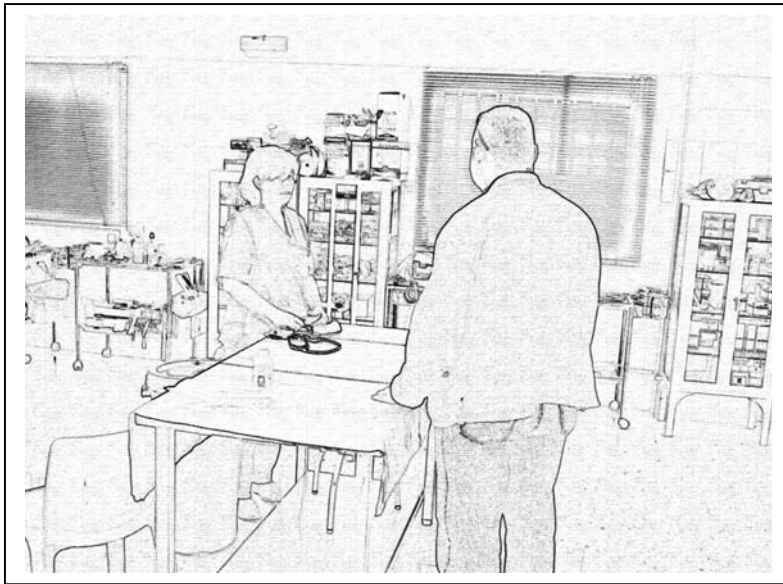


Gráfico 5



3- RELACIONES INTERPERSONALES CONFLICTIVAS

Durante la consulta, de manera repentina, Pedro R M con el que ya hemos tenido alguna discusión menor en días anteriores, comienza a hacer quejas sobre la prisión. Primero de forma general y poco a poco, a medida que se va excitando, va haciendo reproches más personalizados hacia el servicio sanitario e incluso hacia nuestra actuación como profesional. En sus antecedentes de patología consta el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y la adicción a todo tipo de sustancias psicoactivas desde hace varios años.

La falta de habilidades de relación social, la falta de capacidad para la resolución de problemas, la tendencia al egocentrismo, la ideación paranoide que coloca al sujeto en una situación victimista y la centrifugación de culpas, propia de estos sujetos hace que sea muy frecuente la presentación de quejas sobre el servicio sanitario u otros servicios de la prisión, que se plantean de forma inapropiada, generalmente violenta, muy crítica y subjetiva. En sujetos con Trastornos Mentales adaptativos, con falta de habilidades de negociación, o con defectos a la hora de reconocer los límites de la autoridad, es frecuente que planteen este tipo de protestas, con mayor o menor grado de agresividad auto y hetero dirigida.

El manejo de estas situaciones debe dirigirse hacia diferentes objetivos:

- 2- Si es posible, recomendar una **redirección de la protesta** hacia una vía menos agresiva, como la queja escrita por cauce reglamentario.
Una maniobra de externalización del problema puede ser útil, empleando frases como “los dos tenemos una dificultad al estar aquí”, “las cuestiones que planteas en tu propuesta deben ser resueltas por otros, ¿qué podemos hacer?”
- 3- El personal sanitario no debe involucrarse en el conflicto ni tomar partido. Una actitud calmada y profesional puede **reducir la tensión** en todos los sentidos.
- 4- Si la tensión no ha cedido es necesario **contar con los aspectos de seguridad** que sean precisos para prestar la asistencia sanitaria con garantías de que una agresión verbal o física puede ser evitada.
- 5- Es frecuente la presencia de ideación paranoide de perjuicio en este tipo de internos, restará tensión a la situación el **evitar personalizar el conflicto** al adoptar el papel de representante de la institución, lo que facilita el **entrar en confrontación directa con el interno**. Desviar responsabilidades hacia grupos colegiados encargados de la toma de decisiones, no adoptar el papel de juez último ante reivindicaciones concretas del interno.

- 6- Si se cree oportuno **citar al interno en otro momento de menos tensión** para tratar sus reivindicaciones y buscar una solución consensuada.
- 7- Las situaciones de protesta violenta son difíciles para el personal tanto sanitario como no sanitario, lo que debe ser tenido en cuenta por si es preciso organizar de manera periódica, alguna actividad de **soporte emocional para el personal en contacto frecuente con este tipo de internos.**

Gráfico 6

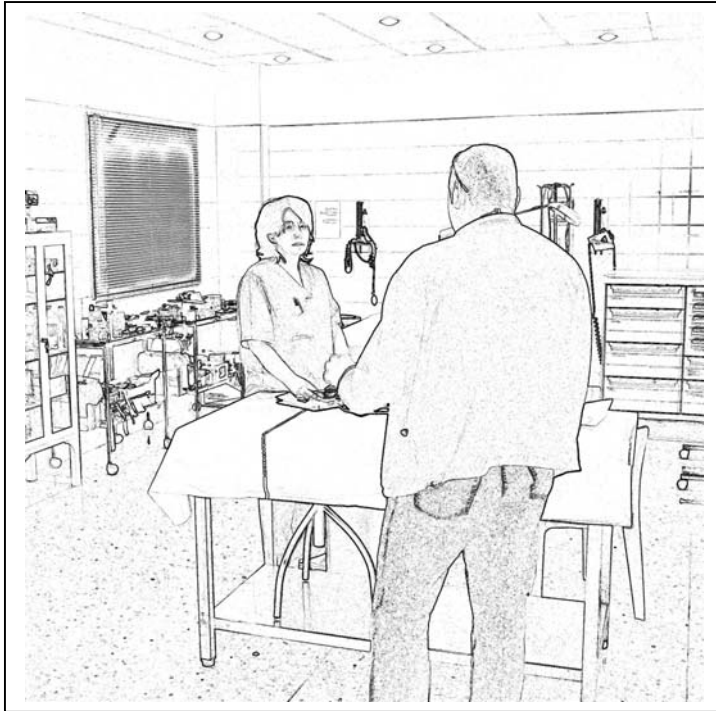


Gráfico 7



4- EPISODIO DE CONDUCTA INCOHERENTE

El funcionario del módulo donde están clasificados los internos conflictivos, llama al servicio médico porque un Luis G J, que tiene una historia previa de conducta inadaptada y adicción a cocaína por vía inhalada, está comportándose de una manera extraña. Tiene un lenguaje incomprensible y se ha vestido de forma inapropiada, con un gorro y una bufanda que le tapa la cabeza, unas gafas de sol y varias chaquetas una encima de otra. Está en un rincón del patio alejado del resto de los internos. El personal de vigilancia solicita un informe de las causas de ese comportamiento y si implica algún riesgo para el interno o los que le rodean.

Como parte de la sintomatología de ciertos Trastornos de Personalidad, o a consecuencia de un proceso psicótico sobrevenido, es posible que aparezca un cuadro con delirios o alucinaciones de diferente intensidad que generalmente son autolimitados y no se deben al efecto de sustancias psicoactivas. Son de aparición brusca y sin tratamiento se van haciendo progresivamente más floridos, en los casos en los que se asocia una TUSP a los cuadros antes mencionados, la frecuencia de aparición y la gravedad del cuadro son mayores. El comportamiento no resulta tan extravagante de manera inicial y puede comenzar simplemente con ideación débilmente delirante, episodios reiterados de enfado o conductas extrañas que no llaman la atención si no se exploran, pero que pueden señalar el comienzo de un proceso psicótico que de ser tratado en este estadio responde mejor.

1- **Hacer un diagnóstico diferencial** entre un episodio psicótico en un sujeto con patología dual, una intoxicación por sustancias psicoactivas o una actitud manipulativa con objetivos regimentales.

2- Es necesario **contar con los aspectos de seguridad** que sean precisos para prestar la asistencia sanitaria, si se trata de un episodio psicótico con ideación de contenido paranoide, las reacciones agresivas pueden ocurrir y suelen ser muy intensas.

3- En caso de que se trate de un episodio psicótico, o una intoxicación grave por sustancias psicoactivas, la **derivación** a un dispositivo de tratamiento de este tipo de enfermos es necesario.

4- Explorar el **riesgo de autolesión o la ideación suicida**, si existe, proponer medidas de contención, especialmente si el interno se encuentra bajo los efectos de una intoxicación por sustancias psicoactivas.

4- El tratamiento de estos pacientes debe ser multidisciplinar, por ello es importante informar a todos los sanitarios y funcionarios implicados en su manejo de las incidencias sanitarias de interés.

Intervención en Patología Dual

Es preferible plantear una terapia de la patología dual integrada, es decir del Trastorno Mental y del TUSP simultáneamente, que debe basarse en una serie de claves:

- Prevención de la ansiedad
- Énfasis en la confianza, comprensión y aprendizaje (más que en la confrontación, crítica y expresión)
- Énfasis en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (más que en la abstinencia)
- Ritmo lento y perspectiva a largo plazo
- Trabajo por etapas con técnicas motivacionales (más que por confrontación), planteando objetivos alcanzables a corto plazo que faciliten la adherencia a la terapia
- Amplia disponibilidad de los profesionales sanitarios terapeutas
- Psicofarmacoterapia en función de la psicopatología del paciente (en lugar de su contraindicación mientras persista el consumo de sustancias psicoactivas)
- Disponibilidad de acciones específicamente reducidas a la reducción del consumo (GAD-PMM-PIJ-otras actuaciones) en caso de demanda del paciente.

Como principios fundamentales del tratamiento en patología dual debemos considerar:

- En primer lugar estabilizar la sintomatología aguda, tanto por abuso de sustancia como por patología psiquiátrica.
- Antes de establecer un diagnóstico definitivo y un tratamiento a largo plazo debe realizarse una observación del paciente en situación de abstinencia (libre de drogas) durante un periodo variable que puede oscilar entre 2 y 4 semanas. En nuestro medio este aspecto puede resultar muy complicado, deben valorarse los recursos existentes.
- El tratamiento debe ser eficaz para ambos trastornos, en caso contrario no obtendremos mejoría en ninguno. Deberemos olvidarnos de nuestros prejuicios y realizar negociaciones, así como contar con el resto de profesionales del centro (Tratamiento, Vigilancia, por supuesto Enfermería).

- Evitar la confrontación en pacientes con patología dual, no ser excesivamente rígido, aunque indefectiblemente habrá que marcar límites.

Tradicionalmente el manejo de la patología dual se basa en el binomio psicoterapia + farmacoterapia, el hecho de que exista sintomatología basada en rasgos de la personalidad profundamente arraigados, no significa que sus manifestaciones patológicas no puedan tratarse.

El TUSP no puede tratarse como un proceso agudo, sino como un proceso subagudo o crónico. La incapacidad para tolerar y elaborar la ansiedad se halla en la base emocional de este problema sociosanitario y mental. Salvo excepciones, los síndromes de abstinencia suelen ser leves y por ello no es imprescindible apoyo farmacológico para su superación. Administrar sedantes, analgésicos y/o ansiolíticos a un interno de estas características fuera de un plan terapéutico bien elaborado y acordado previamente con el equipo terapéutico y el paciente, no sólo no mejora la situación, sino que tiende a empeorarla. Las benzodiazepinas fármacos tradicionalmente utilizados para controlar los síntomas de la abstinencia, son objeto de tráfico ilegal entre los drogodependientes. El sufrimiento mental y físico del síndrome de abstinencia es a la vez el principal incentivo para consumir droga y para intentar dejarla. La ansiedad del personal sanitario también es percibida por el drogadicto y contribuye a aumentar su propia ansiedad, el carácter manipulativo de la relación interpersonal del adicto justifica que el personal de atención disponga de protocolos de actuación en cada una de las situaciones que pueden presentar este tipo de pacientes. No es el objetivo de esta guía describir estos protocolos aunque el lector interesado puede encontrar bibliografía al respecto.⁵³

En el tratamiento es muy importante favorecer la alianza terapéutica, pero manteniendo un control conductual estricto.

La alianza terapéutica es un término desarrollado a partir del psicoanálisis y puede definirse como una forma de relación entre paciente y terapeuta, que va desarrollándose con el tiempo de modo conjunto. La importancia de esta relación se pone de manifiesto, cuando se concluye que entre el 36% y el 57% de la varianza del resultado final de cualquier psicoterapia se debe a la alianza terapéutica establecida con el paciente.

La alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta tiene componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos.

Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría, es una parte importante del establecimiento

de la alianza. También, el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación, son elementos esenciales para una buena alianza.

El manejo de los internos con PD debería contar de manera individualizada⁵⁴ con un plan de actuación respecto a su tratamiento y un plan de actuación en situaciones de crisis. La coordinación con los servicios psiquiátricos extrapenitenciarios es fundamental en estos casos. **Es importante hacer evaluaciones multidisciplinarias periódicas, en las que intervenga todo el personal en contacto con el interno, incluyendo medidas subjetivas y objetivas de sintomatología junto con la explicación de la relación entre sus trastornos mentales y su inadaptación al régimen de la prisión.** En los centros en los que disponen de un servicio de psiquiatría es importante que el psiquiatra se involucre de manera dinámica y en colaboración con el equipo de atención primaria encargado del manejo diario del interno.

El plan de tratamiento debe cubrir cada uno de los problemas de conducta, debe ser realista, multidisciplinar, no basado en el castigo, basado en la evidencia, humano, flexible y evaluado de forma regular.

A menudo la localización del interno en la prisión necesita discusión. Un contacto fluido y una discusión de los incidentes con el personal sanitario y de vigilancia es importante tanto para el interno como para el personal cuidador, al que se le debe ayudar a desarrollar mecanismos de afrontamiento de las crisis. Un debate sin prejuicios de cualquier incidente es útil.

Hay una serie de inconvenientes para el tratamiento:

- Las dificultades de relación entre médico y paciente, ya que estos enfermos toleran mal cualquier forma de autoridad, realizan demandas atípicas y frecuentes consultas urgentes.
- La adherencia terapéutica es mala.
- La comunicación del terapeuta con el enfermo debe ser clara y franca y el manejo de las fuertes respuestas emocionales y de las crisis, rápido y directo.
- Algunos rasgos inadaptativos se mitigarán si cesa el consumo de psicofármacos, otros como la impulsividad o la baja tolerancia a la frustración pueden acrecentarse durante la abstinencia.

A pesar de todos estos inconvenientes muchos paciente pueden beneficiarse de psicoterapias de tipo cognitivo-conductual, siempre basadas en una buena alianza terapéutica.

Respecto al manejo específico del TUSP no hay que olvidar, que el objetivo de la abstinencia completa puede ser poco realista, por lo que la meta debería

ser al menos conseguir el reconocimiento del sujeto de que padece un TUSP y un compromiso para ser tratado.

Los objetivos específicos de la terapia son por orden de prioridad:

- Establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica
- Vigilancia del estado clínico del paciente
- Tratamiento de los estados de intoxicación y/o abstinencia
- Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado
- Prevención de recaídas
- Educación sanitaria individual y del grupo social de pertenencia
- Contribuir a la mejora de la comorbilidad reduciendo el impacto del TUSP

Drake et al. han revisado 10 estudios realizados con este tipo de programas que demuestran una reducción significativa del TUSP, reducción de las hospitalizaciones y mejora de diversas medidas de adaptación personal y social⁵⁵.

El caso particular de la comorbilidad TUSP+TP

En la práctica clínica, en una de las PD más frecuentes en prisión, la coexistencia de un TP y de un TUSP se plantean problemas muy diferentes según las características de cada paciente, en un intento de homogeneizar los distintos casos posibles se puede plantear la siguiente clasificación:

- Politoxicomanía y consumos altos: lo prioritario es el tratamiento del TUSP
- Consumo moderado: buscar una alianza terapéutica para controlar el consumo de tóxicos y comenzara tratar el TP (síntomas mas desadaptativos) (frecuente entre los TP penados).
- TP sintomático + consumo activo de tóxicos: los típicos casos que quedan fuera de la red asistencial habitual, solo contactan con un servicio médico de urgencia o de instituciones como la penitenciaria. (frecuente en los TP preventivos)

La mayoría de las intervenciones terapéuticas, incluidas las psicofarmacológicas, son ineficaces mientras persiste el comportamiento adictivo, por tanto es prioritario el control del TUSP.²⁶

Ya se ha dicho que una de las dificultades para el tratamiento de la PD es la retención del paciente en el programa terapéutico, las principales causas de este problema son::

- Debidas a los profesionales: a causa de la aparición de prejuicios de rechazo del paciente y/o de la terapia. Por ello es importante mantener una actitud neutral ante la adicción. Lo mejor es plantear una confrontación ante los comportamientos adictivos, una confrontación con lo destructivo de la conducta adictiva, “yo confío en Vd para trabajar conmigo pero los dos deberíamos desconfiar de la adicción que Vd. padece”.
- Debidas a la alianza terapeutica (AT): su fomento es clave en cualquier patología pero más en la dual, hay algunos factores que la afectan:
 - o los resultados de la terapia dependen más de la AT que de las teorías o las técnicas
 - o los ingredientes mas activos en cada terapia son los más ligados a la AT
 - o los elementos fundamentales son la comprensión, el respeto, el interés, el estímulo, el perdón, la aceptación.
 - o La AT se establece en la 3ª o 4ª sesión
 - o La actitud negativa y hostil bloquea toda la actividad terapéutica
 - o Es necesario investigar más sobre AT en los pacientes difíciles.
- A los rasgos de personalidad: rasgos como elevado neuroticismo, o elevada búsqueda de sensaciones se asocian a peores resultados terapéuticos.
- Al estilo cognitivo: hay peor pronóstico si:
 - o Hay una percepción de que los acontecimientos son controlados externamente al sujeto (locus de control externo)
 - o Hay una tendencia a ser influido por estímulos procedentes del entorno que por la propia percepción interna, interpretación o juicios propios (dependencia del entorno)
 - o Hay una baja capacidad de abstracción y resolución de problemas (inteligencia baja)
 - o Hay una baja integración perceptivo-motora, baja memoria compleja, baja capacidad de autoobservación y autorregulación de la conducta con escasa habilidad del lenguaje y del razonamiento verbal.
 - o Estilo cognitivo impulsivo, no reflexivo, que da lugar a una incapacidad para anticipar consecuencias futuras de los actos, para percibir los problemas y sus posibles soluciones y para mantener la decisión de alcanzar metas personales a medio-largo plazo.
- Debidas a la contratransferencia: a menudo el profesional siente frente a este tipo de pacientes, sentimientos negativos que le pueden producir:
 - o bloqueo, parálisis, falta de creatividad en la terapia
 - o desaliento ante un patrón repetitivo de recomienzo desde cero en cada sesión de terapia

- sentimiento de relación utilitarista y de desvalorización por parte del paciente
- distanciamiento emocional defensivo y oscilante
- temor a activar una de las frecuentes reacciones de ira con paso al acto
- desconfianza filoparanoide ante el paciente
- temor a la agresión física
- rechazo, deseo de quitárselo de encima
- actuar como un objeto interno proyectado desde el paciente (padre hipercrítico y controlador) y al que el paciente ataca
- omnipotencia mesiánica con actitud de total dedicación al paciente
- sentimientos de crítica al resto de compañeros sanitarios y a la institución

En las evaluaciones multidisciplinarias periódicas es importante que intervenga todo el personal en contacto con el interno, incluyendo medidas subjetivas y objetivas de sintomatología junto con la explicación de la relación entre sus trastornos mentales y su inadaptación al régimen de la prisión.

La salud mental en particular, se afecta de forma importante por las condiciones del entorno, como la posibilidad de hacer ejercicio, el acceso al aire libre, a terapia ocupacional, la cantidad de tiempo que se pasa fuera de la celda, el contacto con la familia y los seres queridos. Es importante que el personal sanitario promueva la salud, incluidos los aspectos de la salud mental, en ambos sentidos, desde un punto de vista individual, del propio interno, pero también desde un punto de vista ambiental, fomentando unas condiciones de vida y del entorno lo más saludables posible.

La O.M.S. ha publicado unas recomendaciones dentro de su programa Health in Prisons Project Consensus Statement on Mental Health Promotion in Prisons⁵⁶ para el manejo de este tipo de internos que en líneas generales consisten en:

- fomentar el ejercicio físico regular
- fomentar el acceso a todo tipo de arte
- fomentar estrategias anti-acoso
- prevención de la depresión
 - con terapias cognitivo-conductuales
 - fomentando la espiritualidad dirigida a las religiones o la meditación
- fomentado la adquisición de habilidades de afrontamiento
- utilizando los recursos que los propios internos proporcionan, como por ejemplo los grupos de autoayuda de pares.

Como resumen de este apartado de intervención, podemos decir que hay una forma de relación interpersonal con los sujetos con PD que resulta más recomendable ante la aparición de sus síntomas más frecuentes:

-Ansiedad: recabar información de las situaciones que generan ansiedad y la forma de combatirlas. Dirigirse con actitud segura y calmada

- Autoestima: estimularla sin sobreprotección, fomentar la confianza y la AT

- Agresividad: no estimularla, no competir en agresividad con el interno, buscar siempre un entorno seguro y prevenir la conducta violenta auto o hetero dirigida. (fomentar la terapia dialéctica y la de solución de problemas). Nunca permitir ganancias secundarias a comportamientos violentos.

-Inestabilidad afectiva: estar preparado para cambios de humor e irritabilidad sin causa justificada.

- Egocentrismo: no fomentarlo con tratos de favor, poner límites y exigir el cumplimiento de las normas. No ceder a chantajes emocionales.

Explicar la razón de las decisiones adoptadas, especialmente si resultan frustrantes para el interno para no fomentar la victimización ni la ideación paranoide⁵⁷.

Técnicas de Tratamiento Psicosocial de la PD

El tratamiento de la PD debe ser flexible, en función del perfil del paciente y de los objetivos buscados, el establecimiento lo antes posible de una firme alianza terapéutica (AT) es el factor pronóstico principal.

Uno de los primeros objetivos de la intervención psicosocial es la Psicoeducación, la explicación del problema de salud mental que el sujeto padece, su pronóstico, evolución y formas de abordarlo, permite hacer comprender al sujeto qué es lo que le ocurre y la importancia de su colaboración en el tratamiento. Este apartado es especialmente útil en el caso de los TP, que son los cuadros más complejos de manejar.

Las intervenciones psicosociales recomendadas son:

- Consejo respecto a las drogas (Counselling):

Durante la consulta o en grupos de internos convocados en sesiones al efecto, se trata de dar información sobre los peligros del abuso de sustancias psicoactivas y ofrecer los programas de desintoxicación, deshabitación o reducción de daños que el centro tenga disponibles.

- Diferentes tipos de psicoterapias cuya descripción breve se hace a continuación pero cuyo desarrollo en profundidad no es materia de esta guía, hay mayor información de estas técnicas en la bibliografía que se proporciona⁵⁸ :

- Terapias Conductuales
 - Técnicas de refuerzo (Condicionamiento Operante)
 - Entrenamiento en habilidades sociales
- Terapias cognitivo-conductuales
 - Terapia cognitiva de Beck
 - Entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas

1- las técnicas de condicionamiento operante

Esta técnica está basada en la teoría del condicionamiento de conducta que sostiene que cualquier acontecimiento agradable para el sujeto refuerza la conexión entre un estímulo y una respuesta conductual y viceversa, todo acontecimiento desagradable, debilita esta conexión. Por tanto si se recompensan conductas adecuadas con un premio, estos comportamientos volverán a repetirse y si las conductas inadecuadas se asocian a un castigo tenderán a debilitarse hasta su extinción. Un listado de procedimientos que pueden emplearse sobre esta base se encontrarán en la bibliografía de esta guía.⁵⁸

2- Entrenamiento en habilidades sociales

Esta técnica debe tener en cuenta la subcultura previa de los sujetos a quienes se pretende entrenar, determinados comportamientos pueden ser considerados inadecuados o no, según las creencias y tradiciones previas desarrolladas en el ambiente cultural del sujeto. El comportamiento agresivo y las amenazas en la conversación entre internos, en según que situaciones, pueden ser considerados comportamientos más adaptativos que inadecuados. Como regla general, cualquier conducta de relación social que sea percibida por el sujeto como negativa para sus intereses, y que sea incapaz de cambiar, es susceptible de ser entrenada con esta técnica para conseguir su modificación.

La falta de determinadas habilidades de relación social entre los sujetos con PD es muy frecuente y es la responsable de muchos de sus comportamientos inadaptables. Se busca enseñar conductas específicas en situaciones concretas. que evitarán reacciones inadecuadas del paciente.

Un sinónimo de habilidad social que se usa con frecuencia es el de “conducta asertiva”, y ambas pueden definirse como aquel comportamiento, en un contexto interpersonal, capaz de expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del sujeto, de un modo adecuado a la situación, respetando las opiniones de los demás, de modo que generalmente resuelve la dificultad inmediata y minimiza la probabilidad de futuros problemas. Es una terapia que requiere gran dosis de participación activa del sujeto.

Como en el caso de la descripción de las anteriores técnicas, se proponen en la bibliografía de esta guía manuales más amplios para los lectores interesados⁵⁵, aquí diremos que es complementaria de las anteriormente mencionadas y básicamente consiste:

- 1- Identificar primero, con la ayuda del paciente, qué comportamiento específico es el que le causa más problemas de relación
- 2- Analizar porqué el interno no se comporta en esas situaciones de manera socialmente más apropiada según su propio criterio.
- 3- Se deberán tratar los casos producidos por pensamientos o emociones inadecuadas, tal y como se explica más adelante. En el caso de falta de habilidad por simple desconocimiento o entrenamiento de comportamientos más asertivos se deberán entrenar éstos.
- 4- Revisar el esquema de creencias sobre las relaciones sociales para identificar las que no sean respetuosas con los derechos de los demás y contraponerlas a las que dan lugar a conductas asertivas.
- 5- Ensayo conductual de los comportamientos adecuados, mediante Modelado (un modelo actúa y después el paciente lo repite) o Seguimiento de Instrucciones (un instructor explica como se deben actuar en las situaciones que se deben entrenar)

En los casos prácticos expuestos antes, Antonio H M se autolesiona, entre otras cosas para forzar un cambio de decisión del Equipo de Tratamiento del centro que sea más favorable para él. Probablemente dentro de la subcultura de su grupo social reducido, el del módulo de aislamiento que ocupa, es una conducta aceptada, sin embargo quizá él mismo reconozca que no es adecuada a sus intereses. Se podría averiguar la causa inmediata de esa autoagresión, identificar las carencias de relación social que le han impedido actuar de modo más asertivo y con la colaboración del interno, tratar de entrenarlas.

3- Terapia Cognitiva de Beck

Se basa en la afirmación de que lo que las personas perciben y en consecuencia estructuran, del mundo que les rodea, es lo que va a determinar tanto sus emociones como su conducta. Este autor defiende la estrecha interrelación entre los pensamientos, las emociones y la conducta, y por ello, actuando sobre alguno de estos elementos se pueden obtener efectos en los otros dos. La terapia cognitiva actúa sobre los pensamientos, cuando en el

sujeto existe un potencial para percibir distorsionadamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean, como ocurre por ejemplo, en los sujetos con TP. La identificación y modificación de los procesos y patrones disfuncionales del pensamiento, son el objetivo de este tipo de terapia.⁵⁸

Los sujetos con TP, un trastorno muy frecuentemente responsable de PD , con frecuencia pueden presentar alteraciones cognitivas del tipo del pensamiento dicotómico, según el cual las experiencias se evalúan en términos de categorías excluyentes, de todo o nada, sin lugar para los matices. La generalización inadecuada también es frecuente, elaborando reglas y conclusiones generales a partir de hechos aislados y muy parciales, pero que encajan con los pensamientos desviados e inadecuados del paciente.

Técnicas de **reestructuración cognitiva** se emplean para corregir estos trastornos específicos del pensamiento.

1- Técnicas de reestructuración cognitiva

Son una serie de procedimientos que persiguen que el sujeto se de cuenta de que su conducta y sus sentimientos están orientados por pensamientos automáticos que no tienen base real.

El primer paso para poner en marcha estas técnicas es la exploración de estos pensamientos o actitudes automáticas que están dando lugar a comportamientos disfuncionales.

a) Preguntar por la razón de las conductas inadaptadas, por si aparecen ideas de autodesprecio, dependencia, persecución o muy radicales, que sean causantes de creencias automáticas impulsoras del comportamiento disfuncional.

b) Intentar rebatirlas mediante hechos reales y demostrables, explicarle la relación directa entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace y como un pensamiento erróneo conduce a estados de ánimo y conductas disfuncionales.

En el ejemplo antes mencionado de Pedro RM que despliega una serie de reivindicaciones sobre su atención médica de las que nos hace responsables, es frecuente que en la personalidad de tinte paranoide se inserten numerosas ideas automáticas de perjuicio, que pueden tratar de ser desmontadas analizándolas y confrontándolas con la realidad.

El propio ambiente carcelario basado en la desconfianza, contribuye con frecuencia a desarrollar pensamientos automáticos disfuncionales. Cuando en el otro caso práctico descrito más arriba, Antonio H M se autolesionó en el módulo de aislamiento como respuesta a pensamientos de desesperanza y frustración, una respuesta a esta actitud sería la de desmontar estas ideas ilógicas de discriminación y perjuicio ofreciendo evidencias tangibles de lo contrario.

2- La Terapia de afrontamiento y solución de problemas es una técnica ampliamente usada en atención primaria⁵⁹ que puede emplearse en estos casos. Cuando los problemas cotidianos no reciben respuestas de afrontamiento eficaces y adaptativas, cosa frecuente en los sujetos con TP+TUSP, se puede emplear esta técnica que entrena al sujeto a emplear un proceso lógico y estructurado, orientado hacia la una solución adecuada para el sujeto ante cualquier problema.

La técnica muy resumidamente consiste en facilitar a un sujeto con limitadas capacidades para la resolución de un problema, una metodología que simplifique este proceso. Repasémosla en el caso práctico anterior de Antonio H M, que presentaba un comportamiento autolesivo porque le habían denegado la progresión de grado.

1- Orientación hacia el problema:

Explorar la motivación del sujeto para resolver el problema y las creencias que mantiene sobre las circunstancias del mismo. Valora la capacidad general de resolverlo que parece tener el interno.

Es evidente en este caso que Antonio ha elegido una forma de reacción inadecuada ante el problema y dada su patología mental, no parece muy capaz de reconducir la situación de forma que pueda alcanzar su objetivo de progresar de grado.

2- Definición y Formulación del problema:

Invita al sujeto a clarificar y comprender la naturaleza específica del problema y a separa si los hubiera, diferentes clases de problemas asociados a una misma situación.

*Antonio esta furioso por no haber alcanzado su objetivo. Su comportamiento le aleja de una mejor clasificación conductual. No se cree capaz de alcanzar la progresión de grado
No cree que sea capaz de esperar más tiempo en ese régimen de vida hasta una nueva clasificación
(...)*

3- Generación de Alternativas de solución a todos los problemas planteados

- *Pedir ayuda médica para calmar su estado de agitación actual a medio y largo plazo, y para poder controlar la ansiedad que le produce su actual régimen de vida*
- *Pedir un reclasificación en el menor tiempo posible*
- *Solicitar del Equipo de Tratamiento indicaciones sobre la manera de alcanzar cuanto antes la progresión de grado*
- *Pedir el traslado de centro penitenciario*
- *(...)*

4- Toma de decisiones:

Juzgar y comparar las posibles alternativas a la solución y elegir la o las más adecuadas.

5- Poner en práctica la solución elegida y evaluar su resultado

Por lo general, la motivación para iniciar el tratamiento psicosocial nunca parte del paciente, por lo que el terapeuta va a ser considerado un opresor, lo que contribuirá a la frustración de éste. Las acciones específicas deben graduarse en función de los pensamientos y conductas desadaptativas del paciente.

1- Primer nivel: El paciente está centrado en sí mismo, su interés consiste en obtener recompensas o evitar castigos inmediatos, sin tener en cuenta consecuencias sobre terceros.

2- Segundo nivel: El paciente reconoce las consecuencias de su conducta y muestra más comprensión sobre su efecto sobre los demás. Sus acciones se van centrando en las consecuencias a largo plazo, aprende a imaginar el futuro y retrasar la gratificación, se comienza a aprender ciertas habilidades sociales para resistir el impulso de involucrarse en comportamientos desadaptativos.

3.- Tercer nivel: El paciente demuestra respeto a las reglas o compromiso con los demás. Las principales distorsiones cognitivas deben ser identificadas y abordadas a lo largo de todo el tratamiento.

La disfunción en la regulación emocional es responsable de reacciones dramáticas y actos impulsivos exagerados. Da lugar a escasa tolerancia a la frustración y grandes dificultades para las relaciones interpersonales en general y con los terapeutas en particular. Es frecuente en estos pacientes la escasa tolerancia a la soledad, por eso es importante facilitarles habilidades de relación social. De igual forma es necesario que el paciente aprenda a reaccionar ante las frustraciones de manera no desproporcionada y a expresar sus estados emocionales negativos de forma mesurada, probablemente como ocurre con la sintomatología relacionada con los trastornos afectivos o la ansiedad, es el tratamiento farmacológico el más activo en este campo

Tratamiento Psicofarmacológico de la PD

Persigue el control farmacológico de la sintomatología de la PD. Dada la dificultad del diagnóstico diferencial y la complejidad de manejo de estos pacientes, se recomienda que sea el psiquiatra quien asuma la responsabilidad del tratamiento. No obstante, teniendo en cuenta que el médico de prisiones es quien debe atender en primer lugar a estos internos, se indican una serie de recomendaciones farmacológicas básicas para orientar la selección de la

terapia más adecuada en esta fase inicial del manejo farmacológico del tratamiento.

La intervención farmacológica de los pacientes con diagnóstico dual debería contemplar los siguientes requisitos:

- que sea eficaz en el trastorno psiquiátrico;
- que disminuya el ansia de consumir (craving);
- que no tenga interacciones con las drogas de abuso;
- que asegure un adecuado cumplimiento terapéutico;
- que sea difícil de utilizar en el mercado negro de la prisión;

No es fácil encontrar un fármaco que cumpla dichos requisitos. Además, estos pacientes son excluidos de los estudios controlados, por lo que es difícil encontrar estudios realizados en pacientes duales. No obstante los resultados procedentes de otros tipos de estudios (abiertos, series de casos, etc) permiten orientar el manejo pero el clínico ha de intentar encontrar a aquél que más se acerque al ideal propuesto.

Antes de concretar las diferentes alternativas terapéuticas es necesario tener en cuenta que algunos de los síntomas que puede referir el paciente se deban, bien a la intoxicación, o a la sintomatología de abstinencia.

Farmacología de las intoxicaciones. Es importante distinguir que las drogas como el alcohol, cannabis, heroína y benzodiazepinas (BZD) producen sedación, junto a una serie de síntomas y signos característicos de la sustancia administrada. En estos casos se debe recurrir a la historia clínica, la exploración clínica y las determinaciones de drogas en orina para llevar a cabo el despistaje adecuado. Hay que recordar que el flumazenil y la naltrexona representan el antídoto específico de las BZD y los opiáceos, respectivamente. El tratamiento de las intoxicaciones por las otras sustancias sedantes es sintomático. Respecto de las drogas que producen una clínica de ansiedad junto a sintomatología psicótica, hay que destacar la cocaína, el éxtasis y a veces el cannabis (puede haber una crisis de angustia). En estos casos, el tratamiento consistirá en un abordaje sintomático procurando utilizar BZD de vida media larga o antipsicóticos cuando exista sintomatología psicótica⁶⁰

Farmacología del síndrome de abstinencia. La mayor parte de los síndromes de abstinencia provocados por drogas de abuso se caracterizan por la presencia de síntomas ansiosos. En estos casos la necesidad de utilizar fármacos sedantes de alta potencia y con escaso riesgo de abuso es prioritario. En muchas ocasiones se prefiere el uso de clonazepam, o de antiepilépticos (carbamazepina, valproato), así como el de BZD de vida media larga como el diazepam. Un caso distinto es el del síndrome de abstinencia a opiáceos, ya que en estos casos se puede optar por un tratamiento sintomático (alfa-dos

agonistas como la clonidina, o BZD a dosis altas), o por uno sustitutivo, procurando seleccionar un opiáceo de vida media larga como la metadona⁶¹. En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y dependencia de heroína se suele preferir incluir al paciente en un programa de mantenimiento con metadona, ya que la abstinencia de heroína puede exacerbar los síntomas de la esquizofrenia .

Farmacología del ansia de consumo (craving).

Los fármacos que tienen capacidad para reducir el ansia o deseo de consumo son denominados en la literatura anglosajona como anti-craving. En el abordaje de los pacientes duales, hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones, los fármacos utilizados para el tratamiento de la propia patología psiquiátrica (no adictiva), también pueden tener el efecto de disminuir dicha ansia. En el caso de la dependencia alcohólica ha mostrado eficacia la utilización de aversivos como el disulfiram y la cianamida cálcica, así como la naltrexona y el acamprosato ⁶². Aunque no tienen la indicación en nuestro país, también pueden utilizarse fármacos antieplépticos como la carbamazepina (CBZ), el valproato (VP) y el topiramato (TPM). De todos ellos hay estudios controlados donde se pone de relieve que CBZ y TPM son los dos únicos que han mostrado eficacia superior al placebo. Respecto a los neurolépticos, hay un estudio controlado donde se evidenciaba que el tiapride era superior al placebo en la prevención de recaídas⁶². Recientemente, un estudio controlado doble-ciego, demostró que risperidona era superior a placebo en la reducción del craving en pacientes consumidores de cocaína a los que se les inoculaba una pequeña fracción de cocaína tras un periodo breve de abstinencia⁶³.

A excepción de este ensayo con risperidona, en los sujetos con dependencia por cocaína no hay fármacos que hayan demostrado eficacia en ensayos controlados. Aunque clásicamente, la desipramina es considerada la molécula más estudiada, recientemente se han publicado otros trabajos mostrando la eficacia de fármacos como el topiramato y el disulfiram⁶⁴. En los casos de dependencia mixta (alcohol y cocaína) podrán utilizarse los fármacos indicados para la dependencia alcohólica⁶² .

Para dependientes de opiáceos el tratamiento de elección en la prevención de recaídas para programas libres de drogas es la naltrexona⁶².

En las otras drogodependencias no existen ensayos que nos permitan recomendar ningún fármaco, lo que deja en manos del clínico la utilización del psicofármaco que considere más adecuado en función de la sintomatología del paciente.

Tratamiento de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y abuso de sustancias.

Estos pacientes representan un verdadero reto para los profesionales ya que junto a la negación que suelen hacer del consumo de drogas, se une la negación de la enfermedad, de ahí las dificultades de adherencia y de cumplimiento de este colectivo.

En estos pacientes los antipsicóticos atípicos son de elección ya que disminuyen síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y disminuyen todos los factores implicados en el consumo de sustancias como: sintomatología negativa, disforia, deterioro cognitivo, impulsividad y deseo de consumir⁶⁵. A pesar de no haber estudios controlados disponibles, el mayor número de casos publicados hasta ahora han sido tratados exitosamente con risperidona, siguiéndole en número de pacientes clozapina y olanzapina⁶⁶. Dada la elevada tasa de abandonos y la actitud negativa hacia los tratamientos de estos pacientes, se recomendaba clásicamente la utilización de neurolépticos convencionales depot, a pesar de que se ha descrito que los antipsicóticos clásicos exacerban las recaídas en el consumo. No obstante este problema a día de hoy puede solventarse con la utilización de risperidona de liberación prolongada. Se trata de una formulación que además de asegurar el cumplimiento, debido a sus características farmacológicas también da lugar a pocos efectos secundarios. Las ventajas de esta presentación se derivan pues de sus efectos sobre la sintomatología de la esquizofrenia, las acciones para disminuir el ansia de consumo y el aseguramiento del cumplimiento terapéutico, junto a la imposibilidad de “vender la dosis” en el mercado negro de la prisión. A pesar de su reciente comercialización, se han comunicado ya en diversos foros, estudios abiertos de pacientes consumidores en tratamiento con risperidona inyectable de larga duración, con resultados positivos en términos de eficacia antipsicótica, tolerabilidad y reducción del consumo⁶⁷.

Tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y abuso de sustancias.

En estos pacientes el tratamiento de la fase maníaca suele realizarse con la utilización de antipsicóticos, recomendándose los atípicos como la risperidona y la olanzapina. También pueden utilizarse antiepilépticos como la carbamazepina, el valproato o la lamotrigina. Una vez estabilizados, estos pacientes suelen tener más episodios mixtos y de ciclación rápida que los bipolares sin abuso de drogas, de ahí que los clínicos se decanten más por la utilización de antiepilépticos que por el carbonato de litio⁶⁰. También podría plantearse como estrategia la utilización de antipsicóticos atípicos en la

prevención de nuevos episodios en bipolares tipo I. Se elegirá aquel antipsicótico que mejor perfil de efectos secundarios presente. Debe tenerse en cuenta que la risperidona de liberación prolongada permitirá un control clínico y un mejor cumplimiento terapéutico.

Tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad y abuso de sustancias.

Los cuadros de ansiedad más frecuentes son los de características adaptativas, seguidos de los trastornos de angustia y de ansiedad generalizada. En estos dos últimos casos es recomendable la utilización de antidepresivos, especialmente los ISRS frente a las benzodiazepinas ⁶⁰. De todos los ISRS, posiblemente la paroxetina y la sertralina sean las que presenten un perfil más sedativo. Por el contrario la fluoxetina es la más ansiógena pero con una vida media más prolongada que evitará fenómenos de rebote. Se tendrán en cuenta las interacciones farmacológicas con sustancias como la metadona, donde la fluvoxamina es la que mayor riesgo tiene de inhibir su metabolización. Dado el importante potencial de abuso y el riesgo de “no tomarse el fármaco para poderlo vender”, se recomienda evitar las benzodiazepinas durante periodos superiores a las 12 semanas. No obstante suelen ser necesarias durante las primeras semanas de tratamiento con ISRS, ya que estos no son eficaces hasta pasadas 4-8 semanas de tratamiento. En el caso de tenerlas que utilizar se podría elegir entre una de alta potencia como el clonazepam y otra de vida media larga como el diazepam. Los antipsicóticos con perfil sedativo como el tiapride y la levomepromazina pueden ser de utilidad al no presentar riesgo de abuso⁶⁰.

Tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastornos del humor y abuso de sustancias.

Los resultados de los estudios publicados hasta ahora no permiten obtener conclusiones claras sobre la eficacia de los diferentes grupos farmacológicos. En el caso de la coexistencia de patología depresiva y dependencia etílica hay la mayor parte de trabajo concluyen que la utilización de ISRS sería de primera elección por su eficacia en el trastorno depresivo, por la mejor tolerancia a los efectos secundarios y menor riesgo de sobredosificación⁶⁰. Una alternativa a este grupo estaría representado por los antidepresivos clásicos (imipramina y nefazodona) o por fármacos como la venlafaxina.

En los pacientes depresivos y dependientes de la cocaína se han ensayado la desipramina (no comercializada en nuestro país), imipramina y fluoxetina, habiendo resultado exitosos en mejorar la depresión y el uso de cocaína únicamente con los antidepresivos clásicos. En pacientes dependientes de los opiáceos con patología depresiva comórbida también se han ensayado

fármacos como la doxepina, imipramina y fluoxetina, habiendo obtenido eficacia antidepresiva los fármacos clásicos, y únicamente la imipramina había conseguido disminuir el consumo de drogas⁶².

Tratamiento de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad y abuso de sustancias.

Estos trastornos tienen una elevada prevalencia en sujetos dependientes de sustancias y además son muy incumplidores de las pautas farmacológicas. Posiblemente sean el trastorno antisocial (TAP) y el trastorno límite de la personalidad (TLP) los que mayor prevalencia tengan en población penitenciaria. Las conductas que mayor atención van a requerir por parte del personal sanitario serán la impulsividad y la agresividad. En sujetos con TLP las alteraciones más relevantes son la inestabilidad emocional, la impulsividad y la distorsión cognitiva (ideas delirantes). En estos casos los ISRS (fluoxetina, fluvoxamina) representan una adecuada estrategia para la inestabilidad emocional y la impulsividad, seguidos de los antiepilépticos (topiramato, valproato). En el caso de los episodios psicóticos que estos pacientes pueden presentar se recomienda la utilización de antipsicóticos atípicos, optando por formulaciones de larga duración en los casos en los que se prevea problemas de adherencia al tratamiento. En pacientes con agresividad impulsiva que puede aparecer en sujetos con TAP pueden utilizarse antiepilépticos o antipsicóticos, procurando elegir aquellos fármacos que mejor aseguren el cumplimiento terapéutico. Anticomiciales como la gabapentina, topiramato, valproato, carbamacepina o pregabalina se están empleando con éxito como estabilizadores del estado de ánimo (eutimizantes) y favorecedores del control de impulsos.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Saiz P, Bedía M, Esteban PJ, Figueira JJ, García Guerrero J, de Juan Ramírez J, et al. Características de la población atendida en consultas penitenciarias. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6: 113-116
- ² Fanzel S, Dansen J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002;16:545-550
- ³ Trujols J, Tejero A, Casas M. El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas. *Adicciones* 1996;8:349-67
- ⁴ Mohino S, Ortega-Monasterio L, Planchat LM, Cuquerella A, Talon, T, Macho LJ. Discriminating deliberate self-harm (DSH) in young prison inmates through personality disorder. *J Forensic Sci* 2004; 49(1):137-140.
- ⁵ Roca-Tutusa X, Caixal-Lopez G Conducta adictiva: análisis de una relación. *Trastornos Adictivos* 1999;3:222-226
- ⁶ Ekleberry S. Dual Diagnosis: Adiction and Axis II Personality Disorders. *The Counselor*. March/April;1996:7-13
- ⁷ Warren JI, Burnette M, South SC, Chauhan P, Bale R, Friend R. Personality disorders and violence among female prison inmates. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2002;30(4):502-9.
- ⁸ Arroyo JM Ortega, E. La inadaptabilidad como signo de trastorno mental en reclusos. Libro de Comunicaciones del V Congreso Nacional y VI Europeo sobre Trastornos de la Personalidad. Zaragoza Junio 2004
- ⁹ Lluch J, Estallo D, Batalla I, Gracia-Perdiguerro E. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población penitenciaria. En Pichot P, Escurra J, Gonzalez-Pintado A, Gutierrez-Fraile. *Intervención en crisis y tratamiento agudo de los trastornos psiquiátricos graves*. Madrid. Aula Médica eds. 2003:541-554
- ¹⁰ Martínez-Cordero A Hinojal R Manejo del paciente violento en prisión. *Rev Esp Sanid Penit*. 1998; 1:13-19.
- ¹¹ Coid JW. Personality disorders in prisoners and their motivation for dangerous and disruptive behaviour. *Crim Behav Ment Health*. 2002;12(3):209-226.
- ¹² Hinshelwood RD. Abusive help-- helping abuse: the psychodynamic impact of severe personality disorder on caring institutions. *Crim Behav Ment Health*. 2002;12(2 Suppl):S20-30.
- ¹³ Department of Health. HM Prison Service. Changing the outlook. A Strategy for Developing and Modernising Mental Health Services in Prisons <http://www.doh.gov.uk/prisonhealth/publications.htm> (Consulta Mayo 2004)
- ¹⁴ Singleton, N, Meltzer, H. Gatward R, Coid J, Deasy, D. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics, Government Statistical Service, London 1998.
- ¹⁵ Coid J. How many psychiatric patients in prison. *Br J Psychiatry* 1984; 145 : 78-86
- ¹⁶ Feinstein AR. The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970;23:455-68.
- ¹⁷ Solomon J, Zimberg S, Shollar E. *Diagnóstico Dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
- ¹⁸ Khantzian E J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;142:1259-1264.
- ¹⁹ Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Rev Psychiatry* 1997;4:231-244.
- ²⁰ Osher FC, Kofoed LL. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1025-1030.
- ²¹ Perez de los Cobos J. Tratamiento farmacológico de los trastornos y cambios de personalidad concomitantes a una adicción. *Trastornos adictivos*. 2001;3:25-32
- ²² Yudofsky SC, Silver JM, Hales RE. Treatment of agitación ad agresión. En: A.F. Schatzberg y C.B. Nemeroff (eds.). *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998:881-900.
- ²³ Treastman RL, Woo-Ming AM, de Vegvar M, Siever LJ. Treatment of personality disorders. En: A.F. Schatzberg y C.B. Nemeroff (eds.). *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998:901-916
- ²⁴ Arroyo JM Ortega, E. La inadaptabilidad como signo de trastorno mental en reclusos. Libro de Comunicaciones del V Congreso Nacional y VI Europeo sobre Trastornos de la Personalidad. Zaragoza Junio 2004
- ²⁵ Miller NS. Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorder: interaction and independent status. *Journal of Addictive Disease* 1993;12:5-16

- ²⁶ D. A. Regier, M. E. Farmer, D. S. Rae, B. Z. Locke, S. J. Keith, L. L. Judd et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264:2511-8
- ²⁷ Lluch J. Síndromes psicóticos en el ámbito penitenciario. Resúmenes I Jornada de aproximación a la psicopatología penitenciaria. Lérida. 31 mayo 2001.
- ²⁸ Villaverde M L, Gracia-Marco R, Morera A. Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28(1):1-5
- ²⁹ Mendelson EF. A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 769-776.
- ³⁰ Recommendation No. R (98) of the Committee of Ministers to members states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. Council of Europe Committee of Ministers. April 1998
- ³¹ Brugha T, et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry*. 2005 Apr;162(4):774-80.
- ³² Fernández-Miranda J J. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría* 2002; 18: 421-427
- ³³ Pedrero-Perez E J, Puerta-García C, Lagares A, Saez-Maldonado A. Prevalencia e intensidad de los trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 2003;5(3):241-255
- ³⁴ San Narciso G I, Carreño J E, Perez S F, Alvarez c E, Gonzalez M P, Bobes J. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones*. 1998;10(1):7-21
- ³⁵ Pedrero-Perez E J, Segura-Lopez I Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*. 2003;5(3):229-240
- ³⁶ Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individual with substance use disorders. *Eur Psychiat*. 2001;16:274-82
- ³⁷ Ekleberry S. Dual Diagnosis: Addiction and Axis II Personality Disorders. *The Counselor*. March/April;1996:7-13
- ³⁸ Warren JI, Burnette M, South SC, Chauhan P, Bale R, Friend R. Personality disorders and violence among female prison inmates. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2002;30(4):502-9.
- ³⁹ Rubio Larrosa et al. Patología mental ignorada en el medio penitenciario. Libro de comunicaciones del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Zaragoza Octubre 1992
- ⁴⁰ Valls E, Bosquet M, Rodrigo I. Evaluación de los trastornos de personalidad en una muestra de población dependiente de opiáceos. Libro de comunicaciones del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Zaragoza Octubre 1992.
- ⁴¹ Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. *Psychiatric Morbidity of Prisoners in England and Wales*. London: ONS, 1998
- ⁴² Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000; Vol 23 nº 5-6: 649-663
- ⁴³ Fotiadou M, et al. Self-reported substance misuse in greek male prisoners. *Eur Addict Res*. 2004;10(2):56-60.
- ⁴⁴ WHO Guide to Mental Health Primary Care in Prison. Royal Society of Medicine Press Limited <http://www.prisonmentalhealth.org> (Consulta en Mayo 2004)
- ⁴⁵ CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria OMS . Meditor . Madrid 1986
- ⁴⁶ RTM II Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales . Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales, Barcelona, Masson 1999
- ⁴⁷ DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Barcelona. Masson 2001
- ⁴⁸ Ochoa Mangado E, Araluz Iturbe KJ, Arias Horcajadas JJ, Avila Escribano JJ, De Miguel Arias D. Trastornos Duales. En: J.J. Fernandez Miranda, E. Gutierrez Cienfuegos y P.A. Marina Gonzalez. (coord.). Actualizaciones clínicas en Trastornos Adictivos. Madrid: Aula Médica, 2002: 421-423
- ⁴⁹ San Molina L (coordinador) Monografía sobre Patología Dual . Barcelona Psiquiatría Eds 2004
- ⁵⁰ Regier DA, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:934-941.
- ⁵¹ Nunes EV, Goehl I, Seracini A, Nunes Y, Faerman J. Evaluation of depression and panic disorder in methadone patients using a modification of the structural clinical interview for DSM-III-R: test-retest reliability. *Am J Addict* 1996;5:241-248.

-
- ⁵² Hasin D, Trantman K, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abuser. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1195-1201.
- ⁵³ Morena S Lopez Garcia C Villena Ferrer A Tellez Lapeira JM Pascual Pascual P El paciente que consume alcohol o sustancias psicoactivas www.fisterra.com/guias2/sustancias.asp (Consulta octubre 2005)
- ⁵⁴ Ryan S, Moore E, Taylor PJ, Wilkinson E, Lingiah T, Christmas M. The voice of detainees in a high security setting on services for people with personality disorder. *Crim Behav Ment Health*. 2002;12(4):254-68.
- ⁵⁵ Drake R E, Mercer –McFadden C, Mueser K T, McHugo G J, Bond G R. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998;24:589-608
- ⁵⁶ W.H.O. Health in Prisons Project Consensus Statement on Mental Health Promotion in Prisons <http://www.hipp-europe.org> Consulta en Mayo 2004
- ⁵⁷ Rubio V, Perez-Urdániz A. Trastornos de Personalidad. Madrid Elsevier. 2003.pp 362-363
- ⁵⁸ Caballo E. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid Siglo XXI . 1995
- ⁵⁹ Garcia-Campayo J , Claraco L M , Tazón P , Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para la atención primaria. *Atención Primaria* 1999; 24:90-97
- ⁶⁰ Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Barcelona, Ars Medica, 2004.
- ⁶¹ Roncero C, Collazos F, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Valero S, Casas M. Desintoxicación de opiáceos. En: *Psicofarmacología de las Drogodependencias*. Casas M, Collazos F, Ramos-Quiroga JA, Roncer C (Eds). Fundación Promedic, Barcelona, 2002, 198-211.
- ⁶² Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). Consenso sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. SEP, Madrid, 2003.
- ⁶³ De La Garza R, Newton TF, Kalechstein AD. Risperidone diminishes cocaine-induced craving. *Psychopharmacology* (2005) 178: 347–350
- ⁶⁴ Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C, O’Brien C. A pilot trial of Topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Dependence* 2004; 75:230-240.
- ⁶⁵ Rubio G, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, Palomo T. Antipsicóticos en patología dual. En: *Psicofarmacología de las Drogodependencias*. Casas M, Collazos F, Ramos-Quiroga JA, Roncer C (Eds). Fundación Promedic, Barcelona, 2002, 373-397.
- ⁶⁶ Rubio G, Casas M. Revisión del tratamiento de la esquizofrenia en individuos con abuso de drogas. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2001; 29:124-130.
- ⁶⁷ Batlle E y cols. Patología dual, risperidona de larga duración y adherencia al tratamiento. VII Congreso Nacional Psiquiatría, Bilbao 2004.