

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR



**PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL ENTRE PACIENTES PSIQUIATRICOS
HOSPITALIZADOS.**

TRABAJO DE TITULACION

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

PSICÓLOGO

P R E S E N T A

IGNACIO ARELLANO QUIÑONES

TUTORA DE TRABAJO DE TITULACION

DR. IVETTE VALCÁRCEL PÉREZ

QUITO, 2018

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, Ignacio Arellano Quiñones, con C.I. No. 1716496078, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado académico o título profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador, sin restricción de ningún género especial.

Firma

Yo,..... certifico que conozco al autor del presente trabajo siendo responsable exclusivo tanto en su originalidad, autenticidad, como en su contenido.

Firma

DEDICATORIAS

Mis más sinceras dedicatorias a los profesionales de la salud mental, que más que ningún otro profesional dedicado a la salud, encontrará útil la información recopilada en este estudio, y consecuentemente, en el tratamiento de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Después de largas horas de estudio, de trabajos universitarios, de horarios de lectura y varias horas sin descanso. Mi primer deseo es agradecer a quienes estuvieron ahí guiando mi camino para lograr terminar con este estudio. Ivette Valcárcel, que a pesar de cumplir con su responsabilidad sobre la dirección mi proceso de trabajo de titulación, ha mostrado autentico interés en el desarrollo del trabajo.

Dr. Alejandro Arroyo y Psi. Rodrigo Polanco, por la educación que me ofrecieron durante mis años de habilitación profesional en la escuela de psicología de la Universidad Internacional del Ecuador.

Mis mas sinceros agradecimientos al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, así como a David Moscoso, encargado del área de investigación de dicho instituto, por proporcionar todas las herramientas necesarias así como elaboración logística para que este estudio pueda ser una realidad.

RESUMEN

Este estudio se enfocó en valorar la relación entre patología de salud mental y los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas (SP) en la comunidad de Quito, Ecuador.

Materiales y método: Estudio transversal descriptivo, se valoró 1513 historias clínicas de pacientes ingresados en el “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” entre enero de 2012 y diciembre de 2017. Se recogieron los diagnósticos según manual CIE-10. **Resultados:** La prevalencia de patología dual, comprendiéndola como la presencia de un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, fue del 15,7% de la muestra estudiada. Se encontró que el 18,7% de pacientes masculinos y el 11,4% de pacientes femeninos padecía de patología dual. Las categorías diagnósticas con mayor prevalencia de patología dual fueron los “Trastornos de personalidad”, “Trastornos neuróticos” y “Esquizofrenia”. Los pacientes con patología dual consumían en su mayoría “múltiples drogas” y “alcohol”. **Conclusión:** Existe una relación significativa en el diagnóstico de patología dual, con mayoría entre pacientes masculinos y aquellos que consumen “múltiples drogas” o “alcohol”. Estos datos pueden ser útiles en la elaboración de diagnósticos y la planificación de tratamientos para los pacientes.

Palabras Clave: Patología dual, Prevalencia, Sustancias psicoactivas, trastorno mental.

ABSTRACT

This study focused on assessing the relationship between mental health pathology and psychoactive substance abuse disorders (SP) in the community of Quito, Ecuador. **Materials and methods:** We evaluated 1513 clinical histories of patients admitted to the "Sagrado Corazon Psychiatric Institute" between January 2012 and December 2017. The diagnoses according to the ICD-10 manual were retrospectively collected. **Results:** The prevalence of dual pathology, including the presence of a mental disorder and a psychoactive substance abuse disorder, was 15.7% of the sample studied. It was found that 18.7% of male patients and 11.4% of female patients had dual pathology. The diagnostic categories with the highest prevalence of dual pathology were "Personality Disorders", "Neurotic Disorders" and "Schizophrenia". It was found that patients with dual pathology as those who only suffered

from a psychoactive substance abuse disorder, consumed mostly "multiple drugs" and "alcohol". **Conclusion:** There is a significant relationship in the diagnosis of dual pathology, with a majority between male patients and those who consume "multiple drugs" or "alcohol". These data can be useful in making diagnoses and planning treatments for patients.

Key Words: Dual pathology, Prevalence, psychoactive substances, mental disorder.

LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1 Porcentaje de pacientes ingresados en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón”, debidos a “Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas”.	4
Ilustración 2 Porcentaje de pacientes ingresados en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón”, debidos a Trastornos mentales y del comportamiento, sin incluir “Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas”.	5
Ilustración 3 Porcentajes de diagnóstico por clasificación de trastornos mentales y del comportamiento sin incluir “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”.	6
Ilustración 4 Porcentajes de diagnósticos entre clasificaciones de “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”.	9
Ilustración 5 Reporte de consumo de sustancias psicoactivas.....	10
Ilustración 6 Porcentaje de tipo de sustancia psicoactiva consumida por los pacientes.	10
Ilustración 7 Prevalencia de “Patología Dual”.	11

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables.....	1
---	---

Tabla 2 Resumen de la variable edad de los pacientes ingresados en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón” durante el periodo 2012 – 2017.....	3
Tabla 3 Distribución sociodemográfica de los pacientes ingresados en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón” durante el periodo 2012 – 2017.....	4
Tabla 4 Prevalencia de Trastornos Mentales, excluyendo los relacionados a consumo de SP.....	7
Tabla 5 Prevalencia de Patología Dual correlacionada con los grupos de edad.	12
Tabla 6 Prevalencia de Patología dual correlacionada con sexo.....	12
Tabla 7 Prevalencia de Patología Dual en clasificación de Trastornos Mentales.....	13
Tabla 8 Prevalencia de trastornos por consumo de SP en pacientes diagnosticados con otro Trastorno Mental y del Comportamiento.....	14
□ Tabla 9 Propuesta de tabla diagnóstica para “Trastorno mental y del comportamiento por abuso de sustancias psicoactivas”.....	23

INDICE GENERAL

DEDICATORIAS II

AGRADECIMIENTOS II

RESUMEN III

ABSTRACT III

LISTA DE FIGURAS IV

LISTA DE TABLAS IV

INDICE GENERALV

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN 1

1.1	INTRODUCCIÓN	1
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3	JUSTIFICACIÓN	4
1.4	OBJETIVOS	5
1.4.1	OBJETIVO GENERAL.....	5
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.5	HIPÓTESIS	6

MARCO REFERENCIA 7

1.6	MARCO HISTÓRICO	7
1.7	MARCO TEÓRICO	13
1.8	MARCO METODOLÓGICO	16

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA 18

2.1	TIPO DE ESTUDIO	18
2.2	UNIVERSO	18
2.3	MUESTRA.....	19
2.3.1.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
2.3.1.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
2.4	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	19
2.5	TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	1
2.5.1	FUENTES PRIMARIAS	2
2.5.2	FUENTES SECUNDARIAS	2
2.6	PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	2
2.7	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS (ANÁLISIS ESTADÍSTICO, ANÁLISIS CUALITATIVO)	

2

CAPÍTULO 3. RESULTADOS 3

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN 15

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 21

CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25

ANEXO 30

GLOSARIO DE TERMINOS ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Identificar una problemática de salud pública a la que se enfrentan los profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras). Así como determinar que grupos de pacientes necesitan tratamientos combinados respecto a su condición en la “Patología Dual”.

En estudios relacionados a consumo drogas, proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se hallaron varios datos estadísticos. En 2015, se estimó que 247 millones de personas consumieron drogas. Y que 28 millones de personas padecen de trastornos relacionados con adicción a sustancias psicoactivas (UNODC, 2016b).

En investigaciones desarrolladas sobre estudiantes de edades entre 13 y 17 años en escuelas y colegios en el Ecuador, se hallaron los siguientes datos estadísticos: 12,65% de los estudiantes declararon haber consumido sustancias psicoactivas ilícitas. Entre las sustancias psicoactivas lícitas, se encontró que el 46% de estudiantes consumían tabaco; y el 79,4% declaró haber consumido alcohol (Corella, 2008). En Madrid, España, se encontró que la edad de inicio de consumo tanto de alcohol como de tabaco, se encontraba en los 14 años (Hernández López et al., 2009). A nivel latinoamericano se encontró que más de la mitad de los estudiantes de secundaria en distintos países como: Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam y Uruguay. Consumieron alcohol durante el último año (ECOS, 2015).

Por otro lado, en un estudio desarrollado a estudiantes de distintas universidades en Ecuador, se pudieron observar los siguiente datos: El 90,2% de estudiantes reportaron haber consumido alcohol al menos una vez en el último año; 56,4% de estudiantes reportaron haber fumado tabaco al menos una vez en su vida; 26,9% había consumido Marihuana al menos una vez; 4,4% declararon haber consumido al menos una vez cocaína; 2,4% declararon haber consumido pasta base al menos una vez en su vida (Hernández López et al., 2009). Un registro en universidades de Colombia, se encontró que casi el 40% de los universitarios colombianos han probado alguna droga ilícita al menos una vez en la vida. Además, el 22,4% de los

universitarios colombianos consumió alguna droga ilícita en el último año y el 10,8% consumió en el último mes (UNODC, 2016). En un estudio desarrollado en Chile, se encontró datos similares a los observados, donde 86,6% consumió alcohol en el último año, y un 59,7% consumió marihuana (Abello, 2018).

En estudios sobre patología dual, se registraron varias enfermedades mentales relacionandolas con el consumo de Alcohol. Se encontró que en la población con trastornos afectivos la prevalencia de alcoholismo variaba entre un 30% y 50%. En los trastornos de ansiedad, se encontró una prevalencia del 19% relacionada a Alcoholismo. En los trastornos de esquizofrenia, se encontro que la prevalencia de alcoholismo variaba entre 33,7% y 60%. En la muestra de trastornos de personalidad, se encontró que 16,4% de pacientes sufrían también de alcoholismo (Vega, s. f.). Otra investigación encontró que el 33% de pacientes psiquiátricos padecían de patología dual, de dicho grupo de pacientes, se encontró que el 72% de pacientes eran varones, y que 47% de ellos presentaban antecedentes psiquiátricos familiares (Muñio, s. f.).

Durante varios años se han usado varios fármacos para el tratamiento de algunos trastornos mentales. Se encuentra una amplia gama de fármacos utilizados también en los tratamietnos de patología dual, entre los que se utilizan nicotina, antipsicóticos, antidepressivos, antidepressivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), venlafaxina, antidepressivos bloqueadores de receptores 5HT2 (SARI) y metadona (Gálves & Ricón, 2008). En el contexto de sustancias psicoactivas, viendolas más allá de ser un fármaco para el tratamiento de una enfermedad mental, estas también son sustancias que afectan la psiquis de la persona, al igual que las drogas consumidas comunmente por la sociedad como el alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína, etc. “Cuando se habla de la dependencia a determinadas sustancias, es frecuente no considerar los fármacos que usados desproporcionadamente pueden causar un proceso adictivo importante y difícil de controlar” (DS, 2017).

Los datos estadísticos obtenidos en distintas fechas y niveles educativos, respecto al consumo de drogas a nivel nacional e internacional, nos presenta una creciente problemática a la que los profesionales de la salud mental nos enfrentamos. Y al encontrar datos estadísticos significativos en la población, nos enfrentamos a analizar la prevalencia del consumo de

sustancias psicoactivas dentro de los pacientes con enfermedades de la salud mental, dentro hospitales psiquiátricos.

A partir de mencionada problemática, el proyecto de estudio busca una relación entre los trastornos mentales no relacionados al consumo de sustancias psicoactivas y el consumo de sustancias psicoactivas. Con el fin de determinar la necesidad de generar tratamientos flexibles para aquellos pacientes que presenten ambas patologías. Pues aquellos pacientes que sean tratados para una patología, pero que en su tratamiento pasan por alto el tratamiento de otra patología (sin especificar cual de las dos), tendrán un proceso de tratamiento incompleto.

1.2 Planteamiento del problema

Las estadísticas de consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional, no identifican el consumo en pacientes con condiciones psicológicas o psiquiátricas. Igualmente, las estadísticas de trastornos mentales no relacionados a abuso de sustancias psicoactivas, no identifican el consumo de sustancias entre dichos pacientes. Este dato tiene suma importancia en el tipo de tratamiento que reciben los pacientes en hospitales de la salud mental, pues si presentan ambas patologías (que pueden padecer), los pacientes obtienen tratamientos no unificados para su condición de patología dual.

Al consumir sustancias psicoactivas, se generan cambios a nivel neuronal, así también, produce nuevas perspectivas respecto al consumo de sustancias psicoactivas por parte del consumido;. Dichos cambios pueden generar una enfermedad mental, tales como la dependencia a una o varias sustancia psicoactivas. Por otro lado tenemos a pacientes psiquiátricos con otro tipo de trastorno mental, que se encuentran expuestos al consumo de sustancias psicoactivas por la sociedad. Mediante el consumo de dichas sustancias, pueden producir un segundo trastorno mental, relacionado con adicción a una o varias sustancias psicoactivas. Sin reconocer cual de las condiciones genera la una o viceversa (De “Enfermedad mental” a “Dependencia de droga”; “Dependencia de droga” a “Enfermedad mental”), debemos reconocer la relación en datos estadísticos que existe entre ambas.

La falta de estandarización de los datos estadísticos respecto al consumo de sustancia psicoactivas y otros trastornos mentales, nos impide observar la realidad de la salud mental de muchos de nuestros pacientes. Tanto el consumo de sustancias como la existencia de otro trastorno mental, se puede observar dentro de las historias clínicas individuales de cada paciente. A partir de la recopilación de dicha información, los datos estadísticos proveerán de la realidad en la que vive un porcentaje de pacientes. A partir de ello, se podría plantear un estilo de tratamiento para los pacientes, indistintamente de su realidad.

1.3 Justificación

Durante años de estudio universitario, y escolar, me encontré constantemente con el tema “sustancias psicoactivas”. Siendo este un tema tabú, donde se margina y discrimina a aquellas personas que tienen dependencia sobre las sustancias. Durante mis prácticas universitarias, observé como las personas adictas se sienten afectadas por la marginación social. A través de sus historias, aprendí su incapacidad de tomar decisiones acertadas en distintas situaciones, y como estas decisiones las llevaron a inmiscuirse más con las sustancias psicoactivas y menos en sus círculos sociales.

Mediante la práctica y estudio sobre drogo-dependencia, aprendí respecto a la baja efectividad de tratamientos y las constantes recaídas que sufren los pacientes. Incluso recuerdo a los profesionales diciéndome “Hazte a la idea que todos tus pacientes tendrán una recaída, así no sentirás fracaso”. En los pacientes, mediante la observación de su tratamiento y mis prácticas dentro de la terapia, pude observar varias conductas, como ansiedad, problemas de ánimo, alucinaciones, inseguridad, motivación enfocada en el consumo, poca importancia sobre sus relaciones sociales así como en la imagen personal, etc. Además, como se observó en la introducción de este estudio, podemos observar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, tanto a nivel internacional, como nacional. Estas conductas que reflejan varias problemáticas en los pacientes, y los preocupantes informes de consumo de sustancias psicoactivas, llevó a estudiar la prevalencia de ambas patologías dentro de un instituto psiquiátrico.

Así escogí el tema de estudio “Patología Dual”. El estudio no se enfocaría directamente en ajustes para el tratamiento de adicciones, más destaca la variedad de pacientes que se encuentran involucrados en los trastornos mentales por abuso de sustancias. De esta manera, mi estudio pretende generar conciencia respecto a la alta prevalencia de pacientes que sufren la condición de patología dual; e impulsar mayor importancia en este tipo de diagnóstico, para que los pacientes puedan recibir tratamientos más completos en su terapia. También deseo generar el primer estudio nacional sobre el tema “Patología Dual”, tema que a ganado importancia en España desde 2005, con la fundación de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre las enfermedades mentales y el consumo de sustancias psicoactivas.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de las categorías de los trastornos mentales en la patología dual.
- Determinar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.
- Valorar la relación entre las enfermedades mentales y el consumo de sustancias psicoactivas (patología dual).
- Valorar la relación entre patología dual y el sexo.
- Determinar el trastorno mental con mayor prevalencia en patología dual.
- Determinar que trastorno mental por abuso de sustancias psicoactivas, tiene mayor prevalencia en patología dual.

1.5 Hipótesis

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y otros trastornos mentales no relacionados al consumo de sustancias psicoactivas.

MARCO REFERENCIA

1.6 Marco Histórico

Los primeros indicios de sustancias psicoactivas se encuentran en épocas tan remotas como el Paleolítico y el Neolítico, no se puede definir la frecuencia de uso de las diversas sustancias psicoactivas, pero sí su existencia. Para esta época, se estima que su uso tenía fines espirituales, mágicos o religiosos (GABANTXO, 2001). En los descubrimientos arqueológicos, se estima que 5.000 a.C. existían vasijas para el almacenamiento de miel. Se deduce que al esperar que esta miel fermentara, y al mezclarla con agua, se logró el primer vino conocido como hidromiel. Así fue el primer tipo de bebida alcohólica que consumió el ser humano (Corrêa de Carvalho, 2007).

También podemos observar como cada cultura estaba ligada a una droga diferente, dependiendo claro, del ambiente en el cual se encuentran las culturas. Se estima que en 4.000 a.C. las culturas antiguas que vivían en la China antigua, cultivaban el cáñamo, planta mejor conocida como cannabis. Del otro lado del océano pacífico, encontramos a las culturas Incas en la alta cordillera andina, que cultivaban la hoja de coca, por sus generosos efectos energizantes y analgésicos al masticar la hoja. Subiendo a Centro América, encontramos a los Aztecas, quienes ingerían el teonanacati y el peyote, ambos con fines religiosos (Corrêa de Carvalho, 2007). De igual forma, encontramos la aparición del opio en la cultura babilónica en el medio oriente.

En la antigua Grecia se puede apreciar vastos cultivos de la vid, una uva que al exprimirla y guardarla por largos periodos de tiempo, se convierte en vino. El vino se expandió rápidamente a Roma, donde las grandes poblaciones empezaban a concentrarse en las ciudades. En Roma se estima que se presentaron las primeras manifestaciones de intoxicación de masas por consumo de sustancias psicoactivas, en este caso, el alcohol. (GABANTXO, 2001). No quiere decir que anteriormente a este hecho no exista ningún caso de intoxicación

por consumo de sustancias psicoactivas, pero si que desde este momento se puede asegurar la existencia de este hecho.

A lo largo de miles de años las drogas influyeron en la sociedad transformándose en parte de ella. El alcohol, el tabaco y el café son sustancias psicoactivas que tienen un alto grado de aceptación social, tanto en su consumo como en el comercio de las mismas. En el siglo XIX, la diversa variedad de sustancias psicoactivas se globaliza a través del comercio, y el estudio con fines médicos empieza a generar avances en su uso. En 1860, China se convierte en un país de consumo masivo de opio, el cual era intercambiado por el demandante té (teofilina) en Europa. Por otro lado, En 1880, España genera grandes producciones de uva, con fines de venta a sus países vecinos, pero termina produciendo mayor cantidad de la demanda comercial mundial, y termina vendiendo a su mercado local en precios extremadamente baratos, convirtiéndolo en un país con altos consumos de alcohol (GABANTXO, 2001).

En la misma década, a través de estudios farmacéuticos en Alemania, se lograron sintetizar varias drogas a partir de sustancias psicoactivas: morfina 1830, heroína 1874, cocaína 1858, entre otras (GABANTXO, 2001). Cabe recalcar que el objetivo de la sintonización de las drogas tenían fines farmacéuticos, medicinales frente a la migraña, fiebre, golpes entre otros (ACLU, s. f.). Todas estas drogas, junto a muchas otras como la marihuana (cannabis), tabaco, alcohol, opio, hachís, etc. son consideradas como drogas tradicionales, y fueron usadas por la sociedad durante todo el siglo XIX hasta la actualidad, a pesar de la prohibición de los países.

Los diferentes Estados a nivel global, han hecho grandes esfuerzos por luchar contra el consumo de sustancias psicoactivas. Legislativamente se han desarrollado leyes que denominan ilícito el consumo, producción y comercio de las diversas drogas. Usaremos de ejemplo a Estados Unidos de América (E.E.U.U.), pues fue el último país en intentar eliminar las drogas legalmente. En 1914, iniciaron las leyes a favor de la prohibición de las drogas, y para 1918 todas las drogas eran ilegales, incluyendo al alcohol, tabaco y la coca usada en

gaseosas. Sin embargo la prohibición del comercio de sustancias psicoactivas fomentaron el tráfico ilícito de las mismas. Creando grandes grupos organizados para la distribución de las diferentes sustancias a nivel nacional. Los más conocidos por el comercio de sustancias psicoactivas fueron las mafias Italoamericanas, reconocidas por su gran poderío en muchas ciudades en E.E.U.U. Es así como en 1933, apenas 15 años más tarde, el gobierno sede a las presiones de su pueblo consumidor, y legaliza abiertamente la producción y comercialización del alcohol, tabaco y marihuana, así como el consumo de todas las drogas, más no la tenencia, producción o comercio de las restantes (ACLU, s. f.).

A nivel mundial, el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco y café se han normalizado. Muchos países han controlado el consumo de la población a través de: aranceles, educación de las problemáticas del consumo, e impidiendo la publicidad de dichos productos. Sin embargo otras drogas como la cocaína, cannabis, opio, entre otras, se mantienen ilegales en la mayoría de países. Se estima que el narcotráfico comerció ilícitamente alrededor de 320.000 millones de dólares en 2016 (Mundo, 2016). Esto demuestra que la lucha frente al narcotráfico es una guerra económica, en la que si se invierte dinero para combatirla (soldados, armas, etc.), aumenta el precio de las sustancias psicoactivas para poder introducirla dentro del país, y por tanto, aumenta la motivación por venderlas.

Se puede considerar que existen dos grupos de sustancias psicoactivas de acuerdo a la historia. Las “tradicionales” como el alcohol, tabaco, marihuana, hoja de coca, cocaína, heroína, LSD, hongos alucinógenos, etc. y las “modernas”, las cuales nacen desde hace algunos años atrás, como resultados de la investigación de diversos laboratorios farmacéuticos. Este grupo nace en los 60’s, entre ellas están los ácidos, metanfetaminas, Eva, Speed, Poopers, Éxtasis, entre otras (Gratacós, 2016).

El consumo de sustancias psicoactivas tiene un inicio remoto en la historia de nuestras culturas. Se estima que el consumo de dichas sustancias tuvo fines religiosos, espirituales, relajantes, medicinales y como predictores del futuro (Corrêa de Carvalho, 2007). Sin embargo las a través de los años, el consumo de las sustancias tiene diversas motivaciones,

entre las que podemos encontrar: factores sociales, deseo a escapar de la realidad, aburrimiento, rebeldía, la gratificación instantánea que produce el consumo, la adicción física que se produce la droga, entre otras. (Partnership, s. f.).

Enfocándonos ahora en la historia de la enfermedad mental, no es posible identificar con exactitud cuando aparecieron los primeros casos de trastornos mentales. Quizás el motivo está relacionado al hecho de que en la antigüedad las personas con este tipo de “condición”, se les consideraba poseídos por demonios, embrujados o incluso castigados por los dioses. En 460 a.C. Hipócrates crea la teoría humoral, fue el primero en creer que el cerebro es el encargado de emociones y pensamientos, y creía que las mentes distorsionadas provenían de orígenes naturales (Muns, 2018). Los árabes fueron quienes adoptaron mejor este concepto, y en 707 d.C. se construyeron los primeros establecimientos “con el fin de internar y cuidar a los débiles de espíritu” (Murray, 2006).

A pesar de haber desarrollado estas primeras ideas respecto a la mente y su salud, en la edad media aún se mantenía la creencia de que las “enfermedades mentales” eran originadas del pecado, brujerías y posesiones demoniacas. La idea de posiciones demoniacas se fortalece con una iglesia católica autoritaria, y su guerra frente a los herejes. Es así como los tratamientos para dichas personas giraban alrededor de torturas y hogueras de curación, todas con el fin de salvar al alma (Amaya, 2011). En 1487 se publica un libro para identificar demonios y como hacer para liberar a los embrujados, este libro se llamaba “Malleus Maleficarum” En España, entre 1409 y 1527 se abren de varios establecimientos para el cuidado de los “enfermos mentales” entre los que se encuentran: Valencia, Zaragoza, Sevilla, Valladolid, Toledo y Granada (Murray, 2006).

En el año 1676 d.C. en reino unido, se organizaban visitas turísticas a hospitales de cuidado de enfermos mentales. Estos hospitales prácticamente servían como un zoológicos con pacientes encadenados, como un sistema de diversión pública, e incluso cobraban una comisión de ingreso. En esta misma época se observa como varios pacientes son fácilmente confundidos como criminales. En el siglo XVIII William Battie fue el primero en dar

tratamientos apropiados para los pacientes en hospitales psiquiátricos, generando ambientes tranquilos y tareas rutinarias para los pacientes (Murray, 2006).

En los finales del siglo XIX y principios del XX, empezamos a ver una marcada revolución del tratamiento a enfermos mentales. Tanto Pinel, como Rush empiezan una nueva carrera de la medicina enfocada en la mente, ellos son considerados los padres de la psiquiatría (Murray, 2006). Seguido por la corriente del estudio de la mente, en 1895 Sigmund Freud publica su primer libro “Estudio Sobre la Histeria”. Este libro causó gran discusión entre varios estudiosos, y fue seguido por varios libros más, que hablaban de diversos temas en el estudio de la mente. Finalmente, su corriente se desarrolló en una escuela que se mantiene activa hasta la actualidad (Torres, s. f.).

Además de estos hechos importantes sobre el inicio del estudio de la mente, en el siglo XX inician los estudios psicofarmacológicos y bioquímicos. La clorpromacina fue el primer psicofármaco descubierto, abriendo en 1950 la primera generación de psicofármacos para el tratamiento de pacientes psiquiátricos (AHFS, 2018). Años después, en 1961, bajo el estudio de los fármacos de primera generación, nace la clozapina, convirtiéndose en el primer fármaco de segunda generación de psicofármacos (Murray, 2006).

Regresando un poco en la historia, en 1948 se publica el primer manual de clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción (CIE-1). Dentro del manual, publicado por la organización mundial de la salud (OMS), ya se encontraban algunas enfermedades relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas (Knibbs, s. f.). En 1952, cuatro años después, y con la motivación de desarrollar manuales diagnósticos excepcionalmente para los trastornos mentales, nace la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales (DSM-1) (Murray, 2006). Siendo este un manual publicado por el Comité de Nomenclatura y estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, inicio una competencia con la OMS. Desde esa fecha, tanto la CIE como el DSM han revisado múltiples veces sus estudios con el fin de declarar nuevas

enfermedades mentales no diagnosticadas y sobreponerse al manual publicado por la otra institución y viceversa.

El desarrollo de ambos manuales, fue liderado por varios estudios estadísticos entre muchas instituciones de la salud mental. La diversidad de corrientes en la escuela de psicología a producido un desarrollo en la estandarización de diagnósticos. Hasta la actualidad, ambas instituciones han revisado y discutido respecto a la variedad de diagnósticos en sus publicaciones. La CIE ha publicado 11 manuales de diagnóstico, con su última publicación en Julio de 2018. Mientras que el DSM ha publicado 5 ediciones, su última publicación en 2013.

Una parte muy importante de la historia de la salud mental, es la aparición de la anti-psiquiatría. Esta se instaura en 1963 en Estados Unidos, sin embargo sus inicios vienen desde años posteriores, por el deplorable maltrato de los pacientes en los hospitales para la salud mental. Del nacimiento de la anti-psiquiatría se conocen varios autores entre ellos Ronald. D. Laing, David Cooper, Franco Basaglia, y el mayor representante Thomas Szasz, con su publicación “El Mito de la Enfermedad Mental” en 1961 (Murray, 2006).

Desde la aparición de la salud mental, tanto la psicología y como la psiquiatría a se ha sobrepuesto a varios obstáculos en la salud mental. Actualmente observamos de forma más detenida el de la “Patología Dual”. Después de múltiples congresos de discusión frente al tratamiento de los trastornos mentales por consumo de sustancias, en España empezaron a enfocar su atención sobre el tema de patología dual. En la discusión de los estudios, encontraron que entre los pacientes adictos había una alta prevalencia con otros trastornos mentales. Las discusiones llevaron a más congresos de discusión hasta que en el año 2005 se constituyó la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), para estudiar con mayor detenimiento esta rama de la psicología (Szerman, 2016).

La historia de la salud mental es relativamente corta, y aún en la actualidad hay mucha discrepancia en los tratamientos que se deben realizar para los distintos casos. Es así el caso de

las adicciones, “hablando respecto al paciente adicto, el fracaso de la terapia está casi asegurado” (Tardón, 2014). Y si encontramos una relación entre los diversos trastornos mentales, conjunto con los trastornos mentales por abuso de sustancias, podemos decir entonces, que aquellos pacientes sufrirán el mismo destino. Es así la importancia de dedicar estudios a esta enfermedad dual.

1.7 Marco teórico

Salud Mental: Estado de bienestar global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo, tales como el estado emocional, social, intelectual, entre otros. («OMS | Salud mental», s. f.). Por inferencia, la salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (E. E. López, Ochoa, & Olaizola, 2005).

Patología Dual: Es un término acuñado por Miguel Casas en la década de los 90s, adoptado por varios profesionales de la salud mental, con el fin de etiquetar a aquellos pacientes que tenían una concurrencia, en un mismo individuo, de por lo menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico (Szerman, 2016).

Enfermedad Mental: Alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en la que quedan afectados procesos psicológicos («» Enfermedad Mental - Avifes», s. f.). El concepto de enfermedad o trastorno mental tiene una dificultad para generar su definición, sin embargo se coincide en que estos son una integración de factores biológicos, psicológicos y sociales; y que son más que la ausencia de salud mental; “El trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al

entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo” (Galicia, 2010).

CIE-10: Sistema de clasificación diagnóstica para enfermedades y trastornos mentales. Se denomina Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud – décima revisión. Provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas (UNODC, 2016).

DSM-5: Es la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Esta es una clasificación de trastornos mentales, para apoyar el establecimiento de un diagnóstico a los pacientes de los profesionales de salud mental. También es utilizado para la investigación y el establecimiento estadístico de salud pública (Giacomo, 2013).

Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas: Conjunto de eventos psicopatológicos iniciados con la intoxicación aguda y sus diferentes manifestaciones, y que de modo progresivo pueden concluir en la adicción o dependencia, incluyendo por tanto expresiones características para cada tipo de sustancia psicotrópica en lo concerniente a los cuadros clínicos de la intoxicación aguda, crónica, dependencia, síndrome de abstinencia e inclusive los trastornos psicóticos inducidos por tales sustancias, así como la comorbilidad médica general, familiar y social relacionadas. (BORDA, 2016)

Sustancias Psicoactivas: Toda sustancia con efectos psicoactivos capaces de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento. Entre ellas encontramos: Alcohol, opioides, cannabinoides, cocaína, tabaco, etc. (Gálligo, s. f.). Su nombre común utilizado en la sociedad es “droga”.

Consumo: Tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, frecuencia, situación física, psíquica y social del sujeto, en la que no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (BORDA, 2016).

Abuso: Uso excesivo de sustancias con el fin de experimentar resultados que alteran la mente y el estado de ánimo (Capestrano, 2018).

Dependencia: Falta de control “relativa” sobre la conducta del consumo de sustancias. El sujeto "se encuentra" con una tendencia en sí mismo a consumir las sustancias, tendencia frente a la cual, puede ejercer una incapacidad de decisión (C. López, 2006).

Síndrome de Abstinencia: Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta quien ya ha desarrollado dependencia de una droga cuando suspende su consumo bruscamente, o lo disminuye en forma significativa después de un período prolongado de ingestión (Fuentes, s. f.)

Prevalencia: “Es la proporción de una población que tiene una condición (normalmente una enfermedad o un factor de riesgo, como fumar). Para calcular, se compara el número de personas que tienen la condición con el número de personas estudiadas. El resultado suele expresarse como una fracción (por ejemplo 1/3), como porcentaje (%) o como el número de casos por cada 10 000 o 100 000 personas. La prevalencia se puede medir en un momento concreto (prevalencia puntual) o en un periodo de tiempo dado, como un año (prevalencia de periodo)” (EUPATI, 2015); Prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado, es decir es como una foto fija (Ibáñez, 2012).

Sustancias psicoactivas ilícitas: Todas las sustancias que causan efectos psicoactivos capaces de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento (Gálligo, s. f.). En general se emplea el término Sustancia psicoactiva ilegal o

ilícita al hablar de aquellas que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal (UV, 2018). Entre las sustancias psicoactivas ilícitas, encontramos la marihuana, cocaína, inhalantes, cocaína, Heroína, Crack, entre otros (Escobar-Córdoba, 2008). Se debe aclarar que la ilegalidad de una sustancia psicoactiva dependerá directamente de la legislación de cada país individualmente.

Historia Clínica: La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica (Caramelo, 2017). Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital (Vallejo, 1999).

1.8 Marco Metodológico

El estudio consiste en encontrar la relación entre variables, para dichas variables se encontraron datos estadísticos concretos según cada categoría, se ha desarrollado el trabajo de investigación bajo un método de estudio descriptivo. De esta manera se pretende obtener resultados concretos en la investigación, y visualizar la problemática desde una perspectiva que permita la valoración objetiva de sus resultados.

“Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. Por ejemplo, un investigador organizacional que tenga como objetivo describir varias empresas industriales de Lima, en términos de su complejidad, tecnología, tamaño, centralización y capacidad de innovación; mide estas variables y por medio de sus resultados describirá: 1) cuánta es la diferenciación horizontal (subdivisión de las tareas), la vertical (número de niveles jerárquicos) y la espacial (número de centros de trabajo), así como el número de metas que han definido las empresas (complejidad); 2) qué tan automatizadas se encuentran (tecnología); 3) cuántas personas laboran en ellas (tamaño); 4) cuánta libertad en la toma de decisiones tienen los distintos niveles y cuántos de ellos tienen acceso a la toma de decisiones (centralización de las decisiones), y 5) en qué medida llegan a modernizarse o realizar cambios en los métodos de trabajo o maquinaria (capacidad de innovación)” (Roberto, Carlos, & María, 2010).

“Sin embargo, el investigador no pretende analizar por medio de su estudio si las empresas con tecnología más automatizada son aquellas que tienden a ser las más complejas (relacionar tecnología con complejidad) ni decirnos si la capacidad de innovación es mayor en las empresas menos centralizadas (correlacionar capacidad de innovación con centralización)” (Roberto et al., 2010).

“Lo mismo ocurre con el psicólogo clínico que tiene como fin describir la personalidad de un individuo. Se limitará a medirla en sus diferentes dimensiones (hipocondría, depresión, histeria, masculinidad-feminidad, introversión social, etc.), para lograr posteriormente describirla. No le interesa analizar si mayor depresión se relaciona con mayor introversión social; en cambio, si pretendiera establecer relaciones entre dimensiones o asociar la

personalidad con la agresividad del individuo, su estudio sería básicamente correlacional y no descriptivo” (Roberto et al., 2010).

“Así como los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Roberto et al., 2010).

“En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.). Por ejemplo, si vamos a medir variables en escuelas, es necesario indicar qué tipos de éstas habremos de incluir (públicas, privadas, administradas por religiosos, laicas, de cierta orientación pedagógica, de un género u otro, mixtas, etc.). Si vamos a recolectar datos sobre materiales pétreos, debemos señalar cuáles. La descripción puede ser más o menos profunda, aunque en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno de interés” (Roberto et al., 2010).

METODOLOGÍA

1.9 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de corte transversal, descriptivo.

1.10 Universo

Los pacientes del “Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón” el cual se encuentra ubicado en la zona de Calderón, al norte de Quito – Ecuador; Atendidos entre los años 2012 y 2017, es decir 6 años de pacientes ingresados al instituto. Este es un instituto privado, que recibe transferencias de hospitales públicos y también brinda apoyo a personas de bajos recursos

como ancianos abandonados. En este caso podemos encontrar pacientes provenientes de grupos sociales tanto de alto como de bajo nivel económico.

1.11 Muestra

La muestra son los pacientes ingresados en el hospital “Psiquiátrico Sagrado Corazón” desde enero del 2012 hasta diciembre del 2017 (6 años). Solo se usaron los datos de las historias clínicas de aquellos pacientes que fueron internados al hospital, más no de aquellos pacientes que fueron atendidos y no ingresaron.

El tamaño de muestra fue 1513 pacientes. En los cuales la media de edad fue 42 años, y la moda 33 años. Hubo 907 pacientes hombres y 604 mujeres.

1.11.1.1 Criterios de inclusión:

Todos los pacientes que han sido internados en el “Hospital Psiquiatrico Sagrado Corazón de Jesus” en el periodo contemplado entre enero del 2012 y diciembre del 2017. De los cuales está registrada la información necesaria para el estudio.

1.11.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad (menor a 18 años).
- Pacientes con historias clínicas incompletas, con relevancia a datos para ingresar en el estudio: Diagnóstico, edad, nivel de instrucción, sexo.
- Pacientes con diagnóstico de trastornos mentales en los siguientes grupos:
 - Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
 - Trastornos del desarrollo psicológico
 - Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

1.12 Operacionalización de las variables.

Tabla 1 Operacionalización de las variables.

Nombres de las variable	Concepto	Naturaleza de la variable	Categorías/Rango	Indicador
Edad	Años de vida contados desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa	18 - 94	Media y desviación estándar
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Categoría	“Masculino” “Femenino”	Frecuencia absoluta y relativa
Nivel de Instrucción	El grado más elevado de estudios realizados en cursos educativos.	Categoría	“Sin Instrucción” “Básica” “Bachillerato” “Superior”	Frecuencia absoluta y relativa
Trastornos mentales no debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.	Diagnóstico de trastornos mentales no ligados a consumo de sustancias psicoactivas.	Categoría	Anexo A	Frecuencia absoluta y relativa
Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.	Diagnóstico de trastornos mentales debidos a consumo de sustancias psicoactivas.	Categoría	Anexo B	Frecuencia absoluta y relativa
Clasificación de los trastornos mentales.	Categorización de los trastornos mentales en grupos clasificativos.	Categoría	Anexo C	Frecuencia absoluta y relativa
Consumo de sustancias psicotrópicas	La historia clínica individual de cada paciente señala el consumo o no de sustancias psicoactivas.	Categoría	“Si”, “No”.	Frecuencia absoluta y relativa
Tipo de Sustancia Psicotrópica.*	La historia clínica individual de cada paciente señala el consumo de sustancias psicoactivas.	Categoría	“Ninguno”, “Alcohol”, “Varias”, “Marihuana”, “Café”, “Cemento de contacto”, “Cigarrillo”, “Cocaína”, “Medicamentos lícitos”, “Opio”, “Sedantes”.	Frecuencia absoluta y relativa

* Definición CIE-10

1.13 Técnicas para la recolección de los datos

Los datos se obtuvieron por medio de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el “Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús”. Se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 24.

1.13.1 Fuentes primarias

No se aplicaron “fuentes primarias” en el estudio, pues los datos obtenidos para la estandarización de los datos provinieron de historias clínicas únicamente, y no se encontró la necesidad de buscar mayor información de forma directa con los pacientes.

1.13.2 Fuentes secundarias

Se usó las historias clínicas de los pacientes para obtener los datos necesarios para el estudio. Durante la recolección de datos se obtuvieron las siguientes variables relevantes: “Edad”, “Sexo”, “Nivel de Instrucción”, “Trastornos mentales no debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”, “Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”, “Clasificación de los trastornos mentales”, “Consumo de Sustancias Psicotrópicas” y “Tipo de Sustancias Psicotrópica”.

1.14 Procedimientos para la recolección de los datos

Para lograr la recolección de datos se desarrolló el siguiente proceso:

1. Obtención de los permisos del hospital psiquiátrico para revisar las historias clínicas de los pacientes.
2. Definición de las variables a recolectar en archivo SPSS versión 24.
3. Recolección de los datos estadísticos seleccionados mediante la lectura de las historias clínicas de los pacientes.
4. Validación de los datos estadísticos.

1.15 Plan de análisis de datos (análisis estadístico, análisis cualitativo)

La muestra se describió, utilizando la distribución de frecuencias para las variables categóricas como sexo y nivel educativo. La variable edad, por su naturaleza cuantitativa, se resumió con la media y la desviación estándar, los valores mínimos y máximo.

Las prevalencia de trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas se calcularon mediante la proporción de individuos con estas patologías de toda la población

estudiada en el período de tiempo entre 2012 y 2017. Además las prevalencias se analizaron en función de otras variables como edad, sexo y nivel educativo.

Para determinar la asociación entre la prevalencia de trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas, la prevalencia de edad y patología dual, la prevalencia de patología dual y sexo, la prevalencia de patología dual y clasificación de trastornos mentales y del comportamiento, y la prevalencia de Trastornos por abuso de sustancias psicoactivas y clasificación de trastornos mentales y del comportamiento. Se empleó el contraste de pruebas de hipótesis con el estadístico X^2 con un error α de 0,05.

CAPÍTULO 2. RESULTADOS

Una vez explicado el desarrollo de la investigación, así como sus objetivos generales, historia, enfoque de estudio, entre otros, abrimos el siguiente capítulo con el fin exponer de forma objetiva la información recabada en estudio. Por medio de tablas e ilustraciones, se explica de forma sencilla y detallada las distintas características de la muestra. Se expresa la prevalencia de trastornos mentales, tanto aquellos relacionados con SP (Sustancias Psicoactivas) como aquellos que no están relacionados. Posteriormente se detalla la prevalencia del tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes, así como cual o cuales sustancias se encuentran ligadas a distintos tipos de trastornos mentales no relacionados a consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2 Resumen de la variable edad de los pacientes ingresados en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón” durante el periodo 2012 – 2017.

Estadísticos	N	Perdidos	Media	Moda	Mínimo	Máximo
	1511	2	42,87	33	18	94

Como se puede apreciar, entre los 1513 sujetos estudiados, hubo dos que no tenían registro de edad. La edad mínima fue 18 años, y la máxima 94 años, con un promedio de 42,87 años y una desviación estándar de 33 años.

Tabla 3 Distribución sociodemográfica de los pacientes ingresados en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón” durante el periodo 2012 – 2017.

Variable	Categoría	FA	FR (%)
Sexo	Mujer	604	40,0
	Hombre	907	60,0
Nivel de Instrucción	Sin Instrucción	74	4,9
	Básica	340	22,5
	Bachillerato	742	49,0
	Superior	357	23,6

El 40,0% (604) fueron mujeres y 60,0% (907) hombres. Se encontró que 742 (49%) su nivel de instrucción fue bachillerato; 357 (23,6%) fue nivel Superior; 340 (22,5%) fue básica; Y 74 (4,9) no tienen instrucción educativa.

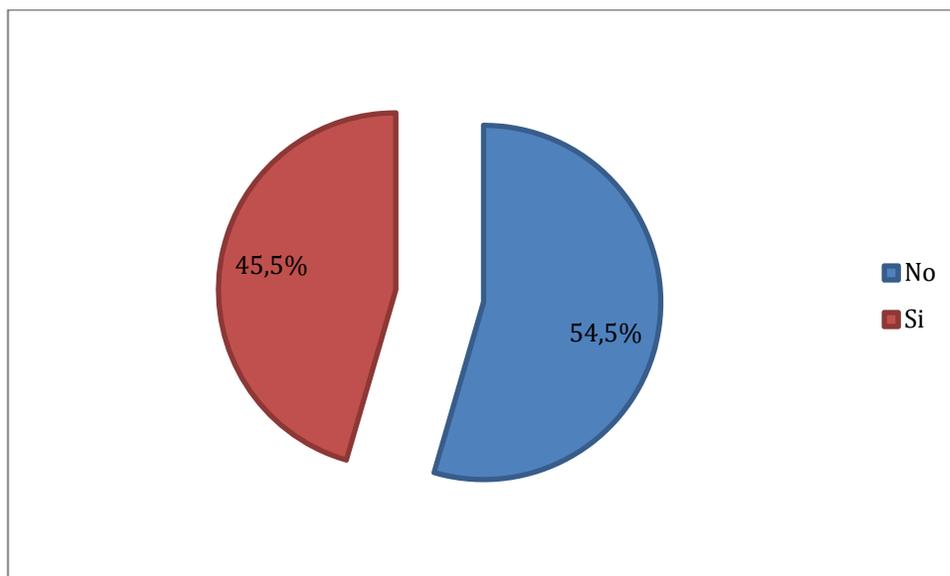


Ilustración 1 Porcentaje de pacientes ingresados por consumo de sustancias psicotrópicas debidos a “Trastornos mentales y del comportamiento”, en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón”

En la Ilustración 1, se expresa el porcentaje de la muestra diagnosticada con “Trastornos Mentales y del Comportamiento por Consumo de SP”. Así encontramos que 688 (45,5%) tiene

un diagnóstico relacionado a consumo de SP, así como 825 (54,5%) pacientes tienen un diagnóstico no relacionado a consumo de SP.

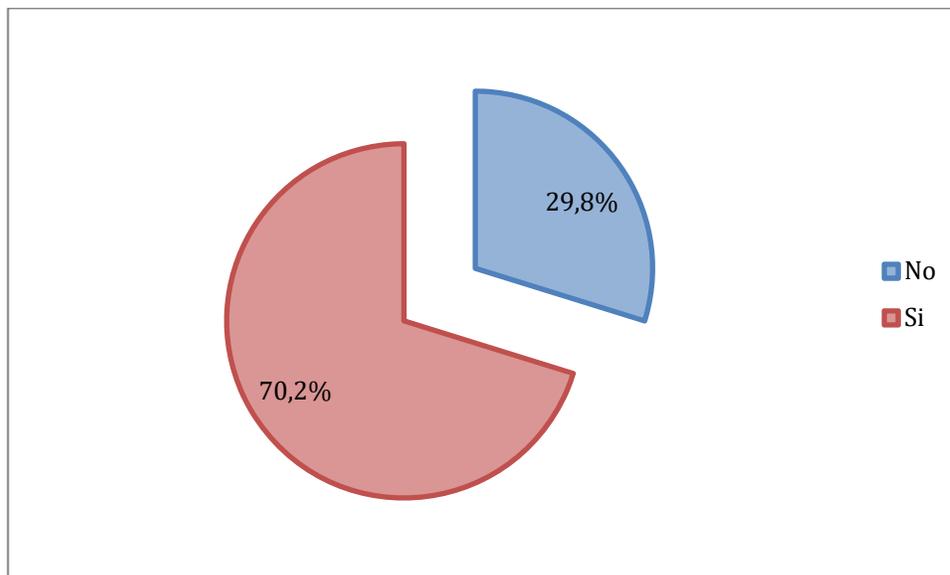


Ilustración 2 Porcentaje de pacientes ingresados debidos a Trastornos mentales y del comportamiento, sin incluir por consumo de sustancias psicotrópicas”, en el “hospital psiquiátrico Sagrado Corazón”,

Por otro lado en la Ilustración 2, se expresa la prevalencia de diagnósticos de “Trastornos Mentales” no relacionados al consumo de SP. De dicha manera encontramos que 1062 (70,2%) de la muestra tiene diagnóstico de trastorno mental y 450 (29.8%) no tiene un diagnóstico relacionado con “trastorno mental”.

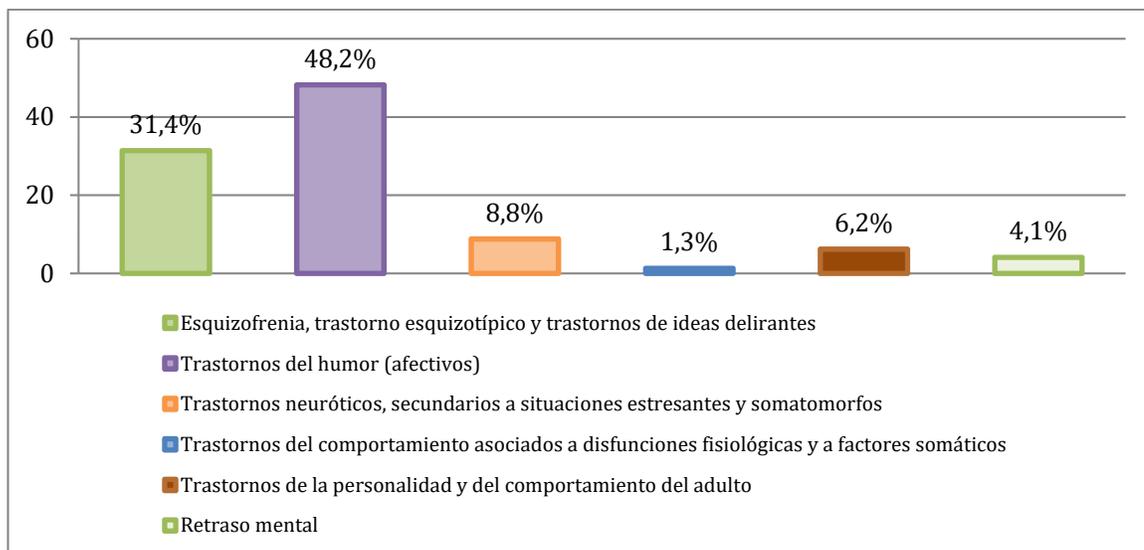


Ilustración 3 Porcentajes de diagnóstico por clasificación de trastornos mentales y del comportamiento sin incluir “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”.

En la ilustración 3 se expresa la prevalencia de diagnósticos, según las distintas categorías diagnósticas de “trastornos mentales”, excluyendo la categoría “Trastornos mentales y del comportamiento por abuso de sustancias psicotrópicas”. Se observa que 510 (48,2%) tiene diagnóstico de la categoría “Trastornos del Humor”; 333 (31,4%) tiene diagnóstico del grupo “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”; 93 (8,8%) esta relacionado a un diagnóstico del grupo “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”; 66 (6,2%) esta relacionado a un diagnóstico del grupo “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”; 43 (4,1%) esta relacionado a un diagnóstico del grupo “Retraso Mental”; Finalmente, 14 (1,3%) esta relacionado a un diagnóstico del grupo “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”.

Tabla 4 Prevalencia de Trastornos Mentales, excluyendo los relacionados a consumo de SP.

Catgoría	FA	FR (%)
Ezquisofrenia.	247	16,30%
Trastorno esquizotípico.	2	0,10%
Trastornos de ideas delirantes persistentes.	15	1,00%
Trastornos psicóticos agudos y transitorios.	36	2,40%
Trastorno de ideas delirantes inducidas.	3	0,20%
Trastornos esquizoafectivo.	28	1,90%
Otros trastornos psicóticos no orgánicos.	2	0,10%
Psicosis no orgánica sin especificación.	1	0,10%
Episodio maníaco.	8	0,50%
Trastorno bipolar.	222	14,70%
Episodios depresivos.	149	9,80%
Trastorno depresivo recurrente.	126	8,30%
Trastornos del humor persistentes.	3	0,20%
Trastorno del humor sin especificación	2	0,10%
Trastornos de ansiedad fóbica	13	0,90%
Otros trastornos de ansiedad	52	3,40%
Trastorno obsesivo-compulsivo	12	0,80%
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	13	0,90%
Trastornos somatomorfos	4	0,30%
Trastornos de la conducta alimentaria	9	0,60%
Trastornos no orgánicos del sueño.	3	0,20%
Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.	1	0,10%
Trastornos específicos de la personalidad	50	3,30%
Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.	5	0,30%
Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.	4	0,30%
Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.	7	0,50%
Retraso mental leve.	19	1,30%
Retraso mental moderado.	14	0,90%
Retraso mental grave.	7	0,50%
Retraso mental profundo	3	0,20%
Total	1060	70,10%
Perdidos	453	29,90%
Total	1513	100,00%

En la Tabla 4, se valora la prevalencia de los diagnósticos de “Trastornos Mentales”. Se debe mencionar que se excluye aquellos trastornos mentales relacionados al consumo de SP. Antes de analizar los datos, es importante resaltar que no se encontró prevalencia de algunos trastornos mentales: “Otros trastornos de Humor”, “Trastornos Disociativos”, “Otros Trastornos Neuróticos”, “Disfunciones Sexual no Orgánica”, “Factores Psicológicos y del Comportamiento”, “Abuso de Sustancias que no producen Dependencia”, “Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos Sin Especificación”, “Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral”, “Trastornos de la Identidad Sexual”, “Trastornos de la Inclinación Sexual”, “Otros Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto” y “Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto sin Especificar”.

Continuando, en la tabla 4 se observa que de 1060 pacientes con “trastorno Mental”, 247 (16,3%) tienen Esquizofrenia; 222 (14,7%), tienen Trastorno Bipolar; 149 (9,8%), tienen Episodios Depresivos; 126 (8,3%), tienen Trastorno Depresivo Recurrente; 52 (3,4%), tienen Otros Trastornos de Ansiedad; 50 (3,3%), tienen Trastornos Específicos de la Personalidad; Los otros Trastornos Mentales registrados tienen prevalencias menores a 3%.

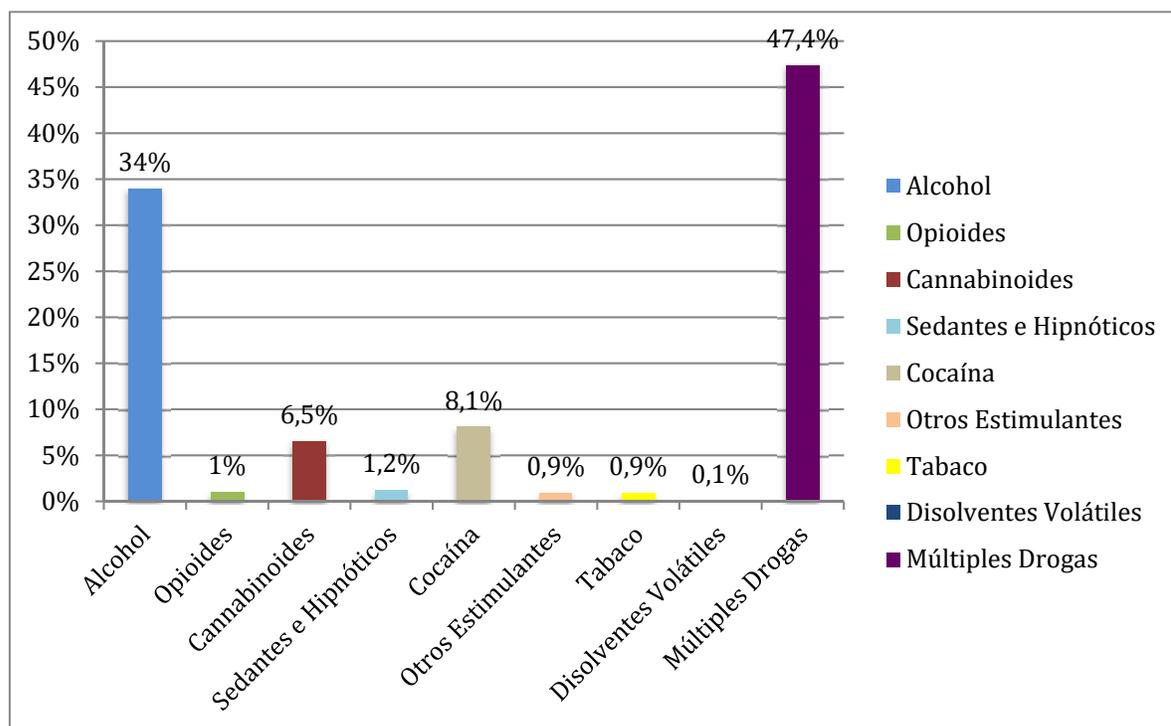


Ilustración 4 Porcentajes de diagnósticos entre clasificaciones de “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”.

En la ilustración 4, se presenta la prevalencia de “Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de SP” en 688 pacientes. Se observa que 328 (47,4%) tienen trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples SP; 235 (34%) tienen trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol; 56 (8,1%) tienen trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína”; 45 (6,5%) tienen trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides; Mientras que 28 (4%) tiene diagnóstico de “trastornos mentales por consumo de SP” como Opioides, Tabaco, Disolventes Volátiles y otros estimulantes.

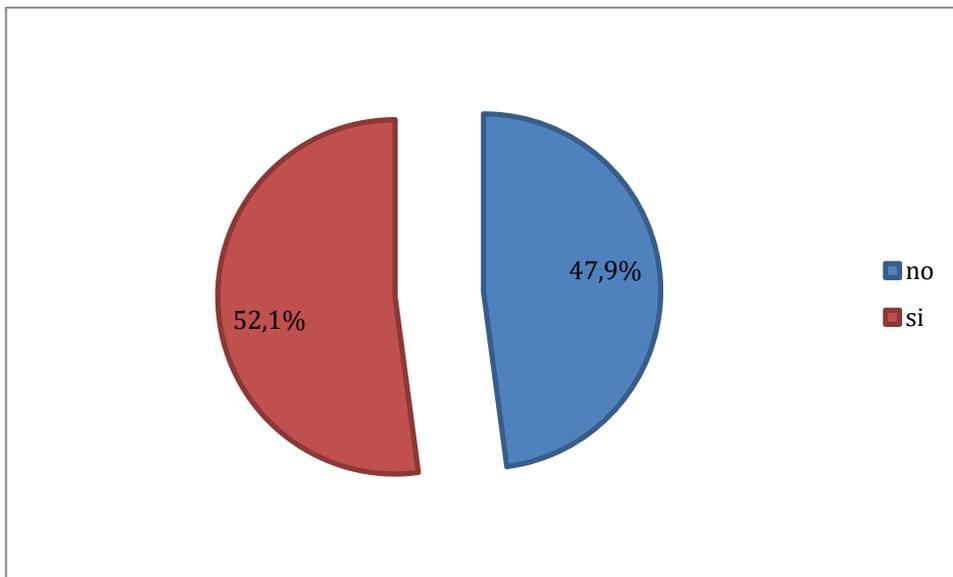


Ilustración 5 Reporte de consumo de sustancias psicoactivas.

En la Ilustración 5, se observa la prevalencia de consumo de SP. Se debe mencionar que los datos obtenidos para esta variable, en específico, son datos informativos que detectaban el consumo de SP por parte de los pacientes en su respectiva historia clínica. Así se encontró que 787 (52,1%) pacientes consumían al menos una SP y 723 (47,9%) no.

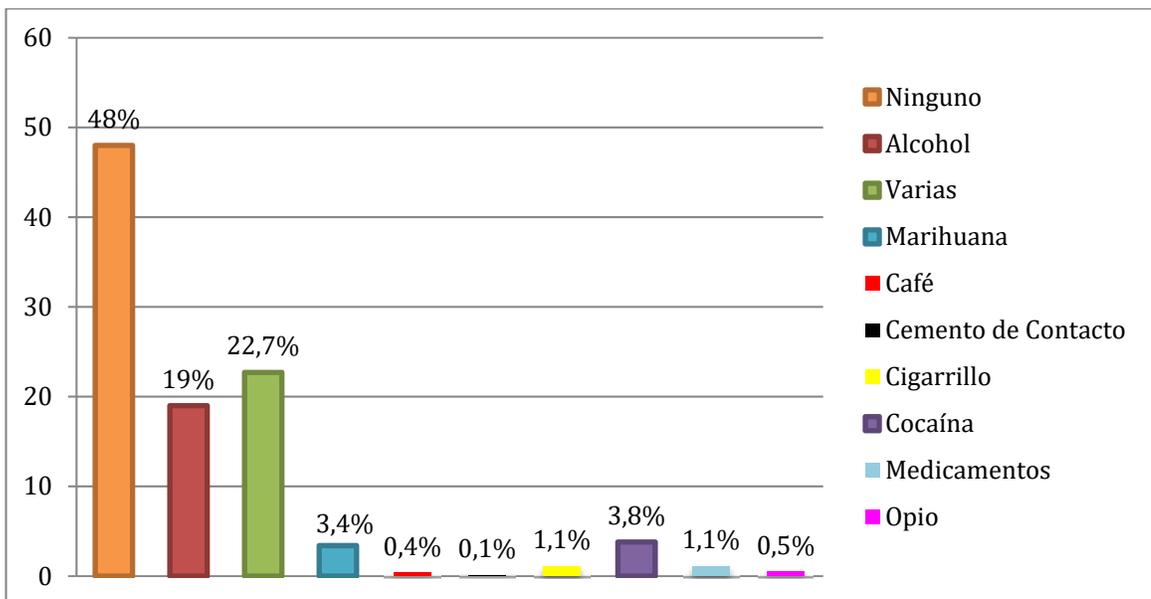


Ilustración 6 Porcentaje de tipo de sustancia psicoactiva consumida por los pacientes.

En la Ilustración 6, se aprecia la prevalencia de consumo de SP consumidas por los pacientes, incluyendo a aquellos pacientes que no tienen diagnóstico de consumo de SP, pero que se valoró el consumo de SP mediante la lectura de sus historias clínicas. Se encuentra que 726 (48%) no consume ninguna SP; 343 (22,7%) consume varias SP; 288 (19%) consume alcohol; 58 (3,8%) consume Cocaína; 52 (3,4%) consume Marihuana; Los porcentajes restantes (3,1%), consumen otras sustancias psicoactivas como medicamentos, cigarrillo, opio y café.

En la primera parte del capítulo de resultados, se hizo una descripción a través de Tablas e Ilustraciones, de cada variable del estudio de manera individual. De dicha manera se establece una descripción de prevalencias que expresan claramente los resultados de la muestra. A continuación, con el fin de cumplir con los objetivos planteados en la investigación, se expresa una visión bi-variada de las prevalencias encontradas.

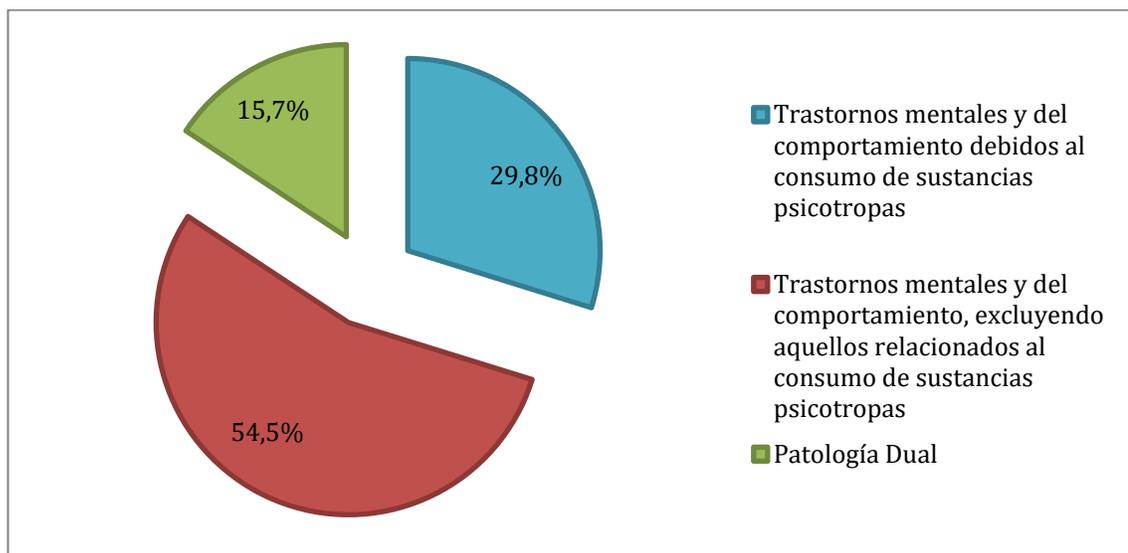


Ilustración 7 Prevalencia de “Patología Dual”.

En la ilustración 7, se describe la prevalencia de ambos diagnósticos en un mismo paciente (aquellos que se encuentran relacionados al consumo de SP y otros trastornos mentales) conocido mejor como “Patología Dual”. De esta manera se observa que 824 (54,5%) tienen diagnóstico de “Trastorno Mental” no relacionados al consumo de SP; 450

(29,8%) tienen diagnóstico de “Trastorno Mental” relacionados al consumo de SP; Y 238 (15,7%) tienen diagnósticos de Patología Dual (Trastorno mental relacionado al consumo de SP y otro trastorno mental). La prueba de Chi Cuadrado de Pearson tuvo valor de 767,324^a, el grado de libertad fue 1 y la significación asintótica bilateral fue 0,000.

Tabla 5 Prevalencia de Patología Dual correlacionada con los grupos de edad.

Grupo Edad	Una Patología	Patología Dual	Total
18-29	92 (76,0%)	29 (24,0%)	121 (100%)
30-39	221 (79,2%)	58 (20,8%)	279 (100%)
40-49	286 (79,7%)	73 (20,3%)	359 (100%)
50-59	194 (85,8%)	32 (14,2%)	226 (100%)
60-69	208 (90,0%)	23 (10,0%)	231 (100%)
70 <	273 (92,2%)	23 (7,8%)	296 (100%)

En la tabla 5, se describe la prevalencia de patología dual con el rango de edad de los pacientes. Se observa que la edad con mayor cantidad de casos diagnosticados (73) se encuentra en edades entre en 40 y 49. Seguidos por las edades entre 30 y 39 por 58 casos. La edad que tubo menos casos de diagnóstico en patología dual fueron los mayores a 70 años. La prueba de Chi Cuadrado de Pearson tuvo una puntuación de 37,676^a, el grado de libertad fue 5 y la significación asintótica bilateral fue 0,000.

Tabla 6 Prevalencia de Patología dual correlacionada con sexo.

		Una Patología	Patología Dual
Sexo	Masculino	737 (81,3%)	169 (18,7%)
	Femenino	535 (88,6%)	69 (11,4%)
Total		1272 (84,3%)	238 (15,7%)

En la tabla anterior, tabla 6, se aprecia la prevalencia de patología dual correlacionada con el sexo. Se observa que 169 (18,7%) de pacientes masculinos padecen de patología dual, mientras que 69 (15,7%) de pacientes femeninos padecen de patología dual. La prueba Chi Cuadrado de Pearson tuvo una puntuación de 14,266^a, el grado de libertad fue 1 y la significación asintótica bilateral fue 0,000.

Tabla 7 Prevalencia de Patología Dual en clasificación de Trastornos Mentales.

Clasificación Trastornos Mentales y del Comportamiento	Existencia de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas		Total
	No	Si	
	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	277 (83,2%)	
Trastornos del humor (afectivos)	393 (77,1%)	117 (22,9%)	510 (100%)
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	75 (80,6%)	18 (19,4%)	93 (100%)
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	12 (85,7%)	2 (14,3%)	14 (100%)
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	24 (36,4%)	42 (63,6%)	66 (100%)
Retraso mental	40 (93,0%)	3 (7,0%)	43 (100%)

En la tabla 7 se puede observar la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de SP, relacionado con otros Trastornos mentales y del comportamiento. Se observa 117 (22,9%) casos de patología dual en la categoría “Trastornos del Humor”; 56 (16,8%) casos de patología dual en la categoría “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”; 42 (63,65) casos de patología dual en la categoría “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”. 18 (19,4%) casos de patología dual en la categoría “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. Los otros grupos diagnósticos tuvieron apenas 5 casos de patología dual. En la prueba Chi Cuadrado de Pearson tuvo una puntuación de 77,348^a, el grado de libertad fue 5 y la significación asintótica bilateral fue 0,000.

Tabla 8 Prevalencia de trastornos por consumo de SP en pacientes diagnosticados con otro Trastorno Mental y del Comportamiento.

<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas</i>	<i>Clasificación Trastornos Mentales y del Comportamiento no relacionados a consumo de SP</i>					
	Esquizofrenia	Trastornos del humor (afectivos)	Neuróticos	Disfunciones Fisiológicas	Personalidad	Retraso mental
Alcohol	5 (8,8%)	46 (39,3%)	7 (38,9%)	0 (0%)	6 (14,3%)	2 (66,7%)
Opioides	0 (0%)	3 (2,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cannabis	14 (24,6%)	6 (5,1%)	4 (22,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)
Sedantes Hipnóticos	0 (0%)	3 (2,6%)	2 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cocaína	2 (3,5%)	8 (6,8%)	1 (5,6%)	0 (0%)	6 (14,3%)	0 (0%)
Otros Estimulantes	3 (5,3%)	1 (0,9%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tabaco	3 (5,3%)	2 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Múltiples SP	30 (52,6%)	48 (41%)	3 (16,7%)	2 (100%)	30 (71,4%)	0 (0%)
Total	57 (100%)	117 (100%)	18 (100%)	2 (100%)	42 (100%)	3 (100%)

En la tabla 7 se observa la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas en los pacientes diagnosticados con otro trastorno mental y del comportamiento. Es importante señalar que los resultados de esta tabla, considera solamente aquellos pacientes con patología dual. Se observa que en la categoría “Trastornos del Humor”, 48 (41%) pacientes están relacionados a consumo de múltiples drogas., mientras 46 (39,3%) pacientes están relacionados a consumo de alcohol; En la categoría “Trastornos de la personalidad y del comportamiento”, 30 (71,4%) pacientes están relacionados a consumo de múltiples drogas; En la categoría “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, 30 (52,6%) pacientes están relacionados a consumo de múltiples drogas. En la prueba Chi Cuadrado de Pearson tuvo una puntuación de 80,753^a, el grado de libertad fue 35 y la significación asintótica fue 0,000.

CAPÍTULO 3. DISCUSIÓN

La relación entre los “Trastornos mentales y del comportamiento por abuso de sustancias psicotrópicas” y “Trastornos mentales y del comportamiento no relacionados a sustancias psicotrópicas”, no genera una relación causa-efecto entre las variables. Simplemente destaca la relación existente entre las variables (15,7%). Por tanto, no se puede concluir que el consumo de SP causa el desarrollo de trastornos mentales (no relacionados a SP). Tampoco se puede afirmar que tener un trastorno mental, facilita el desarrollo de adicción a una SP. Simplemente observamos que los pacientes de la salud mental, tienen una relación con el consumo de SP.

Se desea recalcar que los datos obtenidos por el estudio, a pesar de respetar los diagnósticos otorgados por los profesionales respectivos, tienen falta de diagnóstico en lo referido a “Trastorno Mental y del Comportamiento por Abuso de SP”. Este dato se sustenta con la ilustración 5, presentada en el capítulo de resultados, donde la prevalencia de consumo de sustancias es 6,6% mayor a la prevalencia de “Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de SP” de la ilustración 1, que tiene una prevalencia de 15,7%. A continuación se presentan algunos ejemplos de los datos obtenidos en las historias clínicas que señalaban la variable “Consumo de SP” en la ilustración 5: “Desde hace un mes retoma consumo de alcohol, desde entonces empieza a sentirse cansada y los síntomas empeoran”, “Consume alrededor de 10 cigarrillos diarios”, “Exámenes, positivo cocaína”, “Sus padres reportan que llega por las noches borracho”, “Se auto-medica”, “Ha tomado la medicación como un acto impulsivo”, “Compulsión en el cigarrillo”, “Consumiendo Marihuana desde hace 15 años”, entre otros. De igual manera, se puede encontrar en las historias clínicas datos importantes en los criterios diagnósticos como: “Dolor abdominal agudo”, “Nauseas”, “Vómito”, “Dolor de cabeza”, “Migraña”, “No concilia el sueño”, entre otros. En los cuales podemos observar síntomas que forman parte de un diagnóstico diferencial con “Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de SP”. Los datos informativos para la ilustración 5, así como los criterios diagnósticos presentados anteriormente, se obtuvieron solamente de las historias

clínicas en los caso clínico que no tenía un diagnóstico relacionado a la categoría “Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de SP”. Así se plantea que los profesionales no le dan la importancia necesaria al diagnóstico relacionado con SP. Un diagnóstico acertado y completo, es importante para desarrollar un tratamiento adecuado para los pacientes del instituto.

El párrafo anterior se hace con el fin de señalar la falta de diagnóstico relacionado a consumo de SP en pacientes que tienen otros trastornos mentales. Pues la adicción es un trastorno a parte que, como se pretende señalar en este estudio, tiene una prevalencia relevante en los pacientes con otros trastornos mentales. De esta manera se encontro una prevalencia de patología dual en el 15,7% de los pacientes.

Dirigimos la atención hacia las SP lícitas. Encontramos que en el diagnóstico de trastornos relacionados a consumo de Alcohol es la segunda en la lista de SP más consumidas, con 235 casos (34%). Esta SP tiene una alta prevalencia entre los diagnósticos, y se propone que esta relación, se encuentra ligada a la legalidad del consumo de la misma. Así, la venta lícita de la SP permite (1) la publicidad del producto, (2) la movilidad y producción sin la preocupación de ser llevados a un proceso judicial, (3) la aceptación social del consumo y abuso de la sustancia. Pues al convertirse en un producto legal, este se normaliza y se promueve en el consumo durante las reuniones sociales. Este no es el caso del “Tabaco”, que a pesar de ser una sustancia lícita igual que el alcohol, tiene apenas una prevalencia de 0,9%. Esto puede estar relacionado a que la mayoría de pacientes se encuentran en hospitales por otros problemas que genera el tabaco, como cáncer de pulmón.

En lo que se refiere a consumo de SP ilícitas, encontramos que la mayoría de casos, 328 (47,4%), están relacionados a consumo de varias SP. Esto nos señala que los pacientes que generan adicción a una SP, (1) están expuestos a varias SP, (2) suelen consumir varias SP en sus ambientes sociales y (3) que una vez que disfrutan de las propiedades psicoactivas de algunas sustancias, tienden a abusar de otras. En lo que corresponde al consumo de las otras SP ilícitas, es interesante observar como los datos de prevalencia son menores al 10% de la

muestra. Esto indica que los pacientes que consumen una sustancia ilícita, suelen estar expuestos al mercado de otras sustancias, y que las consumen, volviéndose adictos a varias SP. Sin embargo, las sustancias individual donde se encuentra mayor prevalencia de diagnóstico es la cocaína (8,1%) esta tiene relación con la dependencia que genera dicha sustancia. Encontrándose segunda en la lista de las SP más adictivas (Torres, 2016). La siguiente en la lista es Marihuana (6,5%), esta encuentra su relación con la aceptación social que se ha generado en los últimos años respecto al consumo de la sustancia. La prevalencia de consumo de marihuana entre universitarios en Ecuador es de 26,21% (Palacios, 2017). A pesar de encontrar datos relativamente bajos en estas sustancias ilícitas, así como en otras como opioides, sedantes, volátiles y otros estimulantes, debemos tomar en cuenta que la adicción a estas drogas se encuentran en el diagnóstico de “Trastorno Mental y del Comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras SP”.

La mayor prevalencia de diagnósticos de “Patología Dual” se encuentra en edades entre 18 y 29 años. Estas son las edades más jóvenes evaluadas en el estudio. Así se observa como los pacientes más jóvenes tienden al consumo de SP. Mientras que en edades mayores a 60 años, se observa menor prevalencia de Patología Dual. Es importante señalar que la mayor cantidad de casos de patología dual, más no de prevalencia, se encuentra en edades entre 30 y 49 años. Así podemos identificar una creciente prevalencia de diagnóstico en patología dual en las generaciones más jóvenes, lo cual propone esta prevalencia siga en aumento en los próximos años.

En los resultados se encontró que la prevalencia de patología dual tiene mayor índice en la población masculina. Donde 18,7% de la muestra masculina tiene patología dual, una diferencia del 7,3% frente al grupo femenino. Este dato se correlaciona directamente con otros estudios sobre la patología mental. En las patologías relacionadas a SP, se halla que las mujeres tienen menor prevalencia de consumo en todas las SP (Kohn et al., 2005) (Sánchez, 2012). Así en la patología mental no relacionada al consumo de drogas, se ha encontrado que la mayoría de pacientes pertenecen al género masculino (Rodríguez-Jiménez et al., 2008).

En los 238 casos registrados de Patología Dual por el estudio, representantes del 15,7% de la muestra, se observa diferencias de variables según la clasificación diagnóstica a la que pertenece cada caso. En los siguientes párrafos se hablara de cada grupo diagnostico (según CIE-10), la prevalencia de Patología dual que existe en cada uno respectivamente y el tipo de trastorno mental relacionado a SP al que está asociada la Patología Dual.

En los pacientes diagnosticados con “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, se encontraron 333 casos. 56 (16,8%) de esos casos padecían de Patología dual. Entre ellos, se aprecia que más de la mitad de los casos (52,6%) de patología dual, sufre de trastorno mental por abuso de Varias SP. Mientras que el 24% está relacionado al consumo de Cannabis. A pesar que el diagnóstico relacionado a cannabis sea inferior, se debe tener en cuenta que dentro del consumo de varias SP, se encuentra el consumo de cannabis (Teniendo en cuenta que el diagnóstico por consumo de varias SP no especifica que se consuma cannabis, sino solamente varias sustancias). Aquí podemos observar la relación entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia, que ha sido detectada en otros estudios (M, M, Cruz, & Larach, 2014).

En referencia a los “Trastornos del Humor (afectivos)”, se encontraron 510 casos. 117 (22,9%) de ellos padecen de patología dual. Entre los distintos casos de patología dual, se encontró que 41% está relacionado al consumo de varias SP. El 39,3% de los casos de patología dual están relacionados al consumo de alcohol. Al igual que en el caso anterior, sería importante señalar si dentro de los pacientes que tienen diagnóstico de varias SP, se encuentra el alcohol entre ellas. Se debe señalar la relación entre el consumo de alcohol y los trastornos afectivos en la prevalencia de patología dual.

En la categoría “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, se encontraron 93 casos. 18 (19,4%) de ellos padecen de patología dual. A pesar de tener una cantidad reducida de casos, se encontró que 7 (38,9%) tenían patología dual relacionada con alcohol, 4 (22,2%) a Cannabis y 3 (16,7%) a varias SP. Se puede observar cómo estas dos sustancias, que tienen mayor aceptación social, están relacionadas a esta

categoría diagnóstica. Sin embargo, la cantidad de datos obtenidos por el estudio, en esta categoría diagnóstica, es muy baja.

En los diagnósticos “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto” se encontraron 66 casos, donde 42 (63,3%) tienen patología dual. Esta es la categoría donde se halló la mayor relación entre enfermedades mentales. Se observa que 30 (71,4%) casos están relacionados con el consumo de múltiples SP. Esta relación nos permite observar la problemática a la que nos enfrentamos con estos pacientes. Es decir, cuando se diagnostica a un paciente con un trastorno de personalidad se debe tomar en cuenta: (1) Alta probabilidad que consuma varias SP, (2) contraindicación en consumo de fármacos, teniendo en cuenta que el paciente está consumiendo una alta gama de SP, (3) Probable que el paciente no consuma de manera responsable los fármacos, (4) tiene la probabilidad de generar adicción a los medicamentos.

Observando los “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” se encontraron 14 casos, donde apenas 2 tenían diagnóstico de patología dual, y todos asociados a consumo múltiples drogas. Se observa una cantidad muy baja de casos para dar una razón que pueda explicar esta prevalencia.

Finalmente, en la categoría “Retraso Mental”, se encontraron 43 casos, de los cuales 3 casos padecen patología dual. Podemos observar que no hay relación entre dicho grupo de trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas. Esto puede deberse a que las personas que sufren de esta patología suelen depender de un adulto constantemente durante su día, el cual lo mantiene alejado de las SP.

Para concluir las relaciones de patología dual, encontramos: Los trastornos por “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes” tienen relación con el consumo de “Múltiples SP” y “Cannabis”. Los “trastornos de humor” tienen relación con el consumo de “Múltiples SP” y “Alcohol”. Los “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto” tienen relación con el consumo de “Múltiples SP”. Los

“Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, tienen relación con el consumo de “Alcohol”. Finalmente, no se encontró relación de Patología Dual en los otros grupos diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento. Además de esto, se encontró mayor prevalencia de patología dual en “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, y mayor cantidad de casos en “trastornos de humor”.

Un tema de discusión muy importante en las SP relacionadas, no solo en patología dual, sino en los trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de SP, es la alta prevalencia de “alcohol” dentro de la muestra. Aquí podemos recalcar la relación perjudicial del consumo de “Alcohol” en la salud mental.

Se encontró una dificultad en el diseño del diagnóstico “Trastorno Mental y del Comportamiento debidos al Consumo de Varias Drogas o Sustancias Psicoactivas”. Puesto que el diagnóstico no distingue cuales o cuantas SP son las que consume en paciente. El diagnóstico que al que se está haciendo referencia, simplemente señala al paciente “adicto”. Esta información es relevante cuando se busca una correlación entre el consumo de sustancias y el trastorno mental (Ejms: cannabis y esquizofrenia), o cual es la SP más consumida entre los pacientes con Patología Dual. Dato importante que identificaría a una SP para información de prevención en lo que concierne a educación para prevención de consumo de drogas.

Se propone, en este artículo, que el consumo de SP no esta relacionado solamente al porcentaje adictivo que tiene cada droga, sino también al gusto por parte de cada individuo a los efectos de cada SP. Verlo desde esta perspectiva, permite elaborar un tratamiento individualizado hacia el paciente que consume una sustancia en particular, así como si consumiera 2 en particular o más. Pues no se está hablando sólo de la adicción (lo cual es un pilar esencial cuando se hable de trastornos por consumo de SP), sino de la adicción que el paciente genera a la sustancia en base a sus efectos psicoactivos.

Puesto que es evidente que la dificultad y duración del tratamiento puede ser valorada según en el número y el tipo de drogas que consume el paciente, además que cada paciente

“puede” tener una droga favorita o de mayor consumo (se recomienda hacer un estudio al respecto). Se considera que el diagnóstico de “trastornos mentales y del comportamiento relacionados a consumo de sustancias psicoactivas”, tiene varias limitaciones en diseño. Las cuales descartan la importancia del tipo de SP que se consume, la cantidad de sustancias que se consume, el tiempo que el paciente lleva consumiendo la sustancia y por supuesto, la SP de consumo favorito (viendola como aquella SP que el paciente prefiere) cuando consume varias SP.

La relación encontrada entre las SP y los trastornos mentales y del comportamiento (15,7%), propician información útil para el evaluador de la salud mental. Pues, se espera, que en el momento que un profesional diagnostique un trastorno del humor, tenga en cuenta la alta probabilidad que este paciente tenga también una relación con el consumo abusivo de alcohol. De igual manera, al diagnosticar un trastorno de personalidad, se busque la relación con consumo abusivo de varias SP. Así como en la esquizofrenia, se puede estar atento a la relación de consumo abusivo de varias SP, o individualmente, al consumo abusivo de alcohol o un cannabinoide.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- Existe una relación de Patología dual en las categorías diagnósticas “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” y “Trastornos del Humor (afectivos)”.
- La prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas se encontró en 52,1%.
- Existe relación entre los pacientes con un “trastorno mental y del comportamiento por abuso de sustancias psicoactivas”, y pacientes con otro tipo

de trastorno mental no relacionado al consumo de SP. No se puede identificar la causa efecto entre ellas.

- El sexo masculino presento una prevalencia de 18,7% de patología dual, mayor a la prevalencia del sexo femenino que se encontraba en 11,4%.
- En los pacientes con patología dual, se encuentra mayor prevalencia en diagnósticos de “Trastorno de personalidad”.
- La sustancias psicoactiva con mayor relación en patología dual fue “Alcohol”.
- Se encuentra un aumento de prevalencia de patología dual en pacientes con edades entre 18 y 29 años.
- Existe una problemática actual y ascendente en el tema de patología dual dentro de los pacientes con salud mental.
- Se encontró, como límite para la investigación, el diagnóstico “trastorno mental y del comportamiento por abuso de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas”. Por su falta de especificación de la sustancia consumida.
- Otro límite de la investigación fue aspirar como dato base al diagnóstico de los pacientes en las historias clínicas. A pesar que esta información es sumamente útil para poder simplificar los resultados, la información que se puede recabar a través de la lectura de historias clínicas retiene muchos datos que pueden ser útiles para comprender comportamientos, sociabilidad, contexto familiar, edad de inicio de consumo de SP, etc.

Recomendaciones:

- Priorizar la educación de adicciones en la educación de salud mental, tanto en los trastornos de personalidad (como esta condición afecta en su diario vivir, adicción psicológica), como en casos de farmacología (explicación física de la adicción). Es importante que el profesional conozca los siguientes puntos: prueba, uso, abuso y adicción de las sustancias psicoactivas.
- La falta de tratamientos efectivos en la población de pacientes adictos, puede ser equivalente a la falta de educación respecto a la adicción en materia general

dentro de psicología (si más personas la estudian, quizás surjan más ideas para el tratamiento).

- Seleccionar en las adicciones múltiples cual es la droga preferida (de mayor dependencia) del paciente. De esta manera se puede integrar un tratamiento específico para el tipo de sustancia que consume el paciente.
- Re-categorización del diagnóstico de drogas, además de un índice individual para cada droga, un índice agrupado del tipo categorizado de dicha sustancia (estimulantes, depresoras y alucinógenas).
- Diseñar un tratamiento en el cual no se niegue el consumo de la sustancia al paciente, sino que este sea intermitente, buscando un consumo donde el paciente se sienta estable con los distintos aspectos de vida, pero pueda mantener el consumo. Es decir, que el paciente encuentre un punto de equilibrio.
- Se recomienda evaluar la edad de inicio de consumo de SP en los pacientes del estudio. Buscando una relación causa efecto en el consumo temprano de sustancias psicoactivas con trastornos mentales.
- Es importante ligar el diagnóstico a las categorías según los efectos que produce cada sustancias. Entre las cuales encontramos: “Estimulantes”, “Depresores” y “Alucinógenos” (Lastre Amell, Gaviria García & Arrieta Reales, 2013). A partir de ese diagnóstico inicial, se diseña el tiempo y el tratamiento según la SP consumida. Finalmente, en lo que concierne a consumo de varias sustancias, es importante identificar la cantidad de sustancias a las que el paciente generó el trastorno, cual o cuales son las drogas preferidas por el consumidor y si ha consumido otras sustancias, a pesar de no haber generado un trastorno con la SP consumida. A partir de dichas especificaciones anteriormente descritas, se propone que el diagnóstico en referencia a adicciones se desarrolle con los siguientes cambios:

- **Tabla 9** Propuesta de tabla diagnóstica para “Trastorno mental y del comportamiento por abuso de sustancias psicoactivas”

F10	F10,1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
------------	--------------	--

	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas Depresoras	F10,2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides
		F10,3	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
F11		F11,4	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas Estimulantes	F11,5	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína
		F11,6	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes
F12		F12,7	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas Alucinógenos	F12,8	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
F13		F13,1	Sólo entre Depresores
		F13,2	Sólo entre Estimulantes
		F13,3	Sólo entre Alucinógenos
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas	F13,4	Mixto Depresores- Estimulantes
		F13,5	Mixto Estimulantes- Alucinógenos
		F13,6	Mixto Alucinógenos-Depresores
		F,13,7	Mixto Puro (Estimulantes-Depresores-Alucinógenos)
			Señalar sustancia favorita de uso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

» Enfermedad Mental - Avifes. (s. f.). Recuperado 27 de marzo de 2018, de <https://avifes.org/enfermedad-mental/>

Abello, C. (2018). Estudio local detecta muy alto consumo de drogas en universitarios. Recuperado 8 de noviembre de 2018, de <https://www.diarioconcepcion.cl/ciudad/2018/01/04/estudio-local-detecta-muy-alto-consumo-de-drogas-en-universitarios.html>

ACLU. (s. f.). Contra la Prohibición de Drogas. Recuperado 6 de julio de 2018, de <https://www.aclu.org/contra-la-prohibicion-de-drogas>

AHFS. (2018). Clorpromazina: MedlinePlus medicinas. Recuperado 16 de julio de 2018, de <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682040-es.html>

Amaya, C. (2011). *Historia de la psiquiatría y enfermedades mentales*. Educación. Recuperado de <https://es.slideshare.net/carmenamaya/historia-de-la-psiquiatra-y-enfermedades-mentales-7887892>

BORDA, M. I. A. (2016). MANUAL DE CODIFICACIÓN, 303.

Capestrano. (s. f.). Causas y Efectos del Abuso de Sustancias - Hospital San Juan Capestrano. Recuperado 27 de marzo de 2018, de <http://www.sanjuancapestrano.com/adiccion/sintomas-efectos>

Caramelo, G. (2017). Historia clínica | DELS. Recuperado 9 de noviembre de 2018, de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/historia-clinica>

Corella, S. (2008). Tercera-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-enseñanza-media.pdf. Recuperado 1 de agosto de 2018, de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Tercera-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-ense%C3%B1anza-media.pdf>

Corrêa de Carvalho, J. T. (2007). HISTORIA DE LAS DROGAS Y DE LA GUERRA DE SU DIFUSIÓN.

DS. (2017, marzo 24). Psicofármacos. Recuperado 9 de noviembre de 2018, de <http://www.euskadi.eus/informacion/psicofarmacos-adicciones/web01-a3adidro/es/>

ECOS. (2015). Drogas en Latinoamérica: más consumo y baja percepción del riesgo. Recuperado 8 de noviembre de 2018, de <http://ecos.la/9/actualidad/2015/04/30/330/drogas-en-latinoamerica-mas-consumo-y-baja-percepcion-del-riesgo/>

Escobar-Córdoba, F. (2008). El uso ilegal de sustancias psicoactivas: ¿La criminalización es una política equivocada? *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(4), 287-290.

EUPATI. (2015, junio 17). Incidencia y prevalencia: conceptos epidemiológicos clave. Recuperado 5 de noviembre de 2018, de <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/>

Fuentes, P. (s. f.). GUÍA PARA EL MANEJO PSIQUIÁTRICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL PACIENTE ALCOHÓLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

GABANTXO, K. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo, 20.

Galicia. (2010). ¿Qué es la enfermedad mental? - Feafes Galicia. Recuperado 5 de noviembre de 2018, de <http://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>

Gálligo, F. C. (s. f.). DROGAS: CONCEPTOS GENERALES, EPIDEMIOLOGÍA Y VALORACIÓN DEL CONSUMO, 39.

Gálves, J., & Ricón, D. (2008). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. Recuperado de <file:///Users/ignacioarellano/Desktop/v38n1a11.pdf>

Giacomo, V. (2013). Los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5, 11.

Gratacós, M. (2016, marzo 16). Drogas Sintéticas: 8 Tipos y Efectos. Recuperado 9 de julio de 2018, de <https://www.lifeder.com/drogas-sinteticas/>

Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D., & Pérez Álvarez, M. T. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.

Ibáñez, C. (2012). Que es la incidencia y la prevalencia de una enfermedad | Salud Pública y algo más. Recuperado 5 de noviembre de 2018, de

http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136

Knibbs, S. G. H. (s. f.). 6. Historia del desarrollo de la CIE, 13.

Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. de, Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., ... Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000900002>

Lastre Amell, G., Gaviria García, G., & Arrieta Reales, N. (2013). Conocimiento sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enfermería. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1(1). <https://doi.org/10.17081/innosa.1.1.84>

López, C. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico? *Psykhe (Santiago)*, 15(1), 67-77. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282006000100006>

López, E. E., Ochoa, G. M., & Olaizola, J. H. (2005). medigraphic Artemenilsínaea. *Salud Mental*, 28(4), 9.

M, C., M, A., Cruz, C., & Larach, V. (2014). El-consumo-de-marihuana-es-un-factor-de-riesgo-para-esquizofrenia.pdf. Recuperado 6 de septiembre de 2018, de https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Cruz37/publication/281117634_El_consumo_de_marihuana_es_un_factor_de_riesgo_para_esquizofrenia/links/55d7217d08aeb38e8a8569d0/El-consumo-de-marihuana-es-un-factor-de-riesgo-para-esquizofrenia.pdf

Mundo, M. J. B. (2016). Las cinco actividades del crimen organizado que recaudan más dinero en el mundo. Recuperado 6 de julio de 2018, de http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2016/03/160316_economia_crimen_organizado_mj

Muns, S. (2018). Teoría de los humores de Hipócrates. Recuperado 12 de julio de 2018, de <https://www.saludterapia.com/articulos/a/2563-teoria-humores-hipocrates.html>

Muñio, J. (s. f.). Trastornos por uso de sustancias y patología dual en los dispositivos ambulatorios de la Rioja. Recuperado 8 de noviembre de 2018, de <http://www.infodrogas.org/images/drogas-trastornos-uso-pat-dual.pdf>

Murray, R. (2006). UN POCO DE HISTORIA, 10.

OMS | Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. (s. f.). Recuperado 27 de marzo de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Palacios, I. (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Ecuador, 2016. Recuperado de [http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-](http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/Informe_Universitarios_Ecuador_Junio_21_2017)

[content/uploads/downloads/2017/09/Informe_Universitarios_Ecuador_Junio_21_2017](http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/Informe_Universitarios_Ecuador_Junio_21_2017)

Partnership, T. (s. f.). Las 8 Razones Principales Por Las Cuales Los Adolescentes Experimentan Con Drogas Y Alcohol - Where Families Find Answers on Substance Use | Partnership for Drug-Free Kids. Recuperado 29 de junio de 2018, de <https://drugfree.org/parent-blog/las-8-razones-principales-por-las-cuales-los-adolescentes-experimentan-con-drogas-y-alcohol/>

Roberto, S., Carlos, C., & María, L. (2010). Metodología de la investigación 5ta Edición.pdf. Recuperado 11 de septiembre de 2018, de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20Edici%C3%B3n%20de%20la%20Edici%C3%B3n.pdf

Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagny, A., ... Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49(2), 195-205.

Sánchez, L. (2012). GuiaGenero_Drogas.pdf. Recuperado 5 de septiembre de 2018, de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

Szerman, N. (2016). UNA DECADA DE PATOLOGÍA DUAL, 2.

Tardón, L. (2014, octubre 6). Lo que la adicción esconde. Recuperado 20 de julio de 2018, de <http://www.elmundo.es/salud/2014/10/06/542eb878e2704e5a138b4579.html>

Torres, A. (2016, diciembre 24). Las 16 drogas más adictivas del mundo. Recuperado 5 de septiembre de 2018, de <https://psicologiaymente.com/drogas/drogas-mas-adictivas>

Torres, A. (s. f.). Los 10 libros de Sigmund Freud más importantes. Recuperado 9 de julio de 2018, de <https://psicologiaymente.net/cultura/libros-sigmund-freud>

UNODC. (2016a). Estudio consumo de drogas en población universitaria. Recuperado 8 de noviembre de 2018, de <https://www.unodc.org/colombia/es/press/2017/octubre/estudio-consumo-de-drogas-en-poblacion-universitaria.html>

UNODC. (2016b). WDR_2016_ExSum_spanish.pdf. Recuperado 1 de agosto de 2018,

de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

UV. (2018). DROGAS ILÍCITAS - CEnDHIU. Recuperado 9 de noviembre de 2018, de <https://www.uv.mx/cendhiu/general/drogas-ilicitas/>

Vallejo. (1999). HISTORIA CLÍNICA Definición, glosario - espacioLogopedico. Recuperado 9 de noviembre de 2018, de <https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=208>

Vega, P. (s. f.). tema_4.pdf. Recuperado 8 de noviembre de 2018, de https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_4.pdf

ANEXO

Anexo A

“Esquizofrenia”, “Trastorno esquizotípico”, “Trastornos de ideas delirantes persistentes”, “Trastornos psicóticos agudos y transitorios”, “Trastorno de ideas delirantes inducidas”, “Trastornos esquizoafectivo”, “Otros trastornos psicóticos no orgánicos”, “Psicosis no orgánica sin especificación”, “Episodio maníaco”, “Trastorno bipolar”, “Episodios Depresivos”, “Trastorno depresivo recurrente”, “Trastornos del humor persistentes”, “Otros trastornos del humor”, “Trastorno del humor sin especificación”, “Trastornos de ansiedad fóbica”, “Otros trastornos de ansiedad”, “Trastorno obsesivo-compulsivo”, “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, “Trastornos disociativos (de conversión)”, “Trastornos somatomorfos”, “Otros trastornos neuróticos”, “Trastornos de la conducta alimentaria”, “Trastornos no orgánicos del sueño”, “Disfunción sexual no orgánica”, “Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar”, “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar”, “Abuso de sustancias que no producen dependencia”, “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación”, “Trastornos específicos de la personalidad”, “Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad”, “Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral”, “Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”, “Trastorno de la identidad sexual”, “Trastornos de la inclinación sexual”, “Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales”, “Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, “Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación”, “Retraso mental leve”, “Retraso mental moderado”, “Retraso mental grave”, “Retraso mental profundo”, “Otro retraso mental”, “Retraso mental sin especificación”, “Trastorno mental sin especificación”.

Anexo B

“Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluida la cafeína)”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles”, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas”.

Anexo C

“Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, “Trastornos Mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”, “Trastornos del humor (afectivos)”, “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”, “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, “Retraso mental”.