

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

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

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

* Departamento de Educación. Universidad Internacional de la Rioja (UNIR).
 ** Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada.
 *** Unidad de Salud Mental Comunitaria Villamartín. UGC Salud Mental Hospital de Jerez (Cádiz).
 **** Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva.
 ***** Agencia de Servicio Sociales y Dependencia de Andalucía.
 ***** Instituto de Neurociencia F. Olóriz. Universidad de Granada.

Enviar correspondencia a:
 Esperanza Vergara-Moragues.
 Facultad de Psicología, Universidad de Granada,
 Campus de Cartuja S/N, 18071 Granada, España.
 Tel.: +34 958242948; fax: +34 958243749.
 E-mail: esvermor@yahoo.es

recibido: Septiembre 2012
 aceptado: Enero 2013

Resumen

El ingreso en comunidad terapéutica de personas con problemas de consumo de cocaína y comorbilidad psicopatológica ha ido aumentando en los últimos años y es importante conocer más sobre el éxito de estos tratamientos. El objetivo de este trabajo es estudiar el perfil psicopatológico de los pacientes dependientes de cocaína y su asociación con las variables de resultados. Se entrevistaron mediante la *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM-IV) y la *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV* (CAADID) a una muestra total de 218 pacientes que solicitaron tratamiento en alguna de las seis comunidades terapéuticas públicas de Andalucía. Los resultados exponen que el porcentaje de retención a los tres meses es del 68.3% (149). De los cuales, el 43.5% abandona el recurso con un alta terapéutica y el 52.8 % con cambios clínicamente relevantes. Además, el 57.8% presentan comorbilidad psicopatológica. Por último, existe un mayor éxito terapéutico (medidos por días de estancias, tipo de altas y objetivos cumplido tras el tratamiento) entre las personas sin comorbilidad psicopatológica. Estos datos sugieren la necesidad de adaptar las comunidades terapéuticas en el tratamiento de personas dependientes de cocaína con comorbilidad psicopatológica y, de esta manera, mejorar el éxito terapéutico.

Palabras clave: Cocaína, comunidad terapéutica, tratamiento, psicopatología, trastornos por consumo de sustancias

Abstract

Over the last years, the therapeutic community treatment with people who have cocaine problems and psychopathological comorbidity has been increasing and it is important to know more about the success of these treatments. The aim of this paper is to study the psychopathological profile of cocaine-dependent patients and its association with outcome variables. It is interviewed by the *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM-IV) and the *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV* (CAADID) a total sample of 218 patients who sought treatment at any of the six public therapeutics community of Andalusia (Spain). The results show that the retention rate after three months of 68.3% (149), 43.5% that leaves the resource with a therapeutic discharge and 52.8% with clinically significant changes. Besides, the 57.8% have psychopathological comorbidity. Finally, there is a higher treatment success (measured by days of stay, type of discharge and therapeutic community outcome clinical impression) among people without psychopathological comorbidity. These data show the need to adapt the therapeutic communities to treat people with comorbid psychopathology and, thus, improve therapeutic success.

Key Words: Cocaine, therapeutic community, treatment, psychopathology, substance use disorder

El consumo problemático de cocaína ha venido aumentando en los últimos años, siendo España uno de los países europeos con indicadores epidemiológicos y asistenciales más preocupantes (European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction, 2011). Junto a esto, uno de los factores que más preocupan a los clínicos es la comorbilidad psiquiátrica o patología dual. La coincidencia en el tiempo de un trastorno por consumo de sustancia y otro tipo de trastornos psicopatológico puede suponer por un lado, la complicación del diagnóstico y el tratamiento y, por el otro, un factor de mal pronóstico al asociarse a una peor respuesta al tratamiento (Vergara-Moragues, 2010). La prevalencia de psicopatología en población consumidora de cocaína es elevada, oscilando entre un 30-60 % (Falck, Wang, Siegal y Carlson, 2004; Herro, Domingo-Salvany, Brugal, Torrens e Itinere Investigators, 2008; Vergara-Moragues et al., 2012). El tratamiento de esta comorbilidad es complejo y se debe hacer desde un modelo de tratamiento integral fundamentado en el paradigma biopsicosocial, y teniendo como objetivo final lograr un cambio global en el estilo de vida de los pacientes (Bunt, Muehlbach y Moed, 2008).

La comunidad terapéutica (CT) para personas con problemas derivados del consumo de sustancias está indicada cuando los tratamientos ambulatorios son insuficientes para alcanzar los resultados deseables en una intervención de esta índole. En este ámbito, la prevalencia de comorbilidad psicopatológica es igualmente elevado (Mulder, Frampton, Peka, Hampton y Marsters, 2009; Sacks, McKendrick, Sacks y Cleland, 2010; Vergara-Moragues et al., 2012). Existen un número importante de estudios que se han dedicado a valorar la efectividad del tratamiento en CT. Como ejemplo, recientemente, Malivert, Fatséas, Denis, Langlois y Auriacombe (2012) realizaron una revisión sistemática donde seleccionaron 12 estudios de 321 encontrados y concluyeron que, a pesar de que el porcentaje de recaída era importante tras el tratamiento, las personas que con intervención en CT disminuían su consumo de sustancias. Otros autores señalan que en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, particularmente aquellos que presentan comorbilidad psicopatológica, la CT es uno de los tratamientos que mejores cifras de remisión presentan (De Leon, Sacks, Staines y McKendrick, 2000; Malivert et al., 2012; Mulder et al., 2009).

Pero, ¿a través de qué variables se puede evaluar los resultados de un tratamiento en este recurso asistencial? Todavía hoy, existe controversia sobre cómo valorar el éxito terapéutico en una CT. La mayoría de los autores están de acuerdo en considerar el tiempo de estancia como un indicador válido de resultados, siendo tres meses el tiempo medio estimado para que el paciente pueda presentar una mejoría clínicamente relevante (Condelli y Hubbard, 1994; Greenfield, Burgdorf, Chen, Porowski, Roberts y Herrell, 2004; Vergara-Moragues, 2010). Otros estudios longitudinales indican que algunas variables relacionadas con el paciente tienen un valor predictivo limitado sobre los resultados de tratamiento, al explicar un porcentaje de la varianza relativamente bajo de éstos (Condelli, 1994; Secades y Fernández, 2000). Por otro lado, otros autores, se limitan a estudiar un trastorno aislado (Mulder et al., 2009; Gilchrist, Langohr, Fonseca, Muga y Torrens, 2012;

Darke, Campbell y Popple, 2012; Tull y Gratz, 2012). Asimismo, no queda claro si la comorbilidad psicopatológica juega un valor predictivo en el éxito terapéutico en CT. Algunos trabajos le otorgan un papel neutro sobre la retención (Alterman, Ruthertford, Cacciola, McKay y Woody, 1996; Malivert et al., 2012). Otros señalan que los pacientes con mayor gravedad de la sintomatología ansioso-depresiva permanecerían más tiempo en tratamiento (Agostini, Nunes, Stewart, Quitkin, 1991; Joe, Simpson y Broome, 1998). Finalmente, existen estudios que concluyen que tanto la gravedad de la psicopatología como la presencia de determinados diagnósticos psicopatológicos, conferirían un peor pronóstico respecto de la retención (Broome, Flynn y Simpson, 1999; Tull et al., 2012; Wise, Cuffe y Fischer, 2001). Estos últimos trabajos abren una interesante línea de investigación, ya que, aún se desconoce el valor predictivo específico de cada trastorno psicopatológico sobre la retención en tratamiento.

Hasta nuestro conocimiento, ningún trabajo ha evaluado la relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en CT con un instrumento como la *Psychiatric Research Interview for Substances and Mental Diseases* (PRISM) (Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez y Martín-Santos, 2004) específico para población con trastornos con consumo de sustancias.

Partiendo de las evidencias anteriores, el objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados como éxito terapéutico. La hipótesis a contrastar es que los pacientes dependientes de cocaína que presentan comorbilidad psicopatológica obtendrán un menor porcentaje de éxito terapéutico valorado en términos del tipo de alta y la impresión clínica tras el tratamiento.

Método

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal.

Participantes

La población objetivo son pacientes con dependencia a cocaína que reciben tratamiento en CT. Como marco muestral se utilizaron las CTs públicas de Andalucía (Almonte, Cartaya, La Línea, Los Palacios, Mijas y Tarifa), y la muestra fue obtenida entre los pacientes que iniciaron tratamiento por consumo de cocaína en una de las CTs públicas de Andalucía entre Mayo de 2008 y Septiembre del 2010. Inicialmente estuvo previsto un muestreo aleatorio sistemático. Sin embargo, tras los primeros meses de estudio se optó por reclutar a todos los pacientes que reunían criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: 1) dependencia de cocaína en los últimos 12 meses; 2) ser mayor de 18 años; 3) saber leer y escribir; 4) firmar el consentimiento

informado. Los criterios de exclusión fueron: 1) deterioro cognitivo orgánico que dificulte la exploración psicopatológica; 2) tener pendiente el cumplimiento de una causa penal en los próximos 3 meses que impidiese el seguimiento en el centro de tratamiento 3) tener una abstinencia mayor de 45 días.

La muestra estuvo compuesta de 227 pacientes, si bien el análisis se ha realizado sobre 218 sujetos, ya que no se disponen de datos de 9 pacientes. La edad media de los pacientes participantes es de 34 años (DT=7.5), el 91.3% de los sujetos eran hombres, más de la mitad (66.5%) nunca se habían casado, tenían un nivel educativo bajo (84.9% con estudios primarios como máximo), estaban desempleados (68.3%) y habían estado detenido alguna vez en su vida (59.2%). El 78.4% habían estado en tratamiento por consumo de sustancias antes de su ingreso en CT y el 43.6% en tratamiento psicológico o psiquiátrico (tabla 1).

Las seis CTs del estudio forman parte del sistema de salud público regional dedicado a los problemas de consumo de sustancias. Los protocolos asistenciales son iguales para todos los centros, y todas las CTs, tienen un programa de tratamiento multidisciplinar que incluye cuidados sanitarios (médicos y enfermería), educativos y psicológicos. Los programas de intervención fueron originalmente desarrollados y son periódicamente actualizados por un comité clínico formado por profesionales de los diferentes centros (Arenas, del Valle, López, Martín y Tirado, 2003). En éste se recoge que los pacientes que ingresan en CT vienen derivados de centros de tratamientos ambulatorios coordinados por la misma red de servicios de drogodependencias pública de Andalucía. Las razones principales de la derivación son: (i) incapacidad de mantener la abstinencia durante el tratamiento ambulatorio y/o (ii) decisión por parte de los profesionales clínicos de la necesidad de un tratamiento más intensivo y continuo. Las admisiones a las CT son siempre voluntarias, la asignación de los pacientes a los diferentes centros se maneja a través de un sistema de información computerizado en función de la disponibilidad de espacio (<https://www.sipasda.info/>).

Instrumentos de Evaluación

Psychiatric Research Interview for Substances and Mental Diseases (PRISM) (Torrens et al., 2004). La PRISM-IV es una entrevista clínica semiestructurada diseñada especialmente para evaluar la presencia de comorbilidad psicopatológica en los pacientes con trastorno por uso de sustancias. Evalúa, por un lado, los trastornos del Eje I y, por el otro, los dos trastornos psicopatológicos más prevalentes en esta población del Eje II (trastorno límite y trastorno antisocial de la personalidad). Además, a lo largo de la entrevista, se realiza un diagnóstico diferencial diferenciando si los trastornos son primarios/independientes o inducidos por el consumo de sustancias. El instrumento facilita los diagnósticos psiquiátricos actuales y los trastornos aparecidos a lo largo de la vida del paciente. Para el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias se empleó la sección de drogas de la PRISM. Con respecto a las características psicométrica de la entrevista, Hasin, Trautman, Miele, Samet, Smith y Endicott (1996) realizaron un primer análisis de fiabilidad test-retest con una muestra de 172 pacientes,

observando unos parámetros de concordancia elevados para la mayoría de los diagnósticos obtenidos. En España, el grupo de Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Dominguez y Martín-Santos (2004) realizaron un estudio de adaptación y validación de la versión española de la PRISM considerando como "*patrón oro*" los diagnósticos obtenidos a través del método *Longitudinal Expert with All Data* (LEAD). Este sistema se basa en la evaluación de los trastornos por parte de un experto a lo largo del tiempo, utilizando todos los datos disponibles para ello. Este trabajo se realizó con 105 pacientes con TCS y presentó una buena correlación entre los diagnósticos obtenidos mediante la PRISM y el sistema LEAD en TDM, psicosis inducida, TA y los dos trastornos de personalidad valorados (TAP y TLP) (Torrens et al., 2004).

Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) (Conners et al., 1999). Este instrumento es una entrevista clínica semiestructurada que evalúa la presencia de cada uno de los criterios diagnósticos de TDAH según criterios DSM-IV-TR adaptados para adultos. En este estudio se ha empleado la versión española de este instrumento. Algunas de las propiedades psicométricas de la versión española son: sensibilidad del 98.86 %, especificidad del 67.68%, valor predictivo positivo 90.77%, valor predictivo negativo 94.87% y un índice de concordancia kappa entre pruebas (resultados obtenidos en la CAADID versus diagnóstico clínico) de 0.74 (Sáez-Francàs et al., 2012). La CAADID está constituida por dos partes que se administran separadamente. La parte I es una entrevista que contiene preguntas sobre características demográficas del paciente, explora el desarrollo de los síntomas de TDAH, los factores de riesgo asociados y preguntas sobre comorbilidad. La parte II está diseñada para identificar la presencia de los 18 criterios diagnósticos DSM-IV-TR en la edad adulta y en la infancia (de manera retrospectiva). Cada uno de los criterios por los que se pregunta se acompaña de ejemplos apropiados para la edad adulta con el propósito de aumentar la fiabilidad diagnóstica. Se ha seguido un procedimiento riguroso para valorar: 1) la presencia de los síntomas de desatención e hiperactividad/impulsividad en distintos ámbitos de funcionamiento del sujeto; 2) el deterioro clínicamente significativo y 3) el diagnóstico diferencial de los síntomas presentes. Para este último aspecto, se trató de verificar, tal como exigen los criterios DSM-IV-TR, que los síntomas de TDAH presentes en cada paciente no estuviesen mejor explicados por otros diagnósticos psiquiátricos. Para ello se empleó la PRISM.

Medidas de resultados. Las medidas de resultados se registraron a través del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA) (<https://www.sipasda.info/>). El siPASDA es un sistema de información computerizado que acumula información clínica y epidemiológica sobre los pacientes atendidos en los centros de atención especializada de Andalucía. Las medidas de resultados registradas fueron: el tipo de alta y la evaluación al alta del paciente o el tipo de abandono del recurso. Aunque la perspectiva clásica sobre las variables post-tratamiento considera estas dos últimas variables como variables relacionadas con el proceso de tratamiento, se pueden considerar también variables indirectas o variable subrogadas desde una perspectiva dentro del tratamiento.

1. La retención en la CT fue definida como el número de días desde la admisión al tratamiento o tiempo de estancia, consistente con los criterios de Lewis y Ross (1994) (por ejemplo, tiempo de abandono).
2. La evaluación de la salida del paciente de CT se midió de dos formas:
 - a. Tipo de alta: Se han diferenciado tres tipos de altas. *Alta terapéutica*: cuando el paciente ha finalizado su proceso de tratamiento tras haber alcanzado significativamente los objetivos inicialmente planteados; *alta por cumplimiento parcial de objetivos*: se registra cuando se considera que el paciente ha tenido algún avance dentro del recurso, si bien, no ha cumplido con los objetivos planteados al comienzo del tratamiento; y, *alta no terapéutica*: engloba, a su vez, el "*alta derivada por causas sociales, sanitarias o jurídicas*", el "*alta disciplinaria*" (cuando el paciente incumple la normativa del centro), el "*alta voluntaria*" (cuando el paciente decide dar por terminado el tratamiento antes de cumplir cualquier objetivo planteado) y el "*alta por exitus*" (fallecimiento).
 - b. La impresión clínica al alta sobre la respuesta al tratamiento (ICA-RT). Sobre esta variable se han construido diferentes categorías: a) *sin cambios*: se asignó esta categoría a aquellas descripciones que ponen de manifiesto alguna de las siguientes condiciones: i) cuando el paciente mostró de manera permanente una actitud negativa durante el proceso terapéutico como, por ejemplo, contravenir las normas de convivencia, consumo o tráfico de sustancias en la CT, actitud desafiante o claramente agresiva; y, ii) cuando no fue posible realizar una primera valoración debido a su muy corta estancia en el recurso; b) *cambios mínimos*: se asignó a esta categoría aquellas descripciones que señalaban un mínimo avance (claramente insuficiente, desde el punto de vista clínico) en, al menos, una de las tres áreas de intervención (sanitaria, psicológica y socio-educativa), o bien, tras un cambio más relevante, se había apreciado un retroceso en la evolución; y, c) *cambios clínicamente relevantes*: esta categoría corresponde a aquellos casos en los que se describe una mejoría mantenida y progresiva en una o más de las tres áreas de intervención. Es decir, se pone de manifiesto un cambio significativo durante todo el proceso asistencial, al alcanzarse claramente los objetivos terapéuticos planteados para esa o esas áreas.

El hecho de que las seis comunidades terapéuticas comparten un programa de tratamiento común y estandarizado hace que estas variables sean homogéneas en todos los centros.

Procedimiento

Todas las entrevistas fueron administradas por una única psicóloga clínica que tuvo un entrenamiento previo en la uti-

lización de la PRISM-IV por parte del equipo de investigación que validó la versión española de este instrumento.

La entrevista inicial se realizó al ingreso en CT, durante la primera semana de estancia, y consistió en una breve entrevista de screening para evaluar los criterios de inclusión y exclusión del estudio, y valorar su incorporación al mismo. Posteriormente, los pacientes seleccionados fueron entrevistados entre los días 15 y 20 después de su ingreso en el recurso. Este intervalo fue elegido para evitar el efecto agudo de los síntomas de abstinencia o intoxicación que pueden interferir en la evaluación diagnóstica. Todos los pacientes que cumplían criterios de inclusión y no de exclusión del estudio que fueron invitados a participar aceptaron.

Los participantes no fueron compensados por su participación en el estudio.

Análisis Estadísticos

La caracterización de la muestra se ha realizado a través de análisis descriptivos, según el nivel de medida.

Para contrastar las diferentes hipótesis estadísticas se han aplicado ANOVA's (aplicando la prueba de Bonferroni para el estudio de las comparaciones post-hoc) y chi-cuadrado, en función de la naturaleza de las variables dependientes.

Los análisis se realizaron mediante paquete estadístico SPSS versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultados

Como se observa en la tabla 1, de los 218 pacientes dependientes de cocaína tratados en CT, el 52 % presentaban algún tipo de trastorno por consumo de heroína seguido del consumo por alcohol (41.7%) y cannabis (26.1%). Con respecto a la comorbilidad psicopatológica, la muestra presentaba una prevalencia del 57.8%, donde el trastorno antisocial de la personalidad (21.1%) y los trastornos del estado de ánimo (20.2%) fueron los más prevalentes, seguidos de los trastornos de ansiedad (15.6%) y el TDAH (14.2%).

De los 218 pacientes, el 56.5% finaliza el tratamiento con un *alta no terapéutica* o con un *alta por cumplimiento parcial de objetivos*. El 43.5% restante lo hace con un *alta terapéutica*. Por otro lado, como puede observarse en la tabla 2, la estancia media de estos pacientes fue de 139 días (DT= 79); el 24.7% de la muestra finalizó el tratamiento *sin cambios clínicos*, el 22.5% con *cambios mínimos*, y el 52.8 % con *cambios clínicamente relevantes*. El número de *días de estancia* es mayor en el grupo de pacientes que salieron de la CT con *alta terapéutica* (190 días), seguido de aquellos que tuvieron *alta por cumplimiento parcial de objetivos* (113 días) y finalmente por los pacientes que salieron del centro con *alta no terapéutica* (71.6 días). No existieron diferencias en la retención entre los seis centros de tratamiento.

Tabla 1. Variables sociodemográficas, trastornos por consumo de sustancias y comorbilidad psicopatológica

n=218		Total n (%)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICA		
Edad (media-desviación tipo)		34 (7.5)
Sexo	Hombre	199 (91.3)
	Mujer	19 (8.7)
Estado Civil	Nunca casado	145 (66.5)
	Casado	21 (9.6)
	Divorciado/Separado/Viudo	52 (23.9)
Nivel Educativo	≤ Estudios Primarios	185 (84.9)
	≥ Estudios Secundarios	33 (15.1)
Empleo	Empleo	45 (20.6)
	Desempleo	149 (68.4)
	Jubilación/Incapacidad	24 (11)
Alguna Detención	No	89 (40.8)
	Sí	129 (59.2)
Algún tratamiento por consumo de sustancias	No	47 (21.6)
	Sí	171 (78.4)
Algún tratamiento psicológico o psiquiátrico	No	123 (56.4)
	Sí	95 (43.6)
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO		
Abuso y/o dependencia de cocaína		218 (100)
Abuso y/o dependencia de heroína		114 (52.3)
Abuso y/o dependencia de alcohol		91 (41.7)
Abuso y/o dependencia cannabis		79 (36.2)
Abuso y/o dependencia sedantes/hipnóticos		57 (26.1)
Abuso y/o dependencia alucinógenos		3 (1.4)
Abuso y/o dependencia estimulantes		7 (3.2)
Abuso y/o dependencia metadona+		16 (7.3)
Policonsumo (tres o más trastornos)		19 (8.7)
COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO		
Algún trastornos psiquiátrico (Eje I y/o Eje II PRISM)		126 (57.8)
Trastorno Eje I PRISM		91 (41.7)
Trastorno del estado de ánimo		44 (20.2)
Trastorno de Ansiedad		34 (15.6)
Trastornos Psicótico		37 (17)
Trastorno del EJE II PRISM		64 (29.5)
Trastorno Antisocial de la Personalidad		46 (21.1)
Trastorno Límite de la Personalidad		30 (13.8)
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad CAADID		31 (14.2)

Nota: los números expresan medias y (desviaciones típicas) para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. + Metadona no prescrita adquirida en el mercado negro.

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los *días de estancia* en CT y los tipos de alta, de tal forma que los días de estancia de los pacientes que finalizaron con alta terapéutica es superior a la observada en los otros dos tipos de altas. La comparación post-hoc mostró que existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con *alta terapéutica* y los grupos con *alta por cumplimiento parcial* ($p<0.01$) y *no terapéutica* ($p<0.01$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos grupos ($p=0.092$).

Por otro lado, esta misma tendencia se observó con la variable *ICA-RT*; es decir, un 91.6% de los pacientes que se marchaban del recurso con *alta terapéutica* obtienen cambios clínicamente relevantes frente a tan sólo un 28.8 % con *alta por cumplimiento parcial de objetivos* ($\chi^2= 140.875$; $p<0.01$). Al contrario, la mayoría de personas con *alta no terapéutica* (62.5%) no experimentan ningún tipo de cambio clínicamente relevante (sin cambios) durante el tiempo de estancia en el recurso.

Tabla 2. Comparación entre los tipos de alta y los días de estancia en CT vs la impresión clínica al alta sobre la respuesta al tratamiento (ICA-RT)

TIPO DE ALTA					
	TOTAL	Alta no terapéutica	Alta por cumplim- iento parcial de objetivos	Alta tera- péutica	p
Días de estancia en CT Media (DT)	139 (79)	87 (71.6)	113 (65)	190 (59.4)	0.0001**
ICA-RT					0.0001**
Sin cambios	54 (24.8)	40 (62.5)	11 (18.6)	3 (3.2)	
Cambios mínimos	49 (22.5)	13 (20.3)	31 (52.5)	5 (5.3)	
Cambios clínica- mente relevantes	115 (52.8)	11 (17.2)	17 (28.8)	87 (91.6)	

Nota: los números expresan medias y (desviaciones típicas) para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. * $p<0.05$; ** $p<0.01$

En esta línea de resultados, el porcentaje de retención al mes fue del 81.7% y a los tres meses del 68.3%. El análisis de la ICA-RT y los *días de estancia* en CT, mostró una relación estadísticamente significativa ($F=31.81$; g.l.=2; $p<0.01$), indicando que en los pacientes con más de 90 días de estancia en CT, se observa un mayor porcentaje de cambios clínicamente relevantes (71.1%) en comparación con los que permanecen entre uno (7.5%) y tres meses (20.7%) (ver tabla 3).

Tabla 3. Comparación entre los días de estancia en comunidad terapéutica y la impresión clínica al alta sobre la respuesta al tratamiento (ICA-RT)

DÍAS ESTANCIA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA					
Impresión clínica al alta sobre la respuesta al tratamiento (ICA-RT)	TOTAL	1-60 días	61- 90 días	> 90 días	P
Sin cambios	54 (24.8)	28 (70)	11 (37.9)	15 (10.1)	0.0001**
Cambios mínimos	49 (22.5)	9 (22.5)	11 (36.7)	28 (18.8)	
Cambios clínica- mente relevantes	115 (52.8)	3 (7.5)	6 (20.7)	106 (71.1)	

* $p<0.05$; ** $p<0.01$

La relación entre la presencia/ausencia de comorbilidad psiquiátrica y las variables de resultado se muestran en la tabla 4. . Se puede observar que en el grupo de pacientes con presencia de comorbilidad, la media de *días de estancia* en CT ($\bar{x}=133$), el porcentaje de pacientes con *alta terapéutica* (34.1%) y el porcentaje de aquellos que presentan *cambios clínicamente relevantes* son menores (44.4%), respecto al grupo con sólo

trastornos por consumo de sustancias ($\bar{X}$ =133, 56.5% y 64.1%, respectivamente). Estos datos se mantienen estables independientemente de los tipos de trastornos presentados por los pacientes: sólo trastornos del Eje I, sólo trastornos del Eje II o ambos. El análisis que se realiza por trastorno refleja que existen diferencias estadísticamente significativa entre el trastorno del estado de ánimo y la ICA-RT ($\chi^2= 6.622$; g.l.=2; $p<0.05$); los trastorno psicóticos, el tipo de alta ($\chi^2= 8.244$; g.l.=2; $p<0.05$) y el tiempo de estancia ($t=2.019$; g.l.= 69.475; $p<0.05$); el trastorno límite de la personalidad y el ICA-RT ($\chi^2= 15.794$; g.l.=2; $p<0.01$), tipo de alta ($\chi^2= 16.2$; g.l.=2; $p<0.01$) y tiempo de estancia ($t=2.763$; g.l.= 216; $p<0.01$) y, por último, el TDAH y el tiempo de estancia ($t=2.120$; g.l.= 216; $p<0.05$).

Tabla 4 Análisis comparativo de las variables de resultados entre el grupo con o sin algún trastorno mental además de los trastornos por consumo de sustancias

	PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE I Y/O EJE II EN EL ÚLTIMO AÑO		
	SÍ n (%)	NO n (%)	p
Días estancia CT (media ± DT)	133 (80.7)	147 (76.6)	> 0.05
Tipo de alta			0.004**
Alta no terapéutica	42 (33.3)	22 (23.9)	
Alta por cumplimiento Parcial de Objetivos	41 (32.5)	18 (19.6)	
Alta terapéutica	43 (34.1)	52 (56.5)	
Impresión clínica al alta sobre la respuesta al Tratamiento (ICA-RT)			0.010*
Sin cambios	39 (31)	15 (16.3)	
Cambios mínimos	31 (24.6)	18 (19.6)	
Cambios clínicamente relevantes	56 (44.4)	59 (64.1)	
	PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE I EN EL ÚLTIMO AÑO		
	SÍ n (%)	NO n (%)	P
Días estancia CT (media -DT)	135 (83)	141 (76.4)	> 0.05
Tipo de alta			0.009**
Alta no terapéutica	30(33)	34 (26.8)	
Alta por cumplimiento Parcial de Objetivos	32 (35.2)	27 (21.3)	
Alta terapéutica	29 (31.8)	66 (52)	
Impresión clínica al alta sobre la respuesta al tratamiento (ICA-RT)			0.001**
Sin cambios	28 (30.8)	26 (20.5)	
Cambios mínimos	28 (30.8)	21 (16.5)	
Cambios clínicamente relevantes	35 (38.5)	80 (63)	
	PRESENCIA DE ALGÚN TRASTORNO EJE II EN EL ÚLTIMO AÑO		
	SÍ n (%)	NO n (%)	P
Días estancia CT (media ± DT)	64 (119.3)	154 (147.1)	0.018*
Tipo de alta			0.011*
Alta no terapéutica	23 (35.9)	41 (26.6)	
Alta por cumplimiento Parcial de Objetivos	23 (35.9)	36 (23.4)	
Alta terapéutica	18 (28.1)	77 (50)	
Impresión clínica al alta sobre la respuesta al tratamiento (ICA-RT)			> 0.05
Sin cambios	18 (28.1)	36 (23.4)	
Cambios mínimos	18 (28.1)	31 (20.1)	
Cambios clínicamente relevantes	28 (43.89)	87 (56.5)	

Nota: los números expresan medias y (desviaciones típicas) para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas. * $p< 0.05$; ** $p<0.01$

Discusión

Con respecto al tiempo de estancia, se encuentra que la tasa de retención del programa a los tres meses fue moderadamente más elevada que la encontrada en otros trabajos (68.3%), que oscila en torno al 50% (Condelli y Dunteman, 1993; De Leon y Schwartz, 1984; Gossop, Marsen, Stewart y Rolfe, 1999; Maglione, Chao y Anglin, 2000; Mulder et al., 2009; Nielsen y Scarpitti, 2002). De acuerdo con otros autores (Condelli y De Leon, 1993; Condelli, 1994; De Leon, 1991), se observa que para que un paciente llegue a presentar mejoría, se requiere al menos tres meses de estancia en CT, pues tan sólo un 28% de los pacientes alcanzan cambios clínicamente relevantes antes de los 90 días. Estos datos son un indicador de que los equipos terapéuticos de las CTs deben diseñar estrategias específicas para aumentar la adherencia al tratamiento y evitar el abandono precoz. Como se ha visto, esta estrategia puede aumentar las mejoras clínicas del paciente durante su estancia en el recurso. Por otro lado, en este estudio también se constata que el porcentaje de personas que salen del programa con un alta terapéutica (91.6%) obtienen cambios clínicos relevantes en mucha mayor medida que los que se marchan con un alta por cumplimiento parcial de objetivos (29%).

El otro objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la presencia de comorbilidad psicopatológica y la retención en tratamiento en la CT. La hipótesis inicial es que aquellos pacientes que presentaran comorbilidad psicopatológica van a permanecer menos tiempo en el recurso y, en definitiva, iban a beneficiarse menos del tratamiento. Los resultados de este estudio han apoyado esta hipótesis, constatándose que la existencia de comorbilidad psicopatológica estuvo asociada a un abandono precoz de CT. Es decir, los pacientes con otros trastornos mentales, además de los relacionados con el consumo de sustancias, permanecen en el recurso menos días, obtienen un menor porcentaje de altas terapéuticas y cambios clínicos menos relevantes. Este hallazgo ha sido también informado por otros autores (Agostini et al., 1991; Broome et al., 1999; Condelli, 1994; Dekel, Benbenishty y Amram, 2004; Levin, Evans, Vosburg, Horton, Brooks y Ng, 2004; Mulder et al., 2009; Nielsen y Scarpitti, 2002; Van Stelle, Blumer y Moberg, 2004).

Los resultados encontrados en este trabajo llevan a cuestionarse por qué aquellas personas que presentan comorbilidad psicopatológica permanecen menos tiempo en las comunidades. E, igualmente, es necesario cuestionarse si el modelo de intervención con estos pacientes es el más adecuado, y cuáles son sus posibilidades de mejora.

Las CTs en Andalucía están tradicionalmente enfocadas a una intervención de carácter psicoeducativo, multidisciplinar, dirigida fundamentalmente a la conducta adictiva. Ello conlleva una dificultad a la hora de atender a los pacientes con comorbilidad psicopatológica, en tanto que requieren de otras atenciones especializadas. Por ello, y como se ha comentado con anterioridad, es necesario adaptar estos recursos a personas que presenten comorbilidad psicopatológica (Van Stelle et al., 2004). De este modo, los fundamentos de las tradicionales CTs, como por ejemplo el régimen diario altamente estructurado

do, fomento de la responsabilidad personal, cambios continuos a través de un proceso gradual o la promoción de valores pro-sociales, deben mantenerse. Pero es necesario realizar modificaciones que se adapten a las necesidades de los pacientes con síntomas psicopatológicos. Por ejemplo, a) una adaptación del perfil de los profesionales donde se deben incluir expertos de la salud mental con experiencia en el campo de las drogodependencias, b) una reducción de la duración y una mayor flexibilidad en la ejecución de las actividades e intervenciones terapéuticas, c) un mayor énfasis en la orientación e instrucción, d) un menor número de sanciones y confrontaciones, e) una afirmación más explícita de los logros, f) mayor atención a las diferencias individuales y, por último, g) una mejor respuesta a las necesidades especiales de desarrollo de los pacientes. Por ejemplo, dado el elevado porcentaje de casos de trastornos de la personalidad y TDAH, deberán diseñarse estrategias de intervención flexibles, lo que cuestionaría el modelo tradicional de sanciones.

La creación de CTs adaptadas a personas con comorbilidad psicopatológicas no es una iniciativa novedosa. Experiencias previas la avalan en cuanto a la eficacia en el tratamiento de estas personas y en cuanto a los beneficios coste-efectivos (De Leon et al., 2000; Sacks, McKendrick, Sacks, Banks y Harle, 2008b; Van Stelle y Moberg, 2004; Van Stelle et al., 2004). En este sentido, distintos señalan que las CTs adaptadas a personas con comorbilidad psicopatológicas deben partir de un modelo integral que se distinga de las CTs tradicionales en dos aspectos fundamentales: mayor flexibilidad y mayor intervención individualizada (De Leon, 1996; Sacks, Banks, McKendrick y Sacks, 2008a; Sacks et al., 2010). Además,

Es importante que los datos de este estudio se interpreten y se extrapolen con la suficiente cautela. En primer lugar, debe tenerse en cuenta las peculiaridades del programa asistencial de las CTs de Andalucía, dado que estos recursos forman parte de una red asistencial coordinada cuyo tiempo de estancia media es de unos seis meses (más reducido que las CTs tradicionales estadounidenses o europeas). En segundo lugar, se optó por considerar una muestra naturalística obtenida en condiciones muy próximas a la práctica clínica diaria con criterios de selección poco restrictivos. Por ello, hay que tener cautela al generalizar las conclusiones a grupos más específicos de pacientes. En este sentido, podría considerarse una limitación el hecho de que se hable de comorbilidad psicopatológica relacionada con el consumo de cocaína, cuando la muestra que estudiada no está compuesta por pacientes con dependencia a cocaína exclusivamente. Siendo esto cierto, no es menos verdad que en caso de haber adoptado esta actitud tan restrictiva en el muestreo, además de problemas de reclutamiento de casos, hubiésemos tenido un grave problema de extrapolación de los resultados, al separarnos excesivamente de la realidad asistencial. En tercer lugar, los instrumentos utilizados para evaluar la evolución de la gravedad de la psicopatología son de carácter autoadministrado, lo que puede suponer una gran limitación en esta población.

Finalmente, cabe decir que una de las potencialidades de este estudio frente a otros es el hecho de que la evaluación de los resultados del tratamiento (ICA-RT) ha sido cumplimentada por los terapeutas y trasformada por los investigadores. Estas

diferencias en la medición podrían estar relacionadas con la diversidad de los datos encontrados en otros estudios (Agostini et al., 1991; Alterman et al., 1996; Joe et al., 1995). En futuros estudios, pensamos que se debe utilizar una herramienta exclusiva para valorar, por una parte, las variables de resultados y por otras, variables relacionadas con el tratamiento que hagan conocer qué peso tienen en la eficacia del programa con respecto a las variables del sujeto.

A pesar de estas limitaciones, este es uno de los primeros estudios que se realiza simultáneamente en todas las CTs públicas de Andalucía, por lo que tiene valor epidemiológico y relevancia desde la perspectiva de la planificación de servicios. Los datos aportados ponen de manifiesto que la comorbilidad psicopatológica entre los pacientes con dependencia de cocaína que ingresan en CT es elevada que se asocia a una peor respuesta al tratamiento y, lo que es peor, que la probabilidad de abandonar el programa antes de que se den las condiciones para observar mejorías clínicas relevantes es alta. Al mismo tiempo, la menor respuesta entre los pacientes con comorbilidad psicopatológica, nos señala las limitaciones del modelo tradicional de las CTs para abordar la complejidad de esta patología.

Reconocimientos

Los autores desean reconocer por un lado, la colaboración continúa de todos los trabajadores del área de Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia en Sevilla y, por el otro, a los miembros de las seis comunidades terapéuticas públicas de Andalucía que colaboraron de una manera u otra en la realización de estudio. Asimismo, agradecer a la Doctora Marta Torrens y su equipo de Investigación del *Parc de Salut Mar* (IMIM) de Barcelona, por su apoyo durante el proyecto. Por último, agradecer a todos los participantes del estudio que han hecho posible que este trabajo de la luz.

Este artículo ha sido financiado por el Plan Nacional sobre Drogas (PND 2007i078), el P07.HUM 03089 de la Junta de Andalucía (Proyectos de Excelencia 2007) y el Programa RET-ICS (Red de Trastornos Adictivos Convocatoria 2012) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses para este trabajo

Referencias

Agostini, V., Nunes, E., Stewart, J. W. y Quitkin, F. M. (1991). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine

- research clinic: A preliminary report. *International Journal of the Addictions*, 26, 327–334.
- Arenas, F., del Valle, M., López, R., Martín, J. y Tirado, P. (2003). *Programa de Intervención. Comunidad Terapéutica en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias. Junta de Andalucía.
- Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R. y Woody, G. E. (1996). Response to Methadone Maintenance and Counseling in Antisocial Patients with and without Major Depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 695–670.
- Broome, K. M., Flynn, P. M. y Simpson, D. D. (1999). Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs. *Health Services Research*, 34, 791–806.
- Bunt, G., Muehlbach, B. y Moed, C. (2008). The therapeutic Community: an international perspective. *Substance Abuse*, 29, 81–87. doi: 10.1080/08897070802218844.
- Condelli, W. S. (1994). Domains of variables for understanding and improving retention in therapeutic communities. *International Journal of the Addictions*, 29, 593–607.
- Condelli, W. S. y Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal Substance Abuse Treatment*, 11, 25–33.
- Condelli, W.S. y Duntzman, G.H. (1993). Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 239–244.
- Condelli, W.S. y De Leon, G. (1993). Fixed and Dynamic Predictors of Client Retention in therapeutic communities. *Journal Substance Abuse Treatment*, 10, 11–16.
- Conners, C. K., Erhardt, D. y Sparrow, E. (1999). *Conners adult ADHD rating scales*. North Tonawanda, Nueva York: Multi-Health Systems.
- Darke, S., Campbell, G. y Popple, G. (2012). Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and Alcohol Review*, 31, 64–71. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00298
- De Leon, G., Sacks, S., Staines, G. y McKendrick, K. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 461–480.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. En R.W. Pickens, C.G. Leukefeld y C.R. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment. NIDA Research Monograph Series*, nº 106. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services.
- Dekel, R., Benbenishty, R., y Amram, Y. (2004). Therapeutic communities for drug addicts: prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors*, 29, 833–837.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Annual Report 2009: Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Recuperado de: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>.
- Falck, R.S., Wang, J., Siegal, H.A. y Carlson, R.G. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 503–507.
- Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J. J. y Marina-González, P. A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: a long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22–29.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., y Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug Alcohol & Dependence*, 57, 89–98.
- Greenfield, L., Burgdorf, K., Chen, X., Porowski, A., Roberts, T., y Herrell, J. (2004). Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 537–550.
- Gilchrist, G., Langohr, K., Fonseca, F., Muga, R. y Torrens, M. (2012). Factors associated with discharge against medical advice from and alcohol and drug inpatient detoxification unit in Barcelona between 1993 and 2006. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14, 35–44.
- Hasin, D., Trautman, K., Miele, G., Samet, S., Smith, M., y Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195–1201.
- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M. y Itinere Investigators. (2011). Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 55–63. doi: 10.1016/j.jsat.2011.01.013
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177–1190.
- Levin, F. R., Evans, S. M., Vosburg, S. K., Horton, T., Brooks, y D., Ng, J. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addiction Behaviour*, 29, 1875–1882.
- Lewis, B.J. y Ross, R. (1994). Retention in therapeutic communities: challenges for the nineties. En F. M. Tims., G. De Leon y N. Jainchill (Eds.), *Therapeutic community: advances in research and application*. NIDA Research Monograph 144.
- Maglione, M., Chao, B. y Anglin, D. (2000). Residential treatment of methamphetamine users: correlates of drop-out from the California Alcohol and Drug Data Systems (CADDs), 1994–1997. *Addiction Research*, 8, 65–79.
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E. y Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*, 18, 1–11. doi: 10.1159/000331007
- Messina, N., Wish, E. y Nemes, S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 207–227.
- Mulder, R., Frampton, C. M., Peka, H., Hampton, G. y Marsters, T. (2009). Predictors of 3-month retention in a drug treatment therapeutic community. *Drug and Alcohol Review*, 28, 366–371. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00050.x

- Nielsen, AL. y Scarpitti, FR. (2002). Predicting Retention in a Therapeutic Community for Incarcerated Substance Abusers *Journal of Offender Rehabilitation*, 34, 47-65.
- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R., Richarte, V., Velero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M., Sáez-Francàs, N., Corominas, M., Real, A., Vidal, R., Chalita, P. J. y Casas, M. (2012). Validación de criterio y concurrente de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 229-235. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.05.004.
- Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y. y Cleland, C. M. (2010). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: single investigator meta analysis. *Substance Abuse*, 31, 146-161. doi: 10.1080/08897077.2010.495662
- Sacks, S., Banks, S., McKendrick, K., y Sacks, J. Y. (2008a). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies. *Journal Substance and Abuse Treatment*, 34, 112-122.
- Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y., Banks, S., y Harle, M. (2008b). Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: main outcomes. *Journal Substance and Abuse Treatment*, 34, 48-60.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12, 353-363.
- Secades-Villa, R. y Benavente, M. (2000). Predictores de la retención en una Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. *Adicciones*, 12, 365-371.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Perez-Dominguez, G., y Martin-Santos, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Tull, M. T. y Gratz, K. L. (2012). The impact of borderline personality disorder on residential substance abuse treatment dropout among men. *Drug Alcohol & Dependence*, 1, 121, 97-102. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.08.014
- Van Stelle, K. R., Blumer, C. y Moberg, D. P. (2004). Treatment retention of dually diagnosed offenders in an institutional therapeutic community. *Behavioral Sciences & The Law*, 22, 585-97.
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano Rojas, O. M., Betanzos Espinosa, P., Fernández Calderón, F., Bilbao Acedos, I., Pérez García, M., Verdejo-García, A. (2012). Psychiatric Comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: Substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*, 200, 734-41. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.043
- Vergara-Moragues, E. (2010). *Comorbilidad psicopatológica en pacientes con dependencia de cocaína tratados en comunidad terapéutica*. Tesis Doctoral en Psicología. Granada: Facultad de Psicología. Universidad de Granada.
- Wise, B. K., Cuffe, S. P. y Fischer, T. (2001). Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 161-165.