

Patología dual: drogodependencia y depresión

Adán GASTÓN GUERRERO
Psicólogo

Resumen

Es muy común encontrar una concurrencia entre patologías debidas al consumo y otras psicopatologías en personas con dependencia a sustancias. Esto se conoce como patología dual. Una de las patologías que más frecuentemente se asocia al consumo, debido a la gran prevalencia en dependencias, es la depresión. En el presente estudio se detallan las características sociales, de consumo y psicológicas de una muestra de 34 participantes internos en la Comunidad Terapéutica de Los Palacios (Sevilla). También se examina la prevalencia y el nivel de depresión de los participantes mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), y la relación de la puntuación en este test con las características detalladas en el estudio. Los resultados obtenidos en el BDI reflejaron una alta prevalencia de depresión (55'88%) en los participantes. Además, destaca la influencia de las redes de apoyo en el grado de depresión. Esto indica la importancia de un diagnóstico a tiempo para comenzar un tratamiento individualizado y, al mismo tiempo, grupal, debido a la importancia del grupo de apoyo.

Abstract

It is very common to find pathologies due to substance use and another pathologies at the same time in people with substance dependence. This is known as Dual Diagnosis. Depression, due to the high prevalence in dependencies, is one of the most frequently pathologies associated with consumption. This study details the social, consumption and psychological characteristics of a sample of 34 participants which were in internal regimen in the therapeutic community of Los Palacios (Seville). The prevalence and level of depression of the participants are also examined using Beck Depression Inventory (BDI), and the relation between the score of this test and the characteristics detailed in the study. The results achieved in BDI showed a high prevalence of depression (55.88%). In addition, the study shows the influence of support networks on the level of depression. It denotes how important is an early diagnosis to begin individualized and, at the same time, group treatment, due to the importance of the support group.

Las drogas se definen como sustancias que pueden provocar alteraciones inmediatas y/o tardías en la conducta. Suelen usarse, además de con fines recreativos, como una manera de crear una realidad alternativa que permita evitar los conflictos intra e interpersonales (Martí-Tusquets y Murcia, 1988).

A lo largo de la historia y de las distintas culturas se ha hecho uso de las drogas con distintos fines. En la cultura Inca, se hacía un uso de la coca ocasional y ritualizado para alcanzar estados alterados de conciencia. En el antiguo Egipto y la Grecia Arcaica, por ejemplo, se utilizaban distintas sustancias con fines médicos. También alimenticios, como en la China de la Alta Edad Media, en la que el opio se utilizaba para aderezar dulces. E incluso militares, como es el

caso de los *kamikazes*, pilotos japoneses que en la Segunda Guerra Mundial usaban metanfetamina en sus misiones suicidas. Este problema, se ha desarrollado aún más en las últimas décadas del siglo XX según ha ido normalizándose su uso al estar ligadas con distintas actividades recreativas (Calafat y Juan, 2003; Escotado, 1995, 1998).

Existe una gran evidencia empírica de que las drogas actúan como reforzadores positivos de las conductas de búsqueda y autoadministración, independientemente de que exista una dependencia física (Martí-Tusquets y Murcia, 1988; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). Siguiendo esta línea, las conductas relacionadas con el uso y abuso de drogas se han demostrado empíricamente operantes y, se originan, no debido a un solo

Dirección del autor: adangaston7@gmail.com

Recibido: marzo de 2019. Aceptado: diciembre de 2019.

factor, sino a un conjunto de factores multidimensionales. La mayoría de los autores defienden un modelo bioconductual o biopsicosocial frente a un modelo biomédico en el que se basan tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015; Fernández-Hermida, Carballo, Secades-Villa y García-Rodríguez, 2007).

El modelo biopsicosocial contempla tanto las variables contextuales, desde las relaciones con el medio hasta la vulnerabilidad de la persona, como farmacológicas, relacionadas con los efectos de las sustancias; es decir, integra las variables biológicas, psicológicas y sociales. Estas variables interactúan entre sí, superando la concepción causa-efecto lineal anterior y sustentándose en el concepto de sistema, mucho más complejo e integrador. No es posible realizar un modelo causístico genérico para explicar tales conductas adictivas. En cambio, para cada caso concreto sí es posible realizar un análisis funcional de la conducta que permita describir las contingencias existentes entre las conductas de consumo, rechazo y resistencia al consumo, así como las consecuencias de las mismas (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015; Martí-Tusquets y Murcia, 1988; Secades-Villa *et al.*, 2007).

En las conductas de consumo suelen tenerse en cuenta dos conceptos: abuso y dependencia. Se diferencian en el grado de adherencia al consumo de la sustancia adictiva. El abuso no tiene unos límites bien definidos y puede contemplarse como una etapa de tránsito a la dependencia, la cual define la patología de la adicción. Las adicciones a sustancias están recogidas en CIE y DSM como trastornos (Fernández-Hermida *et al.*, 2007; Martí-Tusquets y Murcia, 1988). En este último, se recoge el trastorno por consumo de sustancias como un patrón comportamental desadaptativo relacionado con la ingesta de drogas. Este patrón está formado por cuatro grupos de criterios:

- En el *déficit de control* sobre el consumo: existe un consumo mayor en cantidad y/o frecuencia del previsto, la persona desea dejar o controlar su consumo sin llegar a conseguirlo, emplea gran cantidad de tiempo en conductas relacionadas con la sustancia y hay un deseo intenso de consumo.
- En *deterioro social*: se incumplen deberes domésticos, laborales o académicos fundamentales, continúa su consumo aunque empiece a tener problemas sociales o interpersonales, se disminuye la participación social y se abandonan las aficiones o las actividades con la familia, todo ello debido al consumo de sustancias.
- En *consumo de riesgo*: la persona sigue consumiendo la sustancia de forma asidua aunque provoque un riesgo

físico o psicológico, incluso cuando tiene un problema que puede verse agravado por esto.

- En el *farmacológico*: aparecen la tolerancia y la abstinencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

A modo de resumen, la drogodependencia puede definirse como la “interacción que se establece entre el organismo y una sustancia que da lugar a cambios físicos y/o psíquicos que se traducen en la imperiosa necesidad de consumirla” (Martí-Tusquets y Murcia, 1988, pág. 73). Según el modelo biopsicosocial, a esta definición hay que añadirle la cualidad de ser una conducta regulada por la interacción, como se ha expuesto antes, de diversas variables biológicas, psicológicas y sociales (Fernández-Hermida *et al.*, 2007).

Se entiende que las adicciones a sustancias se deben a la dependencia de dos tipos: física y psíquica.

La física se debe a que tras la retirada de una sustancia aparece el síndrome de abstinencia, el cual genera trastornos psicofisiológicos de distintas magnitudes; la necesidad basada en el malestar somático por la retirada de la sustancia insta a que el sujeto realice una búsqueda compulsiva de la droga, mediada por un patrón de evitación experiencial del mismo, así como la búsqueda del placer que genera la droga.

La psíquica ocurre porque la droga genera un placer psíquico que empuja al sujeto a querer repetirlo. Este tipo de dependencia puede aparecer incluso con pocos contactos con la sustancia si el sujeto es muy inmaduro e inestable debido a una mala adaptación a su entorno (Martí-Tusquets y Murcia, 1988).

Las personas que presentan adicciones, debido a esta personalidad con dificultades para el manejo de sus emociones que se comenta, suelen atender de forma selectiva ante las consecuencias de su conducta, prefiriendo reforzadores inmediatos, aunque estos sean de menor magnitud que los demorados, y, castigos demorados, aunque estos sean de mayor magnitud que los inmediatos (Guimón Ugartechea, 2002; Martí-Tusquets y Murcia, 1988; Secades-Villa *et al.*, 2007).

Aun así, estos fenómenos individuales no explican la realidad de la drogodependencia, ya que esta es un fenómeno que va más allá del plano individual, afectando a la comunidad, fundamentalmente al ámbito familiar y laboral, mostrando un índice en separaciones y bajas laborales mayor en drogodependientes. Se considera que se produce un contagio o transmisión de conductas de sujeto a sujeto en la drogadicción. Esta especie de contagio se debe, en gran parte, a la presión del grupo de referencia, sobre todo en adolescentes de ambientes marginales. Estas conductas se aprenden por modelado, es decir, el sujeto imita conductas de personas que funcionan como modelos para ellos. Tanto un reforzamiento por parte del grupo como un autogratificación debido a una evaluación satisfactoria con respecto a este grupo o al modelo, provocan que se mantengan estas conductas (Bandura, 1982; Martí-Tusquets y Murcia, 1988).

Por lo tanto, es importante destacar lo común que es encontrar un comportamiento antisocial en personas con dependencia a drogas, las cuales muestran un mayor número de actos delictivos, ya sea debido a su situación marginal o provocados por la necesidad de conseguir la sustancia (Martí-Tusquets y Murcia, 1988).

Los pacientes con trastornos adictivos suelen presentar mayor semejanza con la población psiquiátrica que con la población general no clínica. En la literatura, múltiples documentos y estudios destacan que uno de los problemas más comunes a la hora de diagnosticar y tratar a drogodependientes es la comorbilidad. Esta se define como la coexistencia de más de una patología en una persona. En concreto, cuando en un sujeto concurren al menos un trastorno adictivo y uno mental se habla de patología dual. Esta es, por lo tanto, un subtipo de comorbilidad. La dependencia puede producir, derivar o estar asociada a una gran variedad de patologías psiquiátricas y es difícil saber qué relación tienen, debido a que ambos trastornos no son causales, sino coexistentes, existiendo una compleja interacción entre las patologías (Del Nogal Tomé, 2015; Recio Vivas, 2013; Rodríguez Sáez y Salgado Ruiz, 2017; Semboloni, 2002; Torrens, 2008).

El diagnóstico o patología dual supone un reto para los profesionales de la salud mental, ya que, al ser más que la simple suma de dos trastornos, complica la intervención y el pronóstico en dependencias debido a la mayor gravedad de estos pacientes. Esto se ve reflejado en una mayor cantidad de recaídas e ingresos, e incluso una mayor presencia de conductas delictivas (Arias, Szerman, Vega *et al.*, 2013; Burns y Teesson, 2002; Del Nogal Tomé, 2015; Martín-Santos, Fonseca, Domingo-Salvany *et al.*, 2006; Recio Vivas, 2013; Rodríguez Sáez y Salgado Ruiz, 2017; Semboloni, 2002; Torrens Mèlich, 2008).

Estudios como el de Torrens Mèlich (2008) defienden una gran presencia epidemiológica de la patología dual, encontrándose una concurrencia de trastornos relacionados con consumo y otros trastornos psiquiátricos de entre un 15% y un 80%, lo cual valida estudios hechos anteriormente en los que se mostraba que entre el 65% y el 80% de pacientes presentaban este tipo de comorbilidad (Montoya, Hess, Covi, Fundala y Johnson, 1995). En un tercer estudio hecho más recientemente, los dependientes a la cocaína presentaban más psicopatologías que el 80% de la población general. Es destacable el hecho de que el 54% presentara síntomas depresivos (García-Fernández, García-Rodríguez, Secades-Villa, Sánchez-Hervás y Fernández-Hermida, 2012).

Otra investigación más reciente realizada con pacientes de la red de Salud Mental y de la red de Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, mostró que un 61'8% de estos pacientes presentaba patología dual. Casi un tercio de los pacientes con patología dual presentaba trastornos del humor, y un 30'9% se encontraba en un episodio depresivo mayor (Arias *et al.*, 2013).

Se observa una alta prevalencia de trastornos depresivos en población dependiente en comparación con la muestra de la población normal, e incluso se considera la depresión como el trastorno más fuertemente asociado a la dependencia de drogas (Burns y Teesson, 2002; Semboloni, 2002). Hay una gran cantidad de estudios centrados en muestras de personas adictas a todo tipo de sustancias (alcohol, cocaína, opiáceos) que secundan estas afirmaciones, en los que encontramos unos porcentajes de entre un 15% y un 80% (Burns y Teesson, 2002; Del Nogal Tomé, 2015; García-Fernández *et al.*, 2012; Recio Vivas, 2013; Rodríguez Sáez y Salgado Ruiz, 2017; Semboloni, 2002). La depresión en estos sujetos viene asociada, por una parte, a acontecimientos vitales traumáticos, deterioro en las relaciones familiares, sociales y laborales, y problemas económicos y legales; por otra parte, a los síntomas depresivos provocados por la sustancia o la abstinencia de esta (como el *crash* cocaínico) (Alonso Fernández, 2011; Del Nogal Tomé, 2015; García-Fernández *et al.*, 2012; Semboloni, 2002).

Las sustancias psicoactivas suelen tomarse con el fin de provocar emociones positivas y evitar las negativas. El consumo de estas refuerza el estado depresivo previo, por lo que la abstinencia de la droga ejercerá una mejora en el estado emocional del sujeto (Alonso Fernández, 2011). Si los síntomas prosiguen después de 4 o 6 semanas tras el último consumo, se puede concluir que estos son el resultado de un trastorno mental no debido al tóxico (Del Nogal Tomé, 2015). Estos síntomas pueden estar relacionados con la elección de dejar la droga debido a la dificultad que tienen para establecer unas relaciones sociales estables para su rehabilitación en la sociedad (Martí-Tusquets y Murcia, 1988).

Debido a esta gran cantidad de factores, es de gran utilidad realizar un diagnóstico un tiempo después de que el paciente haya dejado de consumir sustancias. Este diagnóstico debe estar orientado a facilitar el trabajo de los profesionales en el tratamiento y solo puede realizarse con un contacto continuo con el paciente (Semboloni, 2002). La depresión es un trastorno frecuente en el mundo. No es una variación del estado anímico o una respuesta emocional corta en el tiempo debida a un problema específico. Para diagnosticar la depresión hay que tener en cuenta que esta no es un trastorno unitario, sino que presenta una gran variedad de manifestaciones y niveles, para los que existen criterios específicos y, para los cuales, son necesarias intervenciones distintas (Alonso Fernández, 2011; Beltrán De la Rosa, Silvera Tapia, Yelena Armella, *et al.*, 2016; Díaz del Peral *et al.*, 2011). Entre estos criterios se encuentran diversos síntomas que deben durar al menos dos semanas, como un bajo estado anímico la mayor parte del día y casi a diario, pérdida de interés, anhedonia, fatiga, y alteraciones en el apetito, en el sueño y en la actividad psicomotora. Además, puede existir un sentimiento de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar o concentrarse y desesperanza o pensamientos de muerte, a veces acompañados de ideación

suicida o intentos de suicidio (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Recio Vivas, 2013; Rodríguez Sáez y Salgado Ruiz, 2017). No es necesario que el paciente exprese una sensación subjetiva de tristeza para realizar el diagnóstico. Todos estos síntomas causan malestar o un deterioro social o laboral. Es necesario descartar, como se expuso antes, que los síntomas no se deban a la intoxicación o abstinencia de una sustancia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Semboloni, 2002). Además, Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) propusieron un modelo cognitivo presente en la depresión, formado por: la triada cognitiva (visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro), los esquemas (patrones cognitivos estables que mantienen la depresión) y los errores cognitivos (categorizados en seis distorsiones cognitivas diferentes).

Según Alonso Fernández (2011), y haciendo una compilación de todo lo anterior descrito, la depresión surge como “resultado de la interacción entre factores genéticos, epigenéticos y ambientales” (pág. 576); por lo que, una predisposición genética, una falsa madurez precoz, unas relaciones familiares conflictivas que causen una falta de apoyo emocional o social, el desempleo e, incluso, tener una mala salud física o el consumo de drogas, son ejemplos de factores relacionados con este trastorno. Aun así, es muy difícil conocer qué es causa y qué consecuencia de un trastorno depresivo (Alonso Fernández, 2011; Del Noyal Tomé, 2015).

La detección de los trastornos y episodios depresivos es de gran importancia en dependencias debido a la alta tasa de intentos de suicidio relacionados con estos. Además, durante períodos depresivos es fácil que ocurran recaídas, por lo que es necesario un diagnóstico adecuado para completar un buen tratamiento (Semboloni, 2002).

Los pacientes con patología dual encuentran dificultades a la hora de obtener los recursos terapéuticos necesarios, ya que sigue siendo insuficiente la comunicación entre Salud Mental y la Red de Drogodependencias. Dentro de esta Red de Drogodependencias existen una serie de recursos que tratan a los pacientes con este tipo de comorbilidad, como: centros o equipos de atención a drogodependientes, unidades móviles, pisos de apoyo a la desintoxicación, al tratamiento y a la reinserción, centros de día, comunidades terapéuticas, etc. (Recio Vivas, 2013). Este estudio en concreto se centrará en las *comunidades terapéuticas*. Estas comunidades aparecieron en el siglo XX como resultado de la necesidad para tratar a personas con trastornos mentales. A partir de los años 80 se implantaron como un importante eslabón en la cadena de tratamiento en drogodependencias (Pantoja, 2002). Muchos países han implantado este modelo de rehabilitación adaptándolos a su cultura. Aun así, muchas de ellas han tenido que cerrar debido al alto coste económico que suponen (Guimón Ugartechea, 2002).

Hay una gran variedad de *comunidades terapéuticas*, pero algunos aspectos comunes e importantes de estas son:

el tratamiento grupal basado en el apoyo de los iguales, un rol activo por parte del paciente tanto en su tratamiento como en el día a día de la institución, el aprendizaje basado en la interacción social y en la asunción de responsabilidades, la transitoriedad del recurso y el fin de rehabilitar al individuo para vivir en sociedad (Roldán Intxusta, 2002). Estos aspectos son de gran importancia, ya que, según la literatura, se considera que las personas que presentan adicciones son asociales debido a un mal aprendizaje de las normas sociales. Por lo tanto, se proponen tres períodos a la hora de trabajar en estas comunidades: período de desintoxicación, de integración al grupo terapéutico y de resocialización. Para ello, los usuarios, que se encuentran en régimen de internamiento voluntario, deben tener una estancia de varios meses para asegurar la abstinencia y evitar una posible recaída al volver a su entorno (Martí-Tusquets y Murcia, 1988; Recio Vivas, 2013). Estas comunidades no son un hospital ni una prisión, desempeñan su propio rol (Guimón Ugartechea, 2002). Los individuos suelen ingresar en las *comunidades terapéuticas* por presiones externas (familiares, judiciales, laborales o físicas) y no toman conciencia de su problema hasta pasados unos meses de tratamiento. Esto está relacionado con la desconfianza hacia los profesionales, lo cual dificulta aún más la realización de un diagnóstico adecuado (Roldán Intxusta, 2002).

En Andalucía, las *comunidades terapéuticas* son de régimen interno y tienen como objetivos generales la desintoxicación, la deshabitación, la rehabilitación y la inserción en la sociedad, así como la prevención y disminución de la severidad e incidencia de los problemas relacionados con el consumo de drogas. Sus objetivos específicos se dividen en cuatro áreas: sanitaria, psicológica, educativo-ocupacional y social, de las cuales derivan una serie de actividades (López, 2002).

Aun así, algunos autores defienden que no hay resultados sólidos sobre la eficacia de las comunidades terapéuticas, ya sea debido a la gran variedad de pacientes, de la duración de las internalizaciones o de las técnicas usadas. Sin embargo, se ha podido observar que cuando el programa terapéutico es bueno, fortalece la participación de los usuarios de las comunidades, mejorando así la calidad del tratamiento (Guimón Ugartechea, 2002).

La comorbilidad entre trastornos adictivos y mentales suele provocar que estos pacientes busquen tratamiento, por lo que es difícil extrapolar datos a la población general y de unos recursos asistenciales a otros (Arias *et al.*, 2013), por lo cual, debido a la disparidad de datos encontrados en los distintos trabajos citados en lo expuesto anteriormente, es importante el estudio de la patología dual en las *comunidades terapéuticas*.

Otro tema importante es la alta prevalencia de recaídas e intentos de suicidio durante los episodios depresivos en personas con dependencia a sustancias, para lo cual sería de gran interés un diagnóstico eficaz y a tiempo.

Dada la relevancia de realizar aportaciones actualizadas y novedosas en el estudio de las conductas de consumo y de la patología dual para poder adaptar las intervenciones, se plantea como objetivos:

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra de usuarios de la Comunidad Terapéutica: edad, nivel educativo, situación económica y redes de apoyo.
2. Describir las características legales de la muestra: situación legal y estancia en prisión.
3. Describir las características del consumo de drogas de los participantes: antecedentes familiares de consumo, tiempo en la comunidad y drogas consumidas.
4. Hallar la prevalencia de patología dual y, en concreto, del trastorno depresivo en personas drogodependientes que se encuentran en una comunidad terapéutica.
5. Diferenciar el nivel de depresión de estos pacientes según la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck.
6. Relacionar los factores ambientales y personales con el nivel de depresión.

Las hipótesis propuestas son las siguientes:

1. Existe una prevalencia alta de trastornos depresivos en personas dependientes en comparación con la población general.
2. Existe una mayor prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con un diagnóstico dual previo.
3. No existe relación entre tipo de droga consumida y depresión.
4. Las redes de apoyo tienen una relación inversamente proporcional con el nivel de depresión.

Método

Se describen a continuación las características de la muestra y de los instrumentos, así como el procedimiento que se ha seguido a la hora de realizar el estudio.

Participantes

La muestra constaba de 34 varones, con una media de edad de 41.00 años (rango de 21 a 58), que se encontraban en régimen interno en la Comunidad Terapéutica de Los Palacios (Sevilla), con diversos trastornos por dependencia a sustancias. La comunidad terapéutica tiene un número máximo de 57 plazas. De este número total de posibles participantes, 34 se presentaron voluntarios para la investigación, los cuales la terminaron, ninguno la abandonó.

El resto de datos sociodemográficos se expone en el apartado de resultados ya que se explicará la categorización de estos en el apartado de procedimientos.

Instrumentos

Se utilizó la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck de Sanz y Vázquez (2011), que es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert que se codifican en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, y se utiliza para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos o adolescentes de 13 o más años. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 63 puntos. Existe una relación directamente proporcional entre la puntuación y el nivel de depresión, es decir, que a mayor puntuación, mayor es el estado depresivo en el que se encuentra el sujeto. Este inventario tiene una valoración general entre buena y excelente. Su validez y fiabilidad, también se encuentran entre buenas y excelentes. Aun así, un punto a mejorar de este inventario es la falta de un indicador de la fiabilidad test-retest. Existen una serie de puntos de corte para clasificar a las personas evaluadas en cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La administración fue grupal y el inventario fue autocompletado. Se necesita una media de 20 minutos para su aplicación.

Este instrumento ha sido recomendado por Francisco Casado, tutor sustantivo, debido a su uso extendido en diferentes instituciones, como, por ejemplo, en el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Para la recogida de información de los sujetos se usó el PASDA (Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones), la base de datos de todos los organismos de drogodependencia de Andalucía, la cual contiene una gran cantidad de datos sensibles, por lo que accedía con la autorización y supervisión de los funcionarios del centro. En esta se buscaron únicamente los datos necesarios para la investigación, que fueron los siguientes: año de nacimiento, estancia en prisión, situación legal, situación económica, redes de apoyo, antecedentes familiares de consumo, psicopatología, tiempo en el centro y drogas consumidas. (base de datos sensible con autorización, buscaba los datos necesarios para la investigación)

Procedimiento

Se pidió permiso en la dirección del centro para la realización del estudio, el cual fue concedido. Tras pasar lista, se realizó una petición a la población de la Comunidad Terapéutica de Los Palacios para su participación en la investigación y se presentaron un total de 34 voluntarios. Se les citó a una hora concreta para la sesión y se les avisó por megafonía. La investigación se realizó en un total de 4 sesiones.

Se expusieron los objetivos del estudio antes de comenzar. Se iba a investigar la prevalencia de depresión en personas con adicciones y se buscaría en la base de datos más información (como la situación legal, nivel económico y educativo, drogas consumidas o psicopatologías)

para valorar la posible relación de estas variables con la depresión.

Tras explicar el fin de la investigación, se pasó a los voluntarios un consentimiento informado por escrito, en el que se informaba de la confidencialidad y la posibilidad de rechazar este consentimiento en cualquier momento y sin dar explicaciones, y el Inventario de Depresión de Beck. Cada sesión duró al menos una hora para explicar el procedimiento, resolver dudas y para la realización de la prueba. Los participantes debían marcar la afirmación que más se acercara a cómo se habían sentido durante la semana anterior a la aplicación de esta prueba en cada uno de los grupos de afirmaciones del inventario.

Durante las sesiones se resolvieron individualmente todas las dudas planteadas por los participantes.

Una vez rellenos tanto el consentimiento como el inventario, se recogieron y, para recabar el resto de la información de los participantes, se buscó de forma sistemática la información necesaria de cada uno de ellos en el PASDA. Se realizó una entrevista individual posterior con algunos sujetos que no tenían recogidos en el PASDA todos los datos para rellenar la información necesaria para la investigación.

Todos los datos fueron recogidos por un estudiante de 4º curso de Psicología que se encontraba realizando las prácticas en el centro. De entre estos datos, los cualitativos se categorizaron para hacer posible la realización de un estudio estadístico:

- Situación legal: sin antecedentes, con juicios o causas cerradas (en el momento del estudio ya no tenían problemas con la justicia), con juicios o causas abiertas (denuncias sin resolver, órdenes de alejamiento, etc.) y preso (derivado a la comunidad durante una temporada).
- Situación económica: sin recursos económicos de ningún tipo, con aporte económico por parte de la familia, con ayudas del Estado y con un trabajo estable, aunque de baja laboral debido a su régimen interno en la comunidad.
- Estudios: sin Educación Primaria, con Educación Primaria, con la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y superior a ESO.
- Redes de apoyo (familia, pareja, amigos, etc.): nulas o pobres, conflictivas (que facilitan conductas inadecuadas socialmente, con consumo o delitos), tanto buenas como conflictivas (tiene relaciones que facilitan una buena adaptación y otras que lo hacen con conductas antisociales) y buenas (relaciones que ayudan a una adaptación adecuada en la sociedad).
- Psicopatología: sin patología no asociada al consumo; con otro trastorno mental; con trastorno mental grave, como una psicosis o un Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), y con diagnóstico depresivo anterior al estudio. La categorización se ha hecho según los procesos asistenciales del SAS, aunque se separó la

depresión del trastorno mental por conveniencia del estudio.

- Adicciones: en cada droga se categorizó con una ausencia de consumo, con un consumo por tratamiento, con un consumo no problemático en el momento del estudio y con un consumo principal o adicción a ésta.

Resultados

A continuación se presentan los resultados que se han obtenido en este estudio, los cuales se dividieron en: sociodemográficos (objetivo 1), legales (objetivo 2), relacionados con el consumo de drogas (objetivo 3), relacionados con la patología dual y la depresión (objetivos 4 y 5) y los que contemplaban las relaciones entre las variables ambientales y la depresión (objetivo 6).

Estudio sociodemográfico

La muestra, compuesta por 34 varones, presentaba una edad media de 41 años.

Con respecto a los *niveles educativos* de estos, se obtuvieron los siguientes datos: nueve participantes no habían completado la Educación Primaria (26'47%); 20 sí había completado la Educación Primaria, pero no habían continuado con sus estudios (58'82%); otros cuatro (11'76%) había cursado hasta la ESO y había finalizado los estudios obligatorios; y solo un participante tenía estudios superiores a la ESO, correspondiente a un Grado Medio. Ninguno de los participantes había alcanzado estudios universitarios.

También se encontraron distintas *situaciones económicas* entre los participantes: dos (un 5'88%) no tenían recursos económicos de ningún tipo, 20 (el 58'82%) recibía apoyo económico por parte de la familia, nueve (un 26'47%) recibía algún tipo de ayuda del Estado y tres participantes (un 8'82%) tenían un trabajo fuera del centro y se encontraban en situación de baja laboral.

En cuanto a las *redes de apoyo* con las que contaban los pacientes de la comunidad terapéutica, siete (20'59%) no tenía redes de apoyo o eran unas redes casi inexistentes, ocho (23'53%) tenía redes de apoyo conflictivas, 12 (el 35'29%) tenía redes de apoyo tanto buenas como conflictivas y el 20'59% presentaba redes de apoyo buenas para una adecuada adaptación a la sociedad.

Se registró también la situación legal, la presencia de antecedentes familiares de consumo, el tiempo pasado en la comunidad terapéutica, la droga o drogas principales de los participantes y, por último, la relación entre el tipo de droga consumida y la depresión:

- Más de la mitad de los integrantes de la comunidad (un 58'82%) había cometido delitos por los que tenían antecedentes penales y un 35'29% había estado en prisión al menos una vez en su vida.

- La inmensa mayoría (29 de 34, el 85'29%) tenía antecedentes familiares de consumo.
- En el momento en el que se realizó el estudio, casi la mitad (16) llevaban entre uno y dos meses en la comunidad terapéutica, otros 13 llevaban entre tres y seis meses y solo uno permanecía desde hacía más de un año.
- La figura 1 refleja las sustancias consumidas habitualmente por los participantes, siendo lo más frecuente la presencia de más de una droga principal por participante.
- No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de los distintos tipos de droga y las puntuaciones en depresión.

Estudio de la patología dual ya diagnosticada

Con respecto a los diagnósticos ya existentes en el momento en el que se realizó el estudio, un 58'82% de los participantes presentaba un diagnóstico en patología dual. En la tabla 1 se detalla el resto de datos que se obtuvieron sobre las patologías.

Estudio de la depresión

En el Inventario de Depresión de Beck, utilizado en la investigación para medir el nivel de depresión de los participantes, obtuvieron las puntuaciones que se reflejan

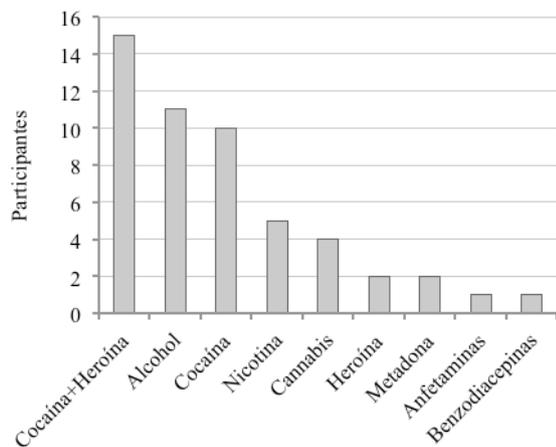


Figura 1. Drogas principales consumidas por los participantes en el estudio.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de las distintas patologías duales.

Patología asociada al consumo	N	%
Ninguna	14	41.18
Trastorno mental	8	23.53
Trastorno mental grave	3	8.82
Con diagnóstico depresivo	9	26.47

en la figura 2, cuya media fue de 19'26 puntos y con una desviación típica de 15'05.

Un 55'88% presentó depresión, ya que tuvieron una puntuación superior o igual a 14 en el inventario. Los porcentajes de los distintos niveles de depresión presentes en la muestra aparecen representados en el diagrama circular de la figura 3.

Relaciones entre las variables ambientales y depresión

Se realizó un análisis estadístico para comparar las distintas medias de la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en función de las distintas variables ambientales. Según la situación legal de los participantes, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, $F_{(3,30)} = 1'76, p = 0'176, R^2 = 0'15$, entre participantes sin antecedentes ($M = 18'00, DT = 14'68$), con juicios o causas cerradas ($M = 19'00, DT = 17'45$), con juicios o causas abiertas ($M = 25'17, DT = 15'45$) y presos ($M = 6'25, DT =$

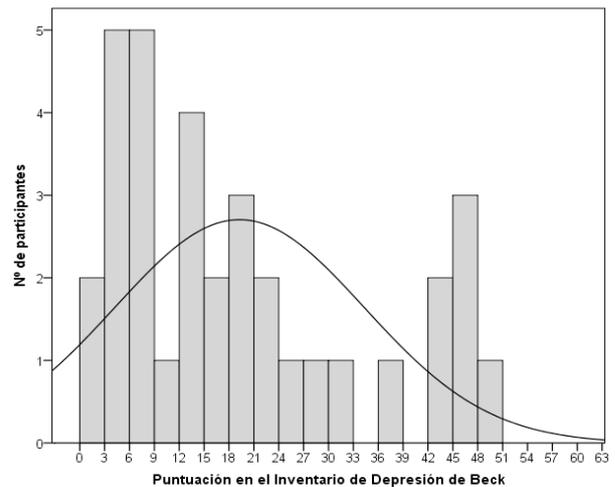


Figura 2. Puntuaciones de los participantes en el Inventario de Depresión de Beck.

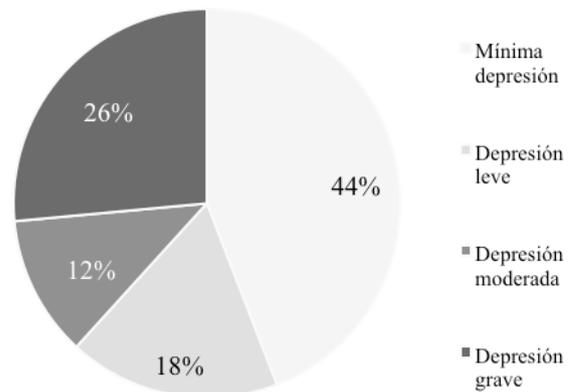


Figura 3. Grados de depresión.

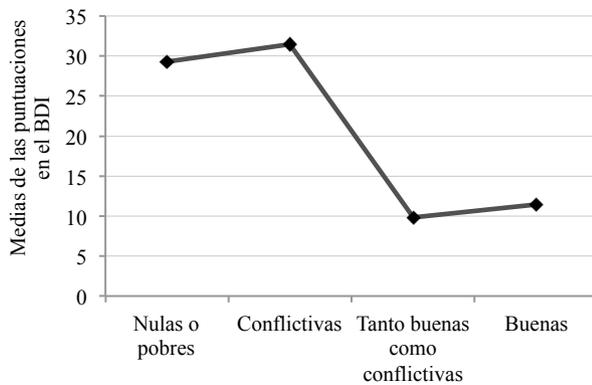


Figura 4. Medias en el BDI en las distintas redes de apoyo.

2'06). En la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene se cumplía la igualdad de varianzas, ya que $p = 0'114$.

Tampoco se han observado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del BDI en función de que hayan estado o no en prisión alguna vez en su vida, en función de la situación económica, de la presencia o ausencia de antecedentes familiares, del diagnóstico anterior al estudio, ni en función del nivel educativo alcanzado.

Se realizó la prueba de Welch, ya que no se cumplía la igualdad de varianzas al realizar la prueba de Levene ($p = 0'008$), y se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el BDI en función de las redes de apoyo, $F_{(3,14'35)} = 6'59$, $p = 0'005$, con unas puntuaciones superiores en depresión en los grupos con redes de apoyo nulas o pobres ($M = 29'29$, $DT = 15'93$) y conflictivas ($M = 31'50$, $DT = 15'18$) que en los grupos con redes de apoyo tanto buenas como conflictivas ($M = 9'83$, $DT = 8'54$) y redes de apoyo buenas ($M = 11'43$, $DT = 4'79$). Esto puede observarse en la figura 4.

Discusión

En el presente estudio se ha realizado una descripción sociodemográfica y de las conductas de consumo de una muestra de pacientes con drogodependencia de la Comunidad Terapéutica de Los Palacios. También se ha evaluado el nivel de depresión de estos mediante el Inventario de Depresión de Beck. Posteriormente, se analizaron las relaciones de las puntuaciones obtenidas en el BDI en función de las variables sociodemográficas.

Los datos encontrados muestran un gran deterioro en los distintos planos del ámbito social en personas dependientes a sustancias: en el académico se muestra que un 85'29% no concluye los estudios obligatorios y ninguno alcanza estudios universitarios, el 91'18% no tiene un trabajo estable y el 44'12% no tiene relaciones sociales que apoyen una conducta adecuada para su rehabilitación en la sociedad. Existe una relación multicausal entre las condiciones

sociales, el consumo de tóxicos y las anteriores variables expuestas. Estos sujetos suelen encontrarse en una situación marginal previa, lo cual incide en las oportunidades educativas y laborales. Una vez iniciado el consumo, que suele ser a una temprana edad, disminuye la participación social y merman sus relaciones. Esto lleva a la persona a una cronificar su situación de marginalidad debido a su inmersión en un ambiente relacionado con el consumo por la necesidad imperiosa de búsqueda de la droga, para lo que emplean una gran cantidad de tiempo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Guimón Ugartechea, 2002; Martí-Tusquets y Murcia, 1988; Secades-Villa *et al.*, 2007).

Además, los resultados obtenidos sobre la situación legal de la muestra reflejan la conducta antisocial de las personas con adicciones debido a los altos porcentajes de participantes que han estado en prisión y de los que tienen antecedentes penales (Martí-Tusquets y Murcia, 1988). La falta de antecedentes no indica necesariamente ausencia de conducta antisocial, sino tan solo la ausencia de sanción legal.

Se observa una gran cantidad de participantes con antecedentes familiares de consumo, lo que concuerda con la teoría de Bandura (1982), ya que se imitan conductas de personas que se toman como referencia, las cuales funcionan como modelo.

Es interesante comentar la distribución sesgada hacia la izquierda del número de días que los participantes llevan internos en la Comunidad Terapéutica, ya que más de la mitad no lleva ni dos meses en esta. Esto se debe a que muchos de ellos suelen abandonar el tratamiento, ya que no suelen tener consciencia del problema hasta pasados unos meses de tratamiento y entran por presiones sociales (Roldán Intxusta, 2002). Según los comentarios de algunos profesionales del centro y de los propios usuarios de este, puede que algunos de estos últimos tengan como finalidad la deshabitación física y mejora de su estado somático, no el abandono de la sustancia.

Más de la mitad de los sujetos presenta patología dual. Estos datos concuerdan con los porcentajes de los estudios de Torrens Mèlich (2008), pero parece que existe una prevalencia menor que en otros estudios (Montoya, Hess, Covi *et al.*, 1995), lo que puede estar causado por las diferencias de los profesionales con respecto a los baremos de diagnóstico o por el tamaño de la muestra.

Continuando con los resultados de la patología dual, en concreto con los de los diagnósticos de depresión en drogodependencias, se encuentra que más de un cuarto de la muestra tiene un diagnóstico depresivo previo al estudio. Al analizar los resultados que obtuvieron los participantes en el BDI, más de la mitad presenta depresión en algún grado, lo cual demuestra la alta prevalencia de trastornos depresivos en la muestra (hipótesis 1). Estos resultados siguen la línea de los obtenidos por García-Fernández, García-Rodríguez, Secades-Villa *et al.* (2012). Esta diferencia entre los resultados obtenidos en el BDI y los diagnósticos

puede deberse a que los síntomas depresivos pueden estar provocados por los efectos de la sustancia, ya que algunos de ellos no habían realizado la fase de desintoxicación, lo cual dificulta la realización de un diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Del Nogal Tomé, 2015; Semboloni, 2002).

Aunque se pueden observar ciertas diferencias en depresión en función de las patologías diagnosticadas con anterioridad a la investigación y de la existencia de patología dual, no son significativas, por lo que se rechaza la hipótesis 2. La no significatividad puede venir asociada a la falta de diagnósticos por las razones expuestas anteriormente.

Tras comprobar la posible relación entre tipo sustancia consumida y depresión, se ha confirmado la hipótesis 3, ya que no encontramos unos niveles de depresión diferenciales según la droga consumida. Esto apoya una gran cantidad de investigaciones anteriores, en las cuales se muestra que existe una gran prevalencia de trastornos depresivos en dependencias, sea a la droga que sea (Arias *et al.*, 2013; Burns y Teesson, 2002; Del Nogal Tomé, 2015; García-Fernández *et al.*, 2012; Recio Vivas, 2013; Rodríguez Sáez y Salgado Ruiz, 2017; Semboloni, 2002). Una posible explicación a este resultado es la complejidad de las relaciones de los distintos factores que influyen de los trastornos psicológicos.

Aparecen diferencias significativas en depresión según las redes de apoyo de los participantes. Estos resultados apoyan, en parte, la hipótesis 4. En parte, por no ser, como tal, una relación inversamente proporcional del grado de depresión con las cuatro categorías, sino que estas se podrían agrupar en dos tipos de redes de apoyo: con relaciones sociales no ligadas al consumo que faciliten una conducta adecuada para la rehabilitación en la sociedad o con ausencia de estas. Unas redes que facilitan una buena adaptación, aunque existan otras relaciones conflictivas paralelas, parecen ser un factor protector de la depresión (Martí-Tusquets y Murcia, 1988; Recio Vivas, 2013; Roldán Intxusta, 2002). Por lo cual, es relevante comentar la función de las comunidades terapéuticas creando un grupo de apoyo de iguales.

En cambio, a causa de la gran homogeneidad de la muestra, por el hecho de haber realizado el estudio en una comunidad terapéutica, no se observan diferencias significativas en depresión en función del nivel educativo, de la situación económica y legal (Arias *et al.*, 2013; Recio Vivas, 2013). Ya no solo la falta de heterogeneidad de los participantes, sino también la dificultad para encontrar una muestra más amplia de usuarios de comunidades terapéuticas limita una extrapolación de datos a la población drogodependiente. Además, para recabar el resto de datos necesarios para esta investigación, se necesitó el acceso a la base de datos (PASDA), para lo cual se necesitaba la supervisión de una persona que permitiera esta búsqueda con su usuario, lo cual precisó de una gran cantidad de tiempo. A todas estas limitaciones se le añade la dificultad

de reunir a los usuarios a ciertas horas, ya que tienen que organizarse para no abandonar las tareas ocupacionales del centro.

Con una muestra más amplia, algunos resultados que apuntan a presentar diferencias quizá hubiesen sido significativos para el estudio. Por ejemplo, hay unas puntuaciones más bajas en depresión en participantes que estaban presos en ese momento, quizá por la falta de presiones sociales al encontrarse en ese régimen o por la mejora de las condiciones al pasar de estar en prisión a convivir en una comunidad terapéutica.

Por lo tanto, se puede concluir que las personas con trastornos por dependencia a sustancias suelen presentar una gran prevalencia de trastornos depresivos de cualquier grado, lo cual habitualmente viene ligado a intentos de suicidio y recaídas, por lo que es necesario un diagnóstico acertado y a tiempo, debido a la necesidad en patología dual de un tratamiento individualizado. También cobran gran importancia la existencia de unas buenas relaciones sociales y redes de apoyo, las cuales mejorarían la calidad de vida de estas personas, disminuyendo, por ejemplo, la probabilidad de presentar depresión y facilitando el mantenimiento de hábitos y conductas que favorezcan el desarrollo de su proyecto vital.

Referencias

- Alonso Fernández, F. (2011). [Las causas de la depresión](#). *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 128(4), 575-597.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. y Babín, F. (2013). [Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente](#). *Adicciones*, 25(2), 118-127. doi:10.20882/adicciones.59
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, España: Espasa-Calpe.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beltrán De la Rosa, E., Silvera Tapia, O., Yelena Armella, K., Marín Daza, A., Román Garrido, A. y Rojas Jiménez, N. (2016). [Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud](#). *Revista de Psicología GEPU*, 7(1), 40-71.
- Burns, L. y Teesson, M. (2002). [Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being](#). *Drug and Alcohol*

- Dependence*, 68(3), 299-307 [DOI: 10.1016/S0376-8716(02)00220-X].
- Calafat, A. y Juan, M. (2003). [De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas](#). *Adicciones*, 15(2), 261-287.
- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. (2015). [Proyecto Hombre: el modelo bio-psi-co-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico \(MBPS\)](#).
- Del Noyal Tomé, M. (2015). *Patología dual*. Madrid: Síntesis.
- Díaz del Peral, D. (Coord.) et al. (2011). [Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado \(2ª Ed.\)](#). Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Escotado, A. (1995). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.
- Escotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid, España: Alianza.
- Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2007). [Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias](#). *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 2-10.
- García-Fernández, G., García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Sánchez-Hervás, E. y Fernández-Hermida, J.R. (2012). [Psicopatología y funciones ejecutivas en adictos a la cocaína](#). *Anales de Psicología*, 28(3), 720-727 [DOI: 10.6018/analesps.28.3.156011].
- Guimón Ugartechea, J. (2002). Pasado, presente y porvenir de las comunidades terapéuticas. En J.A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro. Avances en drogodependencias* (pp. 21-36). Bilbao: Universidad de Deusto.
- López, R.M. (2002). La comunidad terapéutica en los servicios sociosanitarios públicos de atención a drogodependientes: la experiencia andaluza. En J.A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro. Avances en drogodependencias* (pp. 181-205). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Martí-Tusquets, J.L. y Murcia, M. (1988). *Conceptos fundamentales de drogodependencias*. Barcelona, España: Herder.
- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J.M., Ímaz, M.L., Navinés, R., Pascual, J.C. y Torrens, M. (2006). [Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain](#). *European Journal of Psychiatry*, 20(3), 147-156 [DOI: 10.4321/S0213-61632006000300002].
- Montoya, I.D., Hess, J.M., Covi, L., Fundala, P.J. y Johnson, R.E. (1995). [Estudio comparativo de la psicopatología y de las funciones cognitivas en pacientes dependientes de la cocaína y los opiáceos](#). *RET, Revista de Toxicomanías*, 2, 19-24.
- Pantoja, L. (2002). Presentación. En J. A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las Comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro. Avances en drogodependencias* (pp. 11-13). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Recio Vivas, A.M. (2013). [Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con patología dual. Análisis de su evolución en un centro de tratamiento específico](#). *Tesis doctoral*. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
- Rodríguez Sáez, J.L. y Salgado Ruiz, A. (2017). [Patología dual en drogodependientes en tratamiento: resultados con el SCL-90-R](#). *Revista Española de Drogodependencias*, 42(3), 46-56.
- Roldán Intxusta, G. (2002). La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy. En J.A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro. Avances en drogodependencias* (pp. 93-111). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Educación.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). [Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias](#). *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Semboloni, P. (2002). La comunidad terapéutica hoy: un lugar de patologías compartidas (diagnóstico dual). En J.A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro. Avances en drogodependencias* (pp. 59-92). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Torrens Mèlich, M. (2008). [Patología dual: situación actual y retos de futuro](#). *Adicciones*, 20(4), 315-320 [DOI: 10.20882/adicciones.255].