

Máster en Psicología General Sanitaria  
Trabajo Fin de Máster  
Curso 2016-2017

Variables predictivas del éxito terapéutico en una Comunidad Tera-  
péutica de drogodependencias  
Isabel María Fernández Pérez



**Trabajo Fin de Máster**  
**Facultad de Psicología**  
**Máster en Psicología General Sanitaria**  
**Universidad de Murcia**

TÍTULO DEL TFM: Variables predictivas del éxito terapéutico en una Comunidad Terapéutica de drogodependencias.

Nombre del alumno/a: Isabel María Fernández Pérez

Nombre del tutor/a: Jesús Valera Bernal / Juan José López García

Tipo de TFM: Investigación.

Curso 2016-2017

## **Agradecimientos**

Quiero aprovechar este apartado para agradecer a la Asociación Betania y especialmente a Pablo que hayan permitido la obtención de datos para este trabajo. Gracias por la atención y el compromiso que habéis demostrado siempre con la formación de los alumnos que hemos tenido la suerte de pasar por vuestro recurso.

Muchas gracias por contribuir a mi aprendizaje.

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

El abajo firmante **DECLARA** ser el autor del Trabajo de Fin de Máster que presenta como culminación de sus estudios de Graduado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, para ser evaluado por la Comisión Evaluadora correspondiente y **desea hacer constancia de lo siguiente:**

1. **El trabajo es original e inédito** y es producto de su contribución intelectual, bajo la tutela de uno o varios profesores de esta Facultad.

2. **Las figuras, tablas e ilustraciones** que lo acompañan al trabajo representan fielmente los hechos informados y **no han sido alteradas digitalmente.**

3. **Todos los datos y las referencias** a textos y materiales ya publicados están **debidamente identificados y referenciados en el texto y en las notas bibliográficas.**

Para dejar constancia de lo anteriormente expuesto, se firma esta declaración en Murcia, a 16 de enero de 2018.

Fdo.:

Isabel M<sup>a</sup> Fernández

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
1.1. Marco conceptual.....	3
1.1.1. Definición de Patología Dual .....	3
1.1.2. Definición de Adicción .....	5
1.1.3. Definición de Trastorno de la Personalidad.....	7
1.1.4. Estudios realizados en Patología dual y Éxito Terapéutico.....	8
1.1.5. Proceso terapéutico en la Comunidad Terapéutica Betania .....	15
1.2. Objetivos del estudio.....	19
<b>2. Método.....</b>	<b>20</b>
2.1. Descripción de la muestra.....	20
2.2. Variables del estudio .....	22
2.2.1. Trastorno de personalidad.....	22
2.2.1 Tipos de Alta .....	23
2.2.2 Tiempo en tratamiento.....	23
2.3. Procedimiento .....	24
2.4. Diseño utilizado.....	24
2.5. Análisis estadístico.....	25
<b>3. Resultados .....</b>	<b>27</b>
<b>4. Discusión .....</b>	<b>44</b>
<b>5. Conclusiones .....</b>	<b>47</b>
<b>6. Referencias .....</b>	<b>48</b>

## Resumen

Han sido numerosas las investigaciones realizadas con el fin de describir qué variables predicen el éxito terapéutico en Comunidades Terapéuticas de drogodependencias. Mediante el presente trabajo hemos querido observar si la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido en usuarios que seguían tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania por trastorno por uso de sustancias influía en el éxito terapéutico de los mismos. Para ello se obtuvieron datos de 258 usuarios que habían ingresado en la Comunidad entre el año 2007 y 2016. El 17.1% tenía como principal motivo para ingresar en tratamiento el consumo de alcohol, el 20.9% el de cocaína, y el 62% el de ambas sustancias. El 53.9% de participantes presentaba diagnóstico de Trastorno de Personalidad. El 77.1% había recibido alta terapéutica. Se encontró que la presencia de trastorno de personalidad influía en alcanzar alta terapéutica, de forma que los usuarios con diagnóstico de Trastorno de Personalidad mostraron una probabilidad 2.127 veces inferior de recibir alta terapéutica. Esta influencia no se encontró para el grupo que ingresó por consumo de alcohol principalmente, ni por ambas sustancias, pero sí para el grupo que ingresó por consumo de cocaína. Por otra parte, el grupo sin trastorno de personalidad estuvo significativamente más días de media en tratamiento que el grupo sin trastorno de personalidad. Esto no fue así cuando se analizó a los grupos por separado según la sustancia principal. El grupo de participantes que había recibido alta terapéutica estuvo significativamente más tiempo en tratamiento, resultado que se mantuvo tras dividir la muestra según la principal sustancia problema hubiera sido alcohol, cocaína o ambas sustancias.

**Palabras clave:** Trastorno de personalidad, permanencia en tratamiento, cocaína, alcohol, éxito terapéutico, Comunidad Terapéutica.

## **Abstract**

Numerous investigations were carried out with the purpose of describing which variables predict therapeutic success at therapeutic communities of drug addiction. Through this study we wanted to observe if the presence of a comorbid personality disorder diagnosis influenced the therapeutic success of the users who were receiving treatment at the Betania Therapeutic Community. To this end, data were obtained from 258 users who had entered the community between 2007 and 2016. 17.1% of them had as main reason to enter into the treatment of alcohol consumption, 20.9% of them cocaine, and 62% both substances. 53.9% of participants had presented a diagnosis of Personality Disorder. 77.1% received therapeutic discharge. It was found that the presence of personality disorder influenced reaching therapeutic discharge, so that users with a diagnosis of Personality Disorder showed a probability 2.127 times lower in receiving therapeutic success. This influence was not found for the group that used alcohol mainly or both substances mainly, but yes for the group that used cocaine mainly. On the other hand, the group without personality disorder was significantly more days on average in treatment than the group without personality disorder. This was not the case when the groups were analyzed separately according to the main substance. The group of participants who had received therapeutic discharge was significantly longer in treatment, a result that was maintained after dividing the sample according to the main problem substance would have been alcohol, cocaine or both substances.

**Keywords:** Personality disorder, cocaine, alcohol, stay in treatment, therapeutic success, Therapeutic Community.

## 1. Introducción

En el ámbito de los problemas de Salud Mental y adicciones se han realizado numerosas investigaciones con el objetivo de observar cuáles son las variables que influyen en el éxito terapéutico de las personas que acuden a los recursos de rehabilitación y tratamiento. Uno de los aspectos estudiados es la relación entre el diagnóstico de Patología Dual y alcanzar el éxito terapéutico.

De este modo el presente trabajo se ha centrado en la observación de variables que predicen el éxito terapéutico, en especial la presencia del tipo de Patología Dual caracterizado por la combinación de Trastornos de la Personalidad y trastornos adictivos. Por tanto, en los siguientes apartados se realiza una definición conceptual de ambos tipos de trastorno, así como una introducción al tema a partir de los resultados de investigaciones anteriores en esta área.

Posteriormente se presenta el estudio realizado para este Trabajo Fin de Máster, explicando en primer lugar los objetivos y la muestra de participantes utilizada, tras lo que se expone el procedimiento y el análisis estadístico llevado a cabo, para finalizar presentando los resultados obtenidos y las principales conclusiones que se derivan de ellos.

### 1.1. Marco conceptual

#### 1.1.1. Definición de Patología Dual

Según la Sociedad Española de Patología Dual, la Fundación de Patología Dual, la Asociación Mundial de Patología Dual y la Asociación Mundial de Psiquiatría (Szerman et al., 2015) se define la Patología Dual como:

*“La existencia en una misma persona de un trastorno adictivo y otro trastorno mental y está relacionada con procesos neurobiológicos y medioambientales, involucrados en el comportamiento de las adicciones con o sin sustancia. Nadie elige tener una adicción y esta no se desarrolla en personas entregadas al placer, el vicio o con debilidad de carácter, sino que estas personas presentan una susceptibilidad y vulnerabilidad que viene producida*



*por factores individuales, genéticos, psicopatológicos y medioambientales”* (Szerman et al., 2015).

En esta definición se entiende el concepto de adicción como problema mental y se demanda un modelo asistencial multidisciplinar que integre las redes de salud mental y adicciones evitando el “*síndrome de la puerta equivocada*”. Este síndrome se produce cuando la persona accede al recurso equivocado porque el criterio seguido para derivar es la sintomatología presente en el momento de la demanda, de forma que en el caso de cumplir criterios diagnósticos de consumo de sustancias es derivado a recursos de la red de drogodependencias, mientras que si el consumo de sustancias pasa desapercibido y se evalúa otra sintomatología del Eje I o II, la persona es derivada a recursos de Salud Mental. Con el paso del tiempo, este fenómeno lleva a que la persona pase por numerosos recursos sin obtener éxito terapéutico (Szerman et al., 2015). En el caso de España, se ha visto que hay mayor porcentaje de usuarios con patología dual en recursos de tratamiento de drogodependencias que en recursos de salud mental (Szerman, Casas y Bobes, 2013).

Por otro lado, como afirman Marín y Szerman (2015), las personas con trastorno psiquiátrico y trastorno por consumo de sustancia tienen asociadas tasas más elevadas de ideación y conductas suicidas, abandonos de tratamiento y recaídas en consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo y enfermedades de transmisión sexual, conducta violenta y encarcelamiento, problemas de adaptación social, escolar, laboral, etc., y en definitiva mayor riesgo de marginación social y deterioro biopsicosocial.

Estos aspectos cobran aún más importancia si tenemos en cuenta que según Szerman et al. (2015) el 70% de las personas que presentan un trastorno por abuso de sustancias presenta otro trastorno mental. La cifra de personas con esquizofrenia y abuso de sustancias se sitúa en el 70 %, el 60% en el caso de trastorno bipolar, en el 70% de forma general en el caso de trastornos graves de la personalidad y más del 30% en personas con TDAH y trastornos depresivos o de ansiedad.

Desde la perspectiva contraria solo una pequeña proporción de los trastornos mentales puede ser atribuido a un trastorno por uso de sustancias (Szerman, 2016; Vega et al., 2015). De hecho, Marín y Szerman (2015), sostienen que en más del

80% de los casos los trastornos de personalidad y psiquiátricos se iniciaron previamente al trastorno por consumo de sustancias, siendo la probabilidad de sufrir trastorno por consumo de sustancias tres veces superior en las personas con trastorno psiquiátrico que en las que no lo presentan.

Por otra parte, Szerman (2016) hace una crítica a los sistemas de clasificación de tipo categorial, sosteniendo que pueden llevar a un infra diagnóstico de la patología dual, al no detectar las otras manifestaciones de trastorno mental, lo que lleva a dificultar el proceso de tratamiento.

### 1.1.2. Definición de Adicción

Los trastornos relacionados con consumo de sustancias se incluyen en el capítulo V de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades, CIE-10 (OMS, 1992), dentro del apartado de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas (F10-19), así como dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Según este último, los trastornos por consumo de sustancias se incluyen dentro del capítulo “Trastornos relacionados con sustancias”, en el que se incluyen diez clases de sustancias, que, a pesar de ser distintas, producen una activación intensa del sistema de recompensa cerebral llevando a la alteración de las actividades normales. En el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) se exponen criterios diagnósticos, que muestran ligeras variaciones según la sustancia (véase Tabla 1):

Tabla 1

*Criterios diagnósticos de los Trastornos relacionados con el alcohol / estimulantes según DSM-5.*

*Un modelo de consumo de la sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:*

*1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.*

---

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.

---

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.

---

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.

---

5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

---

6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.

---

7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

---

8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que provocan un riesgo físico.

---

9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.

---

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

-Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

-Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.

---

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

-Presencia del síndrome de abstinencia de la sustancia caracterizado por los síntomas que se exponen en sus correspondientes apartados.

-Se consume la sustancia para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

---

Especificar si:

---

---

*-En remisión inicial, continuada, en entorno controlado, la gravedad actual (leve; 2,3 síntomas, moderado; 4,5 síntomas, grave; 6 o más síntomas)”*

---

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 299-300)

### 1.1.3. *Definición de Trastorno de la Personalidad*

Según Peris (2016) la personalidad se define como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales estables y predecibles que caracterizan a la persona en condiciones normales. Actualmente queda asumido que la personalidad es el resultado de la suma de aspectos constitucionales y experiencias desde el desarrollo hasta la vida posterior, lo que también se encuentra en la base de la relación entre el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad (Peris, 2016). Así, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) sostiene que los trastornos de personalidad son variantes de esos rasgos de personalidad inflexibles, que generan en la persona desadaptación, malestar subjetivo y dificultad funcional significativa y los divide en tres grupos: Cluster A (esquizotípico, esquizoide y paranoide), Cluster B (límite, histriónico, narcisista y antisocial) y Cluster C (obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo).

La CIE-10 por su parte incluye este grupo de trastornos dentro del apartado de Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto (F60-69) definiéndolos como una serie de alteraciones y formas diversas de comportamiento que tienden a ser persistentes y tienen importancia clínica por sí mismos, siendo la expresión del estilo de vida del individuo y de la forma característica de relacionarse consigo mismo y con los demás (OMS, 1992). Dentro de los mismos se encuentran diferentes tipos de trastornos que abarcan formas de pensar, sentir y comportarse consideradas excéntricas desde el punto de vista cultural, de carácter duradero y estable en la persona ante una amplia variedad de situaciones individuales y sociales. Los criterios diagnósticos generales para los trastornos específicos de la personalidad (F60) implican la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas (Organización Mundial de la Salud, 1992) (véase Tabla 2):

Tabla 2

*Criterios diagnósticos para Trastorno de personalidad y comportamiento del adulto según CIE-10*

*a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, tales como la afectividad, la excitabilidad, control de los impulsos, formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.*

*b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.*

*c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.*

*d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.*

*e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.*

*f) El trastorno se acompaña, por lo general, aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. Para diagnosticar la mayoría de los tipos de trastornos específicos de personalidad se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.*

*(Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 250)*

#### **1.1.4. Estudios realizados en Patología dual y Éxito Terapéutico**

Según Peris (2016) son numerosos los estudios que se han realizado con el objetivo de describir la coexistencia entre los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias. Uno de ellos se realizó en Estados Unidos con una muestra de población general de 43093 personas, y obtuvo como resultado que un 28.6% de los consumidores de alcohol y el 47.7% de otras sustancias tenía al menos un trastorno

de personalidad, siendo más frecuentes los de tipo antisocial, histriónico y dependiente. En el caso de las mujeres era más fuerte la asociación entre consumo de sustancias y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, antisocial, histriónico y esquizoide, mientras que en los hombres la asociación más fuerte se daba con trastorno dependiente, teniendo el estudio la gran limitación de no tener en cuenta el trastorno límite de personalidad, esquizotípico y narcisista. Por su parte Arias et al., (2013) realizó un estudio en España en el que los resultados indicaron que los tipos de trastorno de personalidad que más se asociaban al consumo de sustancias eran los tipos paranoide, límite, antisocial y esquizoide. Además, Peris (2016) afirmó que el Cluster C es el más prevalente en las personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias.

En el estudio realizado por Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa (2009), con 60 participantes que acudían a tratamiento ambulatorio por dependencia a la cocaína a Proyecto Hombre Navarra, se observó que el 36.7% de los participantes tenía diagnóstico de un trastorno de personalidad, y el 15% de dos trastornos simultáneos. Así el 5% de los participantes con dicho diagnóstico fue de tipo esquizoide, el 10% de tipo dependiente, el 6.7% de tipo histriónico, el 5% narcisista, el 3.3% antisocial y el 3.3% límite.

Arias et al. (2013) realizaron un estudio con una muestra de 837 individuos con diagnóstico de patología dual que se encontraban en tratamiento en Redes de Salud Mental de Madrid (629 de la red de drogodependencias y 208 de Salud Mental). Esta muestra se dividía en un grupo con patología dual, otro con trastorno mental no dual y otro grupo con trastorno por abuso de sustancias. Los resultados que se obtuvieron indicaban que los pacientes con patología dual no tenían mayor prevalencia de consumo de sustancias que los pacientes no duales, aunque en el caso del primer grupo si existía un patrón de consumo más grave de alcohol y cannabis. Además, entre los pacientes duales, casi el 67% tenía un diagnóstico de trastorno de personalidad, en concreto el 24% de tipo paranoide, el 25.5% límite, el 19.3% antisocial, un 24% obsesivo, 29.9% depresivo y porcentajes inferiores para otros tipos.

Martínez-Gras et al. (2016), realizaron un estudio multicéntrico en Madrid con 197 participantes que cumplían criterios diagnósticos para dependencia a la cocaína. De ellos el 12.7% de los participantes tenía trastorno de la personalidad límite o antisocial. En el caso de Robles et al. (2017) también realizaron un estudio en el que

evaluaron la personalidad a 112 participantes (85 hombres y 27 mujeres) que acudían a tratamiento ambulatorio para la dependencia al alcohol en un centro de Cádiz. De la muestra el 40.2% consumía también cocaína, 30.4% marihuana, 30.4% hashís, 14.3% heroína, y otras sustancias en menor porcentaje. En cuanto a la prevalencia de trastornos de personalidad se situó en el 29.7% de los casos, siendo los tipos más frecuentes el compulsivo, depresivo y narcisista.

Lana et al. (2016) por su parte evaluaron a 51 personas que acudían a un tratamiento multicomponente de 6 meses a un hospital de día. Dentro de la muestra, 28 participantes tenía trastorno de personalidad y trastorno por abuso de sustancias (el 71.4% consumía alcohol, 67.9% cannabis, 57.1% cocaína, porcentajes inferiores para otras sustancias y el 67.9% dos o más sustancias a la vez), mientras que 23 individuos tenían solo diagnóstico de trastorno de personalidad.

A pesar de que los datos varían de unos estudios a otros, en todos ellos se puede observar la existencia de una elevada comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y trastornos de personalidad. Según Peris (2016) el Cluster B es el que más se asocia a las adicciones y el que más se ha estudiado. Verheul (2001 citado en Peris, 2016), afirmó que las adicciones y la personalidad guardan alguna relación causal, ya que los estudios mostraron una coexistencia más fuerte que la que se observaría por casualidad. Así, propone tres explicaciones por las cuales los factores de personalidad influyen en la adicción:

- Por un lado la alta comorbilidad de los trastornos límite y antisocial de la personalidad con las adicciones, podría explicarse porque las personas que puntúan bajo en rasgos como evitación del daño y alto en rasgos de tipo antisocial e impulsivo muestran mayor tendencia a consumir sustancias, como anfetaminas y cocaína (por sus efectos, aunque no necesariamente solo éstas).
- Las personas con alta sensibilidad a la ansiedad, reactividad al estrés, neuroticismo, y en definitiva con vulnerabilidad al estrés, tienden a utilizar las sustancias como automedicación y alivio de síntomas. Esto justifica la asociación entre trastornos de personalidad tipo evitativo, dependiente, límite y esquizotípico con sustancias tales como el alcohol, heroína, benzodiazepinas, etc., por sus efectos.

- Los individuos con tendencia a la búsqueda de sensaciones, estimulación y extraversión tenderán a buscar sustancias estimulantes, lo que explicaría la alta coexistencia entre trastornos límite, narcisista e histriónico con sustancias estimulantes tales como la cocaína (aunque no exclusivamente) (Verheul et al., 2000) (citado en Peris, 2016).

Todo lo anterior ha de ser tenido en cuenta a la hora de enfocar la evaluación y los planes terapéuticos, ya que, además de la evaluación de los aspectos relacionados con el trastorno por uso de sustancias, es necesario dentro de las posibilidades, evaluar desde el punto de vista de la personalidad, psicopatologías comórbidas, etc., ya que pueden estar influyendo en la capacidad para beneficiarse de los tratamientos (Peris, 2016).

Por su parte, Verheul y Van den Brink (2000 citados en Peris, 2016) sostenían que aunque presentar diagnóstico de trastorno por uso de sustancias y trastorno de personalidad se asociaba a un tiempo más corto hasta una recaída, las personas con ambos diagnósticos podían tener la misma motivación para el cambio que si no había diagnóstico de trastorno de personalidad, así como también lograr éxito terapéutico a partir de los tratamientos. De hecho, Fowler, Groat & Ulanday (2013) tras haber evaluado a 187 adultos (52.5% mujeres y 47.5% hombres) con diagnóstico de consumo de sustancias que acudieron a un tratamiento especializado, observaron que el 29% de participantes interrumpió el tratamiento antes de los 42 días acordados previamente en el contrato terapéutico, frente al 71% que permaneció esos 42 días o más, hallando que el número de abandonos previos de tratamientos y las características sociodemográficas no predecía la finalización del tratamiento, mientras que el estilo de apego lo hacía incluso por encima de la presencia de comorbilidad. Estos autores concluyeron que tener un estilo de apego ansioso ambivalente predecía la permanencia en el tratamiento.

Por su parte, Vergara-Moragues (2010) y Vergara-Moragues et al. (2013) sostienen que el trastorno de personalidad comórbido con abuso de sustancias podría complicar el diagnóstico y el tratamiento además de suponer una peor respuesta a este último. En el estudio de Vergara-Moragues et al. (2013), en el que participaron 218 personas (91.3% hombres) en tratamiento por adicción a la cocaína en seis comunidades terapéuticas de Andalucía, obtuvieron que el 21.1% de los participantes cumplía criterios para trastorno antisocial de personalidad y el 13.8% para trastorno



límite. Además, en cuanto a las variables de consumo de los participantes, obtuvieron los siguientes resultados (véase Tabla 3):

Tabla 3  
*Porcentajes de consumo de distintas sustancias en participantes del estudio de Vergara- Moragues et al. (2013)*

<b>Sustancia</b>	<b>n (%)</b>
Cocaína	218 (100%)
Heroína	114 (52.3%)
Alcohol	91 (44.7%)
Cannabis	79 (36.2%)
Sedantes/ Hipnóticos	57 (26.1%)
Alucinógenos	3 (1.4%)
Estimulantes	7 (3.2%)
Metadona	16 (7.3%)
Policonsumo (tres o más)	19 (8.7%)

(Vergara – Moragues et al., 2013)

Además, en el grupo de participantes con comorbilidad psiquiátrica, la media de días de estancia en Comunidad, el porcentaje de altas terapéuticas (34.1%) y el porcentaje de personas con cambios clínicamente relevantes (44.4%), era significativamente inferior al de personas sin comorbilidad (56.5% y 64.1%, respectivamente). Tomando la comorbilidad exclusivamente con el eje II, se obtuvo que solo el 28.1% de los participantes con trastornos de la personalidad finalizaron con alta terapéutica frente al 50% de pacientes sin estos trastornos. El 44% de los pacientes con trastorno de personalidad finalizaron el tratamiento con cambios clínicamente relevantes frente al 56.5% de los que no tenía trastorno. Además, en este estudio también se concluyó que las personas que finalizaron su tratamiento en la comunidad con alta de tipo terapéutico estuvieron más días en tratamiento en la comunidad que aquellos que finalizaron su tratamiento sin éxito terapéutico.

Por su parte Martínez-González, Graña y Trujillo (2009) evaluaron a 80 personas con trastorno por consumo de alcohol (83.8% de hombres) con el objetivo de valorar la influencia de los patrones de personalidad en la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual con componentes individuales y grupales llevado a cabo en el Centro de Atención a Drogodependientes de la diputación de Granada. El 44.3% obtuvo criterios para al menos un trastorno de personalidad (un 41.2% era de tipo obsesivo-compulsivo, el 5.9% límite, 23.5% dependiente, 17.6% no especificado y porcentajes inferiores para otros tipos). No se encontraron diferencias en la edad

media de inicio al consumo entre el grupo de participantes con y sin trastorno de personalidad. Sin embargo, los autores hallaron una mayor cantidad de consumos diarios en el grupo de pacientes con trastorno de personalidad, así como mayor número de circunstancias ambientales en las que consumían alcohol o tenían deseo de consumirlo. Esto es, las personas con trastorno de personalidad tienen más momentos y circunstancias de riesgo de consumo. De la totalidad de participantes el 50.7% obtuvo alta terapéutica, el 19.4% voluntaria (en abstinencia antes de finalizar tratamiento) y el 29.9% abandonaron (volvieron a consumir). De los participantes con trastorno de personalidad el 65.2% recibió alta terapéutica, el 21.7% abandonó y el 13% recibió alta voluntaria. No encontraron diferencias significativas entre los grupos con y sin trastorno de personalidad respecto al tipo de alta, de forma que en este estudio la variable trastorno de personalidad no predijo en sí misma el tipo de alta. Con respecto a la media de tiempo en tratamiento, estos autores observaron que el grupo de participantes con diagnóstico de patología dual pasó más tiempo en tratamiento de forma significativa que el grupo sin trastorno de personalidad.

En el artículo de Krieger et al. (2016), evaluaron a 101 participantes en tratamiento por consumo de sustancias en dos hospitales, realizando dicha evaluación en dos momentos; uno al inicio de tratamiento y otro seis meses después de recibir el alta. En la evaluación inicial, el 55.4% cumplieron criterios para trastorno de la personalidad, siendo los más frecuentes el tipo evitativo, límite, antisocial y dependiente. El 77.2% de los participantes consumió alcohol, el 48.5% cocaína, el 35.6% cannabis, el 32.7% crack, etc., durante el año anterior. Encontraron que el grupo de participantes con trastorno de personalidad permaneció de forma significativa más tiempo en tratamiento que el grupo sin dicho trastorno.

En la evaluación de seguimiento a los seis meses tras el alta, solo pudieron llegar a evaluar al 59.4% de los evaluados inicialmente, encontrando que en el grupo con trastorno de la personalidad había significativamente más casos perdidos que en el grupo sin trastorno, lo que los autores atribuyen a una tendencia a la recaída mayor. Sin embargo, aunque entre los evaluados a los seis meses después del alta el 66.7% había consumido drogas, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo con y el grupo sin trastorno de personalidad en cuanto al tipo de drogas consumidas y adherencia a tratamientos (Krieger et al., 2016).

Así, Szerman, Casas y Bobes (2013) realizaron una encuesta a 169 profesionales sanitarios sobre percepción de adherencia a tratamientos en pacientes con patología dual (79.8% médicos o psicólogos) de todas las comunidades españolas. Según los resultados de dicha encuesta, el 47.2% de los pacientes atendidos tenían diagnóstico de patología dual y la principal sustancia problema por la que acudieron a tratamiento es la cocaína (56%) seguida del alcohol (26%). En cuanto al éxito terapéutico, los profesionales evaluados situaron en un 68% el porcentaje de incumplimiento de las terapias. De este porcentaje de pacientes, en el 96.2% se observó un agravamiento del trastorno psicopatológico. Además, otras consecuencias principales del incumplimiento son la recaída en el consumo de sustancias y el agravamiento de problemas sociofamiliares. De forma similar Roncero et al. (2016) también realizaron una encuesta a 250 profesionales de toda España sobre su percepción de incumplimiento terapéutico y sus consecuencias para pacientes con patología dual. Estos profesionales informaron que un 40.2% de pacientes cumplía criterios de patología dual. Además, el alcohol resultó ser la sustancia más utilizada por los pacientes, seguida de la cocaína, el cannabis, las benzodiazepinas, la heroína y diferentes estimulantes. Así para este caso el 10.8% de los profesionales evaluados afirmaron que sus pacientes habían cumplido con el tratamiento, el 63.3% que sus pacientes habían cumplido parcialmente y el 25.6% que sus pacientes no habían cumplido con el mismo.

Madoz-Gúrpide, García, Luque y Ochoa (2013) querían analizar cuáles eran las variables de las que dependía el alta terapéutica en 325 usuarios (78.8% de hombres y 21.2% de mujeres) con patología dual grave en tratamiento en una Comunidad Terapéutica de drogodependencias de Marbella con unidad psiquiátrica. Tras la evaluación con las pruebas correspondientes, el 61.8% tenía criterios para la dependencia al alcohol, 78.3% para cocaína, 51.7% para cannabis, 43.1% para opiáceos y porcentajes inferiores para otras sustancias. El 84.5% tenía criterios para policonsumo. El 39.7% tenía patología dual grave, de los cuales el 20.6% cumplió criterios para diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Del total de participantes el 70.5% recibió un alta de tipo no terapéutico frente al 29.5% que recibió alta terapéutica. Por grupos obtuvieron que tener diagnóstico de policonsumo disminuía la probabilidad de alta terapéutica 4.329 veces frente al monoconsumo y los pacien-

tes con trastorno límite de personalidad mostraron una probabilidad de alta terapéutica 3.115 veces inferior a los que no tenían diagnóstico de trastorno límite.

González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, (2014) evaluaron a 218 participantes de comunidades terapéuticas de Andalucía con el objetivo de ver si había relación entre la presencia de comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias y el éxito terapéutico. Así en los primeros 20 días de tratamiento administraron la entrevista psiquiátrica PRISM encontrando que el 29.4% cumplían criterios diagnósticos para el Eje II, el 21.1% trastorno antisocial de la personalidad y el 13.8% trastorno límite. El grupo de participantes que tenía comorbilidad de trastorno de personalidad con trastorno por uso de sustancias mostró una probabilidad menor de forma significativa de continuar en tratamiento con respecto al grupo con trastorno por abuso de sustancias solo. El grupo que obtuvo alta terapéutica estuvo en tratamiento una media de 180 frente al grupo que abandonó tratamiento sin éxito que permaneció una media de 92 días. Además, el grupo con comorbilidad psiquiátrica mostró de forma significativa menos porcentaje de alta terapéutica que el grupo con solo trastorno por uso de sustancias (38.1% frente a 57.6%) así como menos mejoría clínica de forma significativa (64.1% frente a 44.4%).

#### *1.1.5. Proceso terapéutico en la Comunidad Terapéutica Betania*

Antes de comenzar a exponer los aspectos relativos al estudio realizado es necesario realizar una descripción del proceso terapéutico que siguieron los usuarios en la Comunidad Terapéutica Betania.

La Comunidad Terapéutica Betania es un recurso con origen en 1989 que forma parte de la Red Socio- Asistencial de adicciones de la Región de Murcia, llevando a cabo un servicio de atención a personas con diagnóstico de adicción con el objetivo de lograr la deshabituación de sustancias y la reinserción social. La intervención es de carácter interdisciplinar y se lleva a cabo siguiendo el modelo biopsicosocial. El objetivo de este modelo es atender de forma integral al usuario en todas las áreas implicadas en el origen y el mantenimiento de los problemas de adicción, esto es, en las esferas biomédica, psicológica y social (Asociación Betania, 2016, 2017).

Para llevar a cabo el proceso terapéutico, en Betania se elabora un Plan de Tratamiento Individualizado para cada caso. Al inicio del ingreso en tratamiento se realiza una evaluación del usuario en las áreas médica y sanitaria, psicológica y neuropsicológica, social, laboral, formativa, familiar y de gestión del tiempo de ocio. A partir de los resultados de esta evaluación se definen objetivos terapéuticos y se establecen planes y pautas de actuación para la consecución de los mismos (Asociación Betania, 2016).

El eje principal del tratamiento rehabilitador en Betania es la Psicoterapia y la asistencia sanitaria, dentro de la cual uno de los modelos que se siguen es el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente, basado en que el cambio de comportamiento es un proceso compuesto por etapas y cada persona tiene una motivación distinta para el mismo. De este modo, a través de la evaluación se identifica en qué etapa se encuentra el usuario cuando ingresa en tratamiento, para ajustar al mismo el Plan de Tratamiento Individualizado (Asociación Betania, 2016; Cabrera, 2000).

A continuación se exponen tales etapas de cambio:

- Precontemplación. En esta etapa las personas no tienen intención de cambiar, bien porque no conocen las consecuencias negativas de continuar con el comportamiento adictivo, o por baja percepción de autoeficacia tras intentos de cambio fracasados previamente. Por tanto en esta etapa es habitual encontrar a usuarios que acuden a tratamiento por presión externa y es importante conseguir su adherencia al proceso terapéutico, con el fin de evitar un alta precoz por decisión unilateral de la persona.
- Contemplación. En esta etapa la persona tiene intención de cambio ya que es consciente de las ventajas que supondría el mismo. Sin embargo, aún no hay un compromiso de cambiar ya que los factores contrarios a hacerlo aún tienen un peso grande. Por ello en esta fase la estrategia de intervención en Betania se basa en la reestructuración cognitiva, utilizando técnicas de la terapia racional – emotiva de Ellis, de reestructuración cognitiva de Beck, la entrevista motivacional de Miller, psicoeducación, etc.

En la Comunidad Terapéutica Betania, los usuarios que se identifican dentro de esta etapa se incorporan dentro del Grupo de Habilidades de Recupera-

ción Temprana basado en el Modelo Mátrix de Tratamiento Intensivo de Adicciones. En este grupo se da información al usuario sobre aspectos del comportamiento adictivo y se favorece la adherencia al tratamiento.

– Preparación. Las personas que se encuentran en esta etapa no solo tienen una intención y un compromiso con el cambio, sino que ya comienzan a realizar acciones destinadas al mismo, con un plan establecido para ello.

Aquí se utilizan técnicas de la terapia familiar sistémica, de la terapia cognitivo-conductual y la entrevista motivacional de Miller.

– Acción. Es la etapa más visible de las seis, ya que en ella las personas realizan cambios objetivos y medibles en su comportamiento. En esta fase el nivel de autoeficacia de la persona es alto, así como la implicación en el proceso de cambio.

– Mantenimiento. Aquí se consolidan los cambios alcanzados a través de etapas anteriores. En la Comunidad Terapéutica Betania se realiza un plan de reinserción de la persona en su entorno habitual, evaluando e interviniendo sobre las posibles dificultades en relación a ello, y prestando atención a la prevención de recaídas (Asociación Betania, 2016; Cabrera, 2000).

Además de los modelos antes mencionados, dentro de la intervención psicológica también se utiliza la Terapia familiar sistémica, Terapia de pareja conductual y el modelo de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivos (Asociación Betania, 2016).

Las actuaciones terapéuticas en Betania se realizan dentro de un plan general de intervención propio de la comunidad. Dentro de este podemos encontrar actividades planificadas dentro de un horario, tanto de carácter individual como grupal, de forma que el usuario también se beneficia de las ventajas propias del tratamiento en grupo. Algunas de las actividades que forman parte del plan general de intervención son:

- Atención psicológica individual.
- Grupo de prevención de recaídas.
- Grupo de habilidades de recuperación temprana basado en el Modelo Mátrix.
- Grupo de estimulación cognitiva.

- Atención sanitaria.
- Tutorías socioeducativas individuales.
- Intervenciones de trabajo social y orientación laboral.
- Actividades y talleres formativos.
- Actividades deportivas.
- Talleres ocupacionales y actividades culturales (Asociación Betania, 2016, 2017).

Es importante apuntar que el trabajo no solo es realizado con el usuario que ingresa en tratamiento, sino que también se trabaja con la familia y el entorno, con el fin de intervenir sobre posibles situaciones problemáticas que pudieran influir tras el alta en el mantenimiento de los objetivos alcanzados (Asociación Betania, 2016).

En cuanto a la duración aproximada del tratamiento en la Comunidad, se estima de unos 6,7 meses, sin embargo, ésta puede sufrir variaciones en función de las características clínicas y circunstancias de la persona que demanda asistencia. Por tanto, la definición de éxito terapéutico para un usuario atendido en Betania no viene tanto definida por el transcurso de esos 6 meses en el recurso, sino por el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro de su Plan de Tratamiento Individualizado (Asociación Betania, 2016, 2017).

Además, aunque tradicionalmente se consideró que el trabajo en las Comunidades Terapéuticas se llevaba a cabo mediante ingresos en los que el usuario se aislaba del exterior durante el tiempo de tratamiento, en este caso se evita el aislamiento de la persona con problemas de adicción, fomentando la reinserción desde el primer momento. Para ello se realizan las actividades antes mencionadas fuera de la Comunidad Terapéutica (talleres, actividades deportivas, etc.) y se coordina el tratamiento de cada usuario de forma que se planifiquen salidas al entorno de referencia de forma adaptada a las características clínicas y gravedad del caso (Asociación Betania, 2016).

En el momento en que el usuario recibe alta en la Comunidad, se deriva a otro recurso dentro de la Red de Salud Mental y Drogodependencias (por ejemplo, CSM, CAD, etc.), con el fin de continuar con su seguimiento y atención.

Por último, es importante mencionar que el tratamiento en Betania apenas ha sufrido variaciones durante el periodo de tiempo tomado para este estudio, -entre 2007 y 2016-, con lo que todos los usuarios que han ingresado han pasado por el mismo proceso terapéutico (Asociación Betania, 2016).

## 1.2. Objetivos del estudio

Los objetivos de este estudio descriptivo – correlacional se dividen en dos grupos:

### Objetivo General:

-Observar si la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido en usuarios que siguen tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania por trastorno por uso de sustancias, influye en el éxito terapéutico de los mismos.

### Objetivos Específicos:

-Observar el porcentaje de participantes que recibió alta de tipo terapéutico.

-Observar el porcentaje de diagnóstico de Trastorno de Personalidad presente en la muestra de participantes.

-Determinar si hay diferencias significativas en el porcentaje de altas terapéuticas recibidas entre el grupo de participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad y el grupo sin dicho diagnóstico.

-Observar si, -para el grupo de participantes cuyo motivo principal de ingreso fue el alcohol-, hay diferencias significativas en el porcentaje de altas terapéuticas recibidas entre aquellos participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad y aquellos sin dicho diagnóstico.

-Determinar si, -para el grupo de participantes cuyo motivo principal de ingreso fue la cocaína-, hay diferencias significativas en el porcentaje de altas terapéuticas recibidas entre aquellos participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad y aquellos sin este diagnóstico.

-Observar si, -para el grupo de participantes cuyo motivo principal de ingreso fue el alcohol y la cocaína-, hay diferencias significativas en el porcentaje de altas terapéuticas recibidas entre aquellos participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad y el grupo sin dicho diagnóstico.



-Determinar si hay diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin este diagnóstico en la media de días transcurridos en tratamiento.

-Observar si hay diferencias significativas en la media de días en tratamiento entre los participantes con trastorno de personalidad y los que no lo presentan, para el grupo cuyo principal motivo de ingreso fue el alcohol.

-Determinar si, -para el grupo cuyo principal motivo de ingreso fue la cocaína-, hay diferencias significativas en la media de días en tratamiento entre los participantes con trastorno de personalidad y los que no lo presentan.

-Observar si hay diferencias significativas en la media de días en tratamiento entre los participantes con trastorno de personalidad y los que no lo presentan, para el grupo cuyo principal motivo de ingreso fueron ambas sustancias.

-Constatar si hay diferencias significativas entre los participantes que recibieron alta terapéutica y los que no, en la media de días en tratamiento.

-Determinar si, -para el grupo cuyo principal motivo de ingreso fue el alcohol-, hay diferencias significativas entre los participantes que recibieron alta terapéutica y los que no, en la media de días en tratamiento.

-Constatar si hay diferencias significativas en la media de días en tratamiento entre los participantes que recibieron alta terapéutica y los que no, del grupo cuya principal sustancia problema fue la cocaína.

-Observar si, -para el grupo cuyo principal motivo de ingreso fueron ambas sustancias-, hay diferencias significativas entre los participantes que recibieron alta terapéutica y los que no, en la media de días en tratamiento.

## **2. Método**

### **2.1. Descripción de la muestra**

Para el presente estudio se partió de una población inicial de 377 personas que iniciaron tratamiento psicológico en la Comunidad Terapéutica de Drogodependencias Betania entre los años 2007 y 2016. Se formó una muestra de 258 participantes tras la aplicación de los siguientes criterios de exclusión:

- 1- Encontrarse cumpliendo condena por causa penal o judicial en el momento del ingreso en la Comunidad. La razón para ello es que no podemos saber si aquellas personas que ingresaron en la comunidad por razones penales o judiciales tenían una motivación intrínseca hacia la recuperación de la adicción y por tanto, predisposición a cumplir con los componentes del programa terapéutico, con lo que no podríamos saber si un alta no terapéutica se debió a la baja motivación u otras causas, lo que contaminaría los resultados de este trabajo. Así mismo, también quedaron excluidas las personas que tuvieron que ingresar en prisión en medio del programa terapéutico en la comunidad.
- 2- Ser derivado para un ingreso hospitalario durante su proceso en Betania por razones de fuerza mayor.
- 3- Participantes cuyo motivo principal de ingreso en la comunidad no fuera el consumo problemático de cocaína, alcohol o ambas sustancias. La razón para ello es que de los 377 usuarios de los que se disponía de datos inicialmente, el 88.06% tenía dentro de su principal sustancia problema el alcohol, la cocaína o ambas con lo que se buscaba que la muestra utilizada para el estudio fuera lo más homogénea posible. Con ello quedaron excluidos grupos minoritarios de personas cuyo principal motivo de ingreso había sido el consumo problemático de benzodiazepinas (1 persona) y sedantes (1 persona), opioides (2 personas), cannabis (15 personas), disolventes volátiles (1 persona) y por ludopatía (1 persona).

#### Criterios de inclusión:

- 1- Haber realizado un ingreso y recibido un alta en la Comunidad Terapéutica Betania entre el año 2007 y el año 2016.
- 2- Que el motivo principal de ingreso fuera el diagnóstico de Trastorno por consumo de alcohol (F10), Trastorno por consumo de cocaína (F14) o el Trastorno por consumo de ambas sustancias.

Los participantes de la muestra habían sido derivados de diversos centros dentro de la Región de Murcia: Centros de Atención de Drogodependencias de Cartagena, Murcia, Lorca, Cieza, Centros de Salud Mental de Caravaca, Águilas, Alcantarilla, El Infante (Murcia), Jumilla, Molina del Segura, Mula, Yecla, del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (El Palmar, Murcia), de la Comunidad Terapéutica Heliotro-

pos (Murcia) y de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Reina Sofía (Murcia).

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra la media de edad era de  $M = 36.33 \pm 8.8$  años teniendo el participante de menor edad 17 años y el de mayor edad 64. En cuanto al sexo, el 86.4% eran varones y 13.6% mujeres.

De la muestra global de participantes el 17.1% ( $n = 44$ ) había ingresado con un motivo principal de tratamiento basado en el consumo abusivo de alcohol principalmente. El 20.9% ( $n = 54$ ) tenía como motivo principal de tratamiento la cocaína y el 62% ( $n = 160$ ) el consumo de cocaína y alcohol. En la Figura 1 se expone el porcentaje de participantes que ingresa principalmente por cada sustancia:

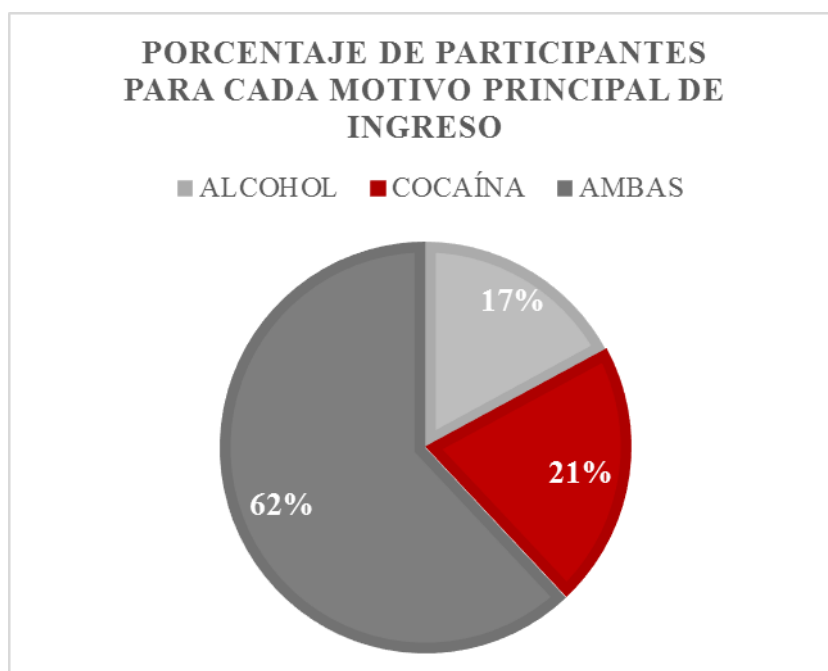


Figura 1. Porcentaje de participantes para cada motivo principal de ingreso.

## 2.2. Variables del estudio

### 2.2.1. Trastorno de personalidad

El constructo que representa la variable "Trastorno de personalidad" viene definida en el apartado anterior de este documento "Definición de Trastorno de la Personalidad" (Véase Apartado 1.1.3, p.7). Así, se trata de una variable medida de tipo categórico o nominal, de forma que la presencia de cualquier tipo de Trastorno de personalidad, así como los Trastornos de personalidad sin especificar se codifican

como “Sí” (hay trastorno de personalidad comórbido con el Trastorno por consumo de sustancias), mientras que se codifica como “No” cuando la base de datos indica que no hay Trastorno de Personalidad o hay diagnóstico de Retraso Mental (F70-79) en el Eje II.

### 2.2.1 *Tipos de Alta*

Se define el alta como el momento en que el usuario finaliza su proceso de tratamiento en la Comunidad. Así, la variable medida “tipo de alta” es de tipo categórico o nominal para este trabajo y dentro de ella vamos a distinguir dos niveles:

-Alta terapéutica. Se define como momento en que el usuario finaliza su tratamiento en Betania tras haber cumplido los objetivos propuestos dentro de su Plan de Tratamiento Individualizado.

-Alta no terapéutica. Se caracteriza porque la persona no alcanza los objetivos de tratamiento propuestos inicialmente. Dentro de este grupo se encuentran los usuarios que deciden unilateralmente finalizar el tratamiento y abandonar el recurso (alta voluntaria) y los usuarios a los que a decisión del equipo terapéutico -tras el registro reiterado de incumplimiento de normas-, se rompe el contrato de tratamiento (alta por cese terapéutico). Así, para el presente trabajo el alta por cese y el alta voluntaria se van a incluir dentro del mismo nivel de la variable altas, esto es, como “alta no terapéutica”, ya que independientemente de cuál sea el motivo, lo que se interpreta de estas altas es que la persona no ha alcanzado los objetivos propuestos y por tanto no se puede considerar que hay éxito terapéutico.

### 2.2.2 *Tiempo en tratamiento*

Se define como la cantidad de días que transcurren desde que el usuario ingresa en la Comunidad Terapéutica hasta que recibe el alta, independientemente de que haya finalizado el tratamiento con éxito terapéutico o no. Para este estudio esta variable es de tipo cuantitativo y se ha medido calculando la cantidad de días a partir de la fecha de ingreso y de la fecha de fin de tratamiento, lo que se ha realizado con el paquete estadístico SPSS.

### **2.3. Procedimiento**

La primera acción realizada para este trabajo fue pedir permiso a la Asociación Betania para la obtención del registro de datos en formato Excel con los datos de todos los usuarios que habían acudido a tratamiento a la comunidad desde 2007 hasta 2016.

Con el objetivo de respetar el derecho a la confidencialidad de los participantes, -antes de copiar el registro de datos para su utilización-, fueron eliminados todos los datos que podían identificar a los usuarios, esto es, nombre y apellidos, DNI, número de expediente, datos familiares, etc., asegurando así el respeto de su derecho a la intimidad y el anonimato. Dicho registro Excel contenía desde ese momento los datos relativos a sexo, edad, principal motivo de ingreso, fecha de ingreso en tratamiento, fecha fin de tratamiento, motivo de fin de tratamiento o tipo de alta, existencia de trastorno de personalidad, tipo de diagnóstico en Eje II, cumpliendo condena y otras variables de tipo socioeconómico que no son de interés para el objetivo de este estudio y se han obviado.

Posteriormente se procedió a unificar algunas variables que se encontraban codificadas de formas distintas. Tras ello se eliminaron los casos que no se iban a incluir en el estudio, por los motivos que se han explicado en el apartado “Descripción de la muestra” (véase p. 20). Para ello se utilizó la herramienta “Filtros de Microsoft Excel” con la que se encontraban codificadas las variables, seleccionando aquellos casos que no eran de interés y suprimiéndolos. Así, tras eliminar los casos con otras sustancias distintas a cocaína y alcohol como principal motivo de ingreso, los casos cumpliendo condena y los casos que ingresan en prisión u hospitalización, se copian dichos casos en el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.

Ya con los casos de la muestra a utilizar se procedió a generar la variable “tiempo en tratamiento” a partir de las variables “fecha de ingreso” y “fecha fin de tratamiento”. Tanto ésta nueva variable como el resto de ellas se codificaron según correspondía en este programa para proceder al análisis estadístico.

### **2.4. Diseño utilizado**

El presente estudio es una investigación no experimental de tipo comparativo.

## 2.5. Análisis estadístico

Para el tratamiento de datos se ha utilizado la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2013, aunque para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico IBM SPSS versión 22.0. Para calcular del tamaño del efecto se ha utilizado el criterio de Cohen (*d* de Cohen) en el caso de que las variables implicadas en el análisis fueran de tipo cuantitativo y categórico, y el estadístico *Odds Ratio* (*OR*) en el caso de variables de tipo categórico o nominal.

En primer lugar, se observó si había diferencias entre el grupo que consumía principalmente alcohol, el grupo con consumo de cocaína y el de ambas sustancias en la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad. Para ello se realizó una tabla de contingencias que permitiera observar el porcentaje de Trastorno de personalidad presente en cada uno de los tres grupos según la principal sustancia problema. También se realizó la prueba *Chi Cuadrado de Pearson* para medir la independencia de las variables categóricas “Motivo principal de tratamiento” (alcohol, cocaína o ambas) y “Trastorno de personalidad”.

Posteriormente con el fin de detectar si el tipo de principal sustancia problema (alcohol, cocaína o ambas) influía en el tipo de alta recibida se realizó una tabla de contingencia en la que se pudiera observar el porcentaje de altas recibidas según la sustancia problema, así como la prueba *Chi Cuadrado de Pearson* para medir la independencia de las variables categóricas “Motivo principal de tratamiento (cocaína, alcohol o ambas)” y “Tipo de alta recibida”.

Tras ello se procedió a comprobar si tener o no trastorno de personalidad influía en el tipo de alta recibida, con lo que de nuevo se realizó una tabla de contingencias en la que poder observar los porcentajes de presencia de trastorno de personalidad en el grupo de participantes que recibió alta de tipo terapéutico y en el que no. Así, se realizó la prueba *Chi Cuadrado de Pearson* para comprobar la independencia de las variables categóricas “Trastorno de Personalidad” y “Tipo de alta recibida”. Se calculó la prueba *Odds Ratio* (*OR*) como medida del tamaño del efecto.

Para comprobar si en el grupo cuyo motivo principal de tratamiento es el alcohol había influencia de la presencia o no de diagnóstico de trastorno de personalidad en haber recibido o no alta terapéutica, se realizó la prueba *Chi Cuadrado de Pearson* para medir la independencia de las variables categóricas “Trastorno de

Personalidad” y “Tipo de alta recibida”. Tras ello se realizó la prueba *Odds Ratio* (OR) para calcular el tamaño del efecto. Este procedimiento se repitió para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento era cocaína y para el grupo de ambas sustancias.

Con el fin de observar si había diferencias en el tiempo medio que pasaban el tratamiento los usuarios con trastorno de la personalidad y los usuarios sin trastorno de personalidad se realizó la prueba *t de Student* para muestras independientes en la que se relacionaban las variables “Número de días en tratamiento” y “Trastorno de personalidad”. Como medida del tamaño del efecto se realizó la prueba *d* de Cohen.

Tras ello, se procedió a analizar si existían diferencias en el tiempo en tratamiento entre los usuarios con trastorno de personalidad y sin este diagnóstico en el caso del grupo cuyo motivo principal de tratamiento había sido alcohol. Para ello se realizó la prueba *t de Student* para muestras independientes en la que se relacionaban las variables “Número de días en tratamiento” y “Trastorno de personalidad”. Como medida del tamaño del efecto se realizó la prueba *d* de Cohen. El mismo análisis fue realizado en el caso del grupo cuyo motivo principal de diagnóstico fue la cocaína y para el grupo de ambas sustancias.

Para observar si el tiempo de permanencia en tratamiento influía en el tipo de alta recibida se realizó la prueba *t de Student* para muestras independientes en la que se relacionaron la variable cuantitativa “Número de días en tratamiento” y la variable categórica “Tipo de alta recibida”. Como medida del tamaño del efecto se llevó a cabo la prueba *d* de Cohen.

Por último, se quiso observar si para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento había sido el alcohol había influencia del tiempo de permanencia en tratamiento en el tipo de alta recibida. Para ello se realizó la prueba *t de Student* para muestras independientes en la que se relacionaron la variable cuantitativa “Número de días en tratamiento” y la variable categórica “Tipo de alta recibida”. Como medida del tamaño del efecto se llevó a cabo la prueba *d* de Cohen. Lo mismo fue realizado en el caso del grupo cuyo motivo principal de tratamiento fue la cocaína y para el grupo de ambas sustancias.

### 3. Resultados

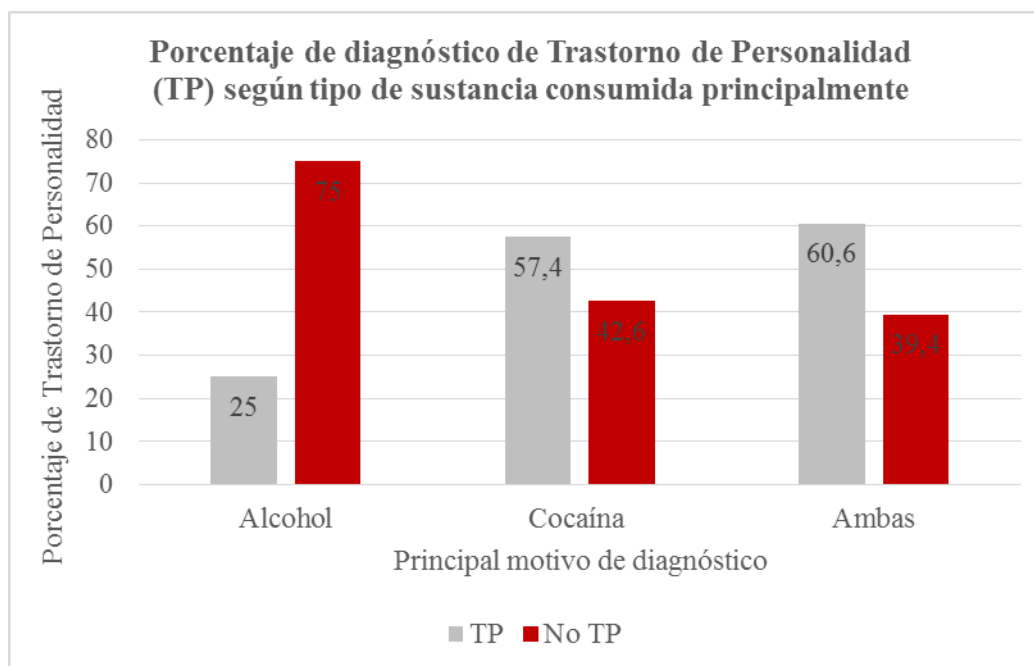
Tras realizar la tabla de contingencias para observar el porcentaje de trastorno de personalidad diagnosticado para cada grupo según su principal motivo de diagnóstico se obtuvo que el 53.9% de la muestra tomada para este estudio tenía diagnóstico de trastorno de personalidad ( $n = 139$ ) frente al 46.1% ( $n = 119$ ) que no lo presentaba. En el caso del grupo cuya principal sustancia problema fue el alcohol el 25% presentó diagnóstico de trastorno de personalidad ( $n = 11$ ) frente al 75% que no lo hizo ( $n = 33$ ). En concreto, para este grupo la probabilidad de tener trastorno de personalidad fue 4.2 veces inferior a los grupos de cocaína y ambas sustancias, a partir del resultado observado de un *Residuo Corregido* para trastorno de personalidad = -4.2. En el caso del grupo cuyo motivo principal de tratamiento fue la cocaína el 57.4% tenía diagnóstico de trastorno de personalidad ( $n = 31$ ) frente al 42.6% que no lo tenía ( $n = 23$ ). Los resultados del *Residuo Corregido* no fueron significativos para este grupo. Para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento fueron ambas sustancias el 60.6% tuvo diagnóstico de trastorno de personalidad ( $n = 97$ ) y el 39.4% no ( $n = 63$ ). En concreto, para este grupo la probabilidad de tener trastorno de personalidad fue 2.8 veces superior a los otros grupos, lo que se observó a través de un *Residuo Corregido* = 2.8 para la presencia de trastorno de personalidad. En la Tabla 4 se exponen tales resultados.

Tabla 4  
*Porcentajes de Trastorno de personalidad para cada grupo según la principal sustancia por la que ingresa en tratamiento*

Diagnóstico Principal		Trastorno de Personalidad		Total
		Sí	No	
Alcohol	Recuento ( $n$ )	11	33	44
	Porcentaje %	25%	75%	100%
	Residuo Corregido	-4.2	4.2	
Cocaína	Recuento ( $n$ )	31	23	54
	Porcentaje %	57.4%	42.6%	100%
	Residuo Corregido	.6	-.6	
Ambas (Coc + Alc)	Recuento ( $n$ )	97	63	160
	Porcentaje %	60.6%	39.4%	100%
	Residuo Corregido	2.8	-2.8	
Total	Recuento ( $n$ )	139	119	258
	Porcentaje %	53.9%	46.1%	100%



En la Figura 2 se exponen los porcentajes de diagnóstico de trastorno de personalidad presentes en cada grupo de participantes según su motivo principal de tratamiento fuera el alcohol, cocaína o ambas sustancias.



**Figura 2.** Porcentajes de diagnóstico de Trastorno de Personalidad para cada uno de los grupos según motivo de tratamiento

Los resultados de la prueba Chi Cuadrado para observar la influencia del motivo principal de tratamiento en la presencia de trastorno de personalidad es  $\chi^2 = 17.968$ ;  $p = .000$ , con lo que se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en la presencia de trastorno de personalidad.

Por otra parte, tras analizar los resultados a partir de tabla de contingencias se encontró que dentro del grupo cuya principal sustancia problema era el alcohol ( $n = 44$ ) el 90.9% de participantes recibió alta terapéutica ( $n = 40$ ) frente al 9.1% que no lo hizo ( $n = 4$ ). Pertenecer al grupo cuyo principal motivo de diagnóstico fue el alcohol hizo que la probabilidad de recibir alta terapéutica fuera 2.4 veces superior a los otros dos grupos según sustancia, lo que se observó a partir del resultado del *Residuo Corregido* = 2.4. Del grupo cuya principal sustancia problema era la cocaína el 70.4% recibió alta terapéutica ( $n = 38$ ) frente al 29.6% que recibió alta no terapéutica ( $n = 16$ ). Para este grupo los resultados de residuo corregido no fueron significativos. Del grupo cuyas principales sustancias problema eran el alcohol y la cocaína

el 75.6% recibió alta terapéutica ( $n = 121$ ) frente al 24.4% que recibió alta no terapéutica ( $n = 59$ ). Para este grupo los resultados de residuo corregido no fueron significativos. Tomando la muestra de participantes en conjunto sin dividir por la sustancia problema, se obtiene que de todos los participantes ( $n = 258$ ) el 77.1% recibió alta terapéutica ( $n = 199$ ) frente a 22.9% que no recibió alta terapéutica ( $n = 59$ ). En la tabla 5 se muestran tales porcentajes por grupos.

Tabla 5  
Porcentajes de cada tipo de alta según principal sustancia problema

Diagnóstico Principal		Motivo alta		Total
		No Terapéutica	Terapéutica	
Alcohol	Recuento ( $n$ )	4	40	44
	Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%
Cocaína	Residuo Corregido	-2.4	2.4	
	Recuento ( $n$ )	16	38	54
	Porcentaje %	29.6%	70.4%	100%
Ambas (Coc + Alc)	Residuo Corregido	1.3	-1.3	
	Recuento ( $n$ )	39	121	160
	Porcentaje %	24.4%	75.6%	100%
Total	Residuo Corregido	.7	-.7	
	Recuento ( $n$ )	59	199	258
	Porcentaje %	22.9%	77.1%	100%

En la Figura 3 se muestran los porcentajes de altas según la principal sustancia tratada.

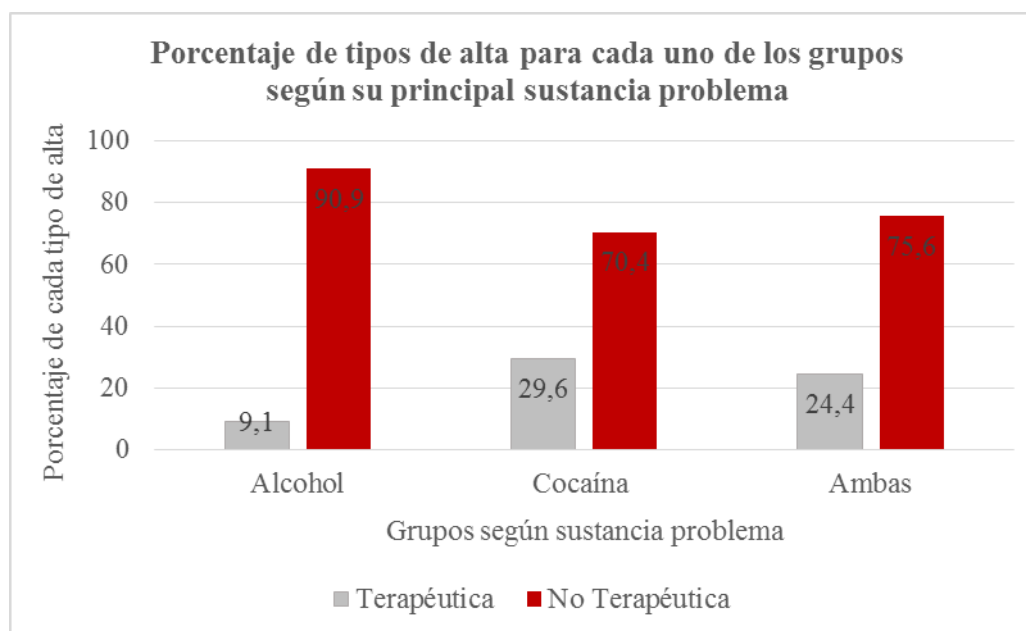


Figura 3. Porcentajes de cada tipo de alta según la principal sustancia problema

Los resultados de la prueba Chi Cuadrado para medir la relación entre el tipo de sustancia problema principal y el tipo de alta recibida fueron:  $CHI_2= 6.340$ ;  $p=.042$ , con lo que de forma significativa se puede observar que existieron diferencias intergrupo en recibir o no alta terapéutica según sustancias.

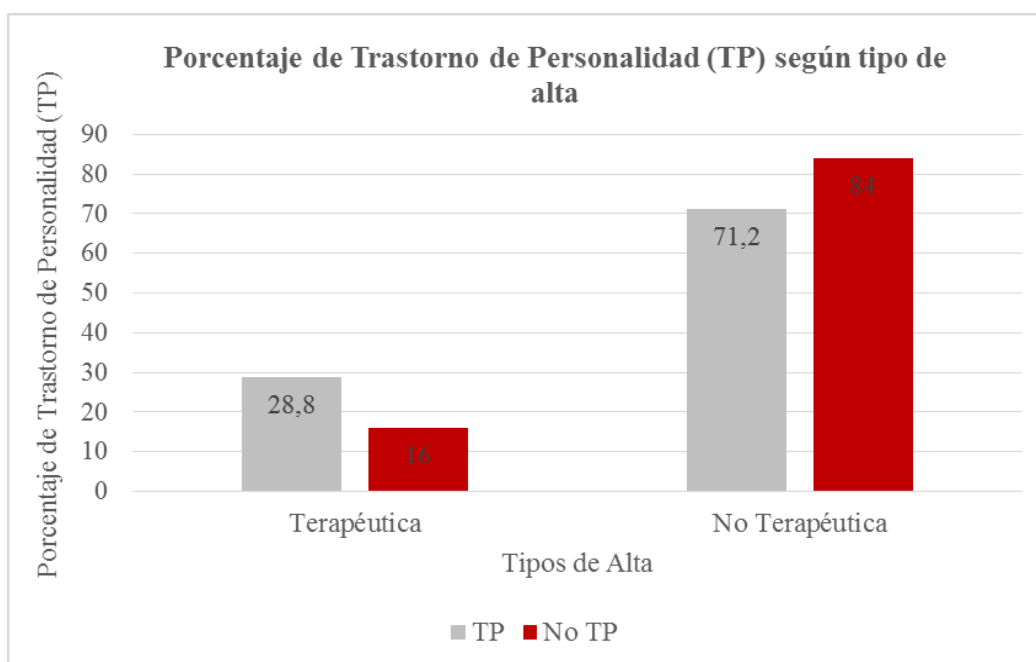
Los resultados de realizar la tabla de contingencias con los porcentajes resultantes de recibir alta terapéutica en función de la presencia de trastorno de personalidad o no, indicaron que del grupo de personas con trastorno de personalidad el 71.2% recibió alta terapéutica ( $n = 99$ ) frente al 28.8% que no lo hizo ( $n = 40$ ). Del grupo de personas sin trastorno de personalidad el 84% recibió alta terapéutica ( $n = 100$ ) frente al 16% que no lo hizo ( $n = 19$ ). Estos resultados se exponen en la Tabla 6.

Tabla 6

*Porcentajes de tipo de alta en función de la presencia de trastorno de personalidad o no.*

			Tipo de alta		Total
			No Terapéutica	Terapéutica	
<b>Trastorno de la Personalidad</b>	<b>Sí</b>	Recuento	40	99	139
		Porcentaje	28.8%	71.2%	100%
		Residuo corregido	2.4	-2.4	
	<b>No</b>	Recuento	19	100	119
		Porcentaje	16%	84%	100%
		Residuo corregido	-2.4	2.4	
<b>Total</b>	Recuento	59	199	258	
	Porcentaje	22.9%	77.1%	100%	

En la Figura 4 se expone el porcentaje de tipos de alta según la presencia o no de trastorno de personalidad.



**Figura 4.** Porcentajes de Trastorno de Personalidad según el tipo de alta recibida

Los resultados de la prueba Chi Cuadrado de Pearson para comprobar la independencia de las variables categóricas “Trastorno de Personalidad” y “Tipo de alta recibida”, así como la medida del efecto fueron  $CHI_1=5.965$ ;  $p=.015$ ;  $OR= 2.127$ , con lo que en este caso existió relación entre el tipo de alta que recibió el participante y el diagnóstico o no de trastorno de personalidad. Así, a partir de la prueba *Odds Ratio* (*OR*) podemos observar que para esta muestra de participantes la probabilidad o riesgo de recibir alta terapéutica fue 2.127 veces inferior si el participante presentaba diagnóstico de trastorno de personalidad.

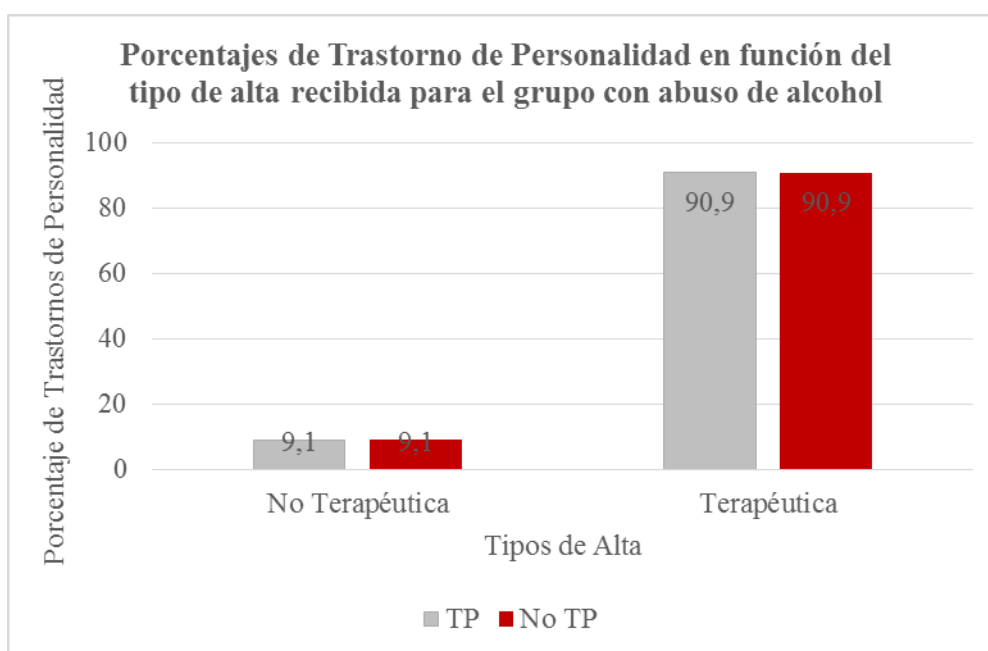
Para el grupo cuya principal sustancia problema fue el alcohol se realizó la tabla de contingencias para observar los porcentajes resultantes de recibir alta terapéutica en función de la presencia de trastorno de personalidad o no y se observó que de los participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad el 9.1% recibió alta no terapéutica ( $n = 1$ ) frente al 90.9% ( $n = 10$ ) que recibió alta terapéutica. De los participantes sin diagnóstico de trastorno de personalidad el 9.1% recibió alta no terapéutica ( $n=3$ ) frente al 90.9% que recibió alta terapéutica ( $n=30$ ). Estos resultados se exponen en la Tabla 7.

Tabla 7

Porcentaje de tipos de alta según la presencia de Trastorno de Personalidad o no en el grupo cuya principal sustancia problema es el alcohol

Trastorno de Personalidad		Motivo alta		Total
		No Terapéutica	Terapéutica	
Sí	Recuento (n)	1	10	11
	Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%
No	Residuo Corregido	.0	.0	
	Recuento (n)	3	30	33
Total	Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%
	Residuo Corregido	.0	.0	
Total	Recuento (n)	4	40	44
	Porcentaje %	9.1%	90.9%	100%

En la Figura 5 se exponen los porcentajes de tipos de altas según la presencia o no de trastorno de personalidad para el grupo con diagnóstico de abuso de alcohol.



**Figura 5.** Porcentajes de Trastorno de Personalidad en función del tipo de alta recibida para el grupo cuya principal sustancia problema es el alcohol.

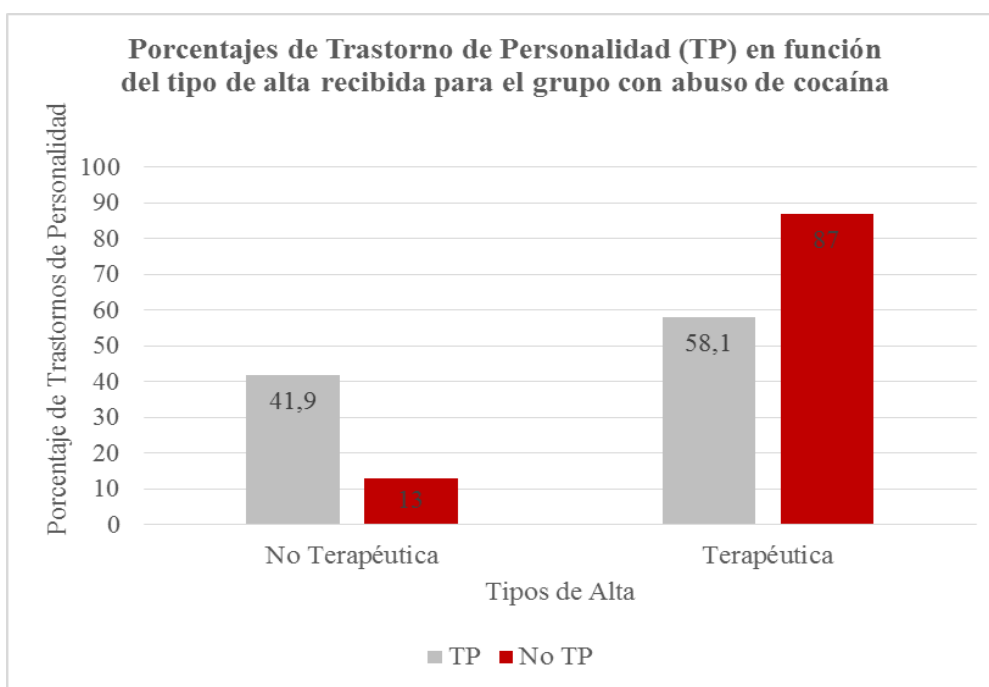
Para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento fue el alcohol, los resultados de la prueba *Chi Cuadrado* para observar si tener o no diagnóstico de trastorno de personalidad influye en el tipo de alta son  $CHI_1=.000$ ;  $p= 1.000$ ;  $OR=1.000$ . Con ello se concluye que para este grupo no hubo influencia en la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad en el tipo de alta que recibieron los usuarios.

Para el grupo cuya principal sustancia problema fue la cocaína se realizó la tabla de contingencias para observar los porcentajes resultantes de recibir alta terapéutica en función de la presencia de trastorno de personalidad o no y se observó que de los participantes con trastorno de personalidad el 41.9% ( $n = 13$ ) había recibido alta no terapéutica frente al 58.1% ( $n = 18$ ) que recibió alta terapéutica. De los participantes sin diagnóstico de trastorno de personalidad el 13% recibió alta no terapéutica ( $n = 3$ ) frente al 87% que recibió alta terapéutica ( $n = 20$ ). En la Tabla 8 se exponen tales resultados.

Tabla 8  
*Porcentaje de tipos de alta según la presencia de Trastorno de Personalidad o no en el grupo cuya principal sustancia problema es la cocaína*

	Trastorno de Personalidad	Motivo alta		Total
		No Terapéutica	Terapéutica	
<b>Sí</b>	Recuento ( $n$ )	13	18	31
	Porcentaje %	41.9%	58.1%	100%
	Residuo Corregido	2.3	-2.3	
<b>No</b>	Recuento ( $n$ )	3	20	23
	Porcentaje %	13%	87%	100%
	Residuo Corregido	-2.3	2.3	
<b>Total</b>	Recuento ( $n$ )	16	38	54
	<b>Porcentaje %</b>	29.6%	70.4%	100%

En la Figura 6 se exponen los porcentajes de cada tipo de alta según la presencia o no de Trastorno de Personalidad en el grupo cuya principal sustancia problema fue la cocaína.



**Figura 6.** Porcentaje de cada tipo de alta según la presencia o no de Trastorno de Personalidad en el grupo cuya principal sustancia problema fue la cocaína.

Para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento fue la cocaína, los resultados de la prueba *Chi Cuadrado* para observar si tener o no diagnóstico de trastorno de personalidad influye en el tipo de alta fueron  $CHI_1=5.286$ ;  $p= .021$ ;  $OR=4.815$ , con lo que se observa que para este grupo hubo diferencias significativas entre recibir alta terapéutica o no terapéutica en función de tener o no diagnóstico de trastorno de personalidad, siendo la probabilidad de recibir alta terapéutica 4.815 veces superior en el caso del grupo que no presentaba trastorno de personalidad.

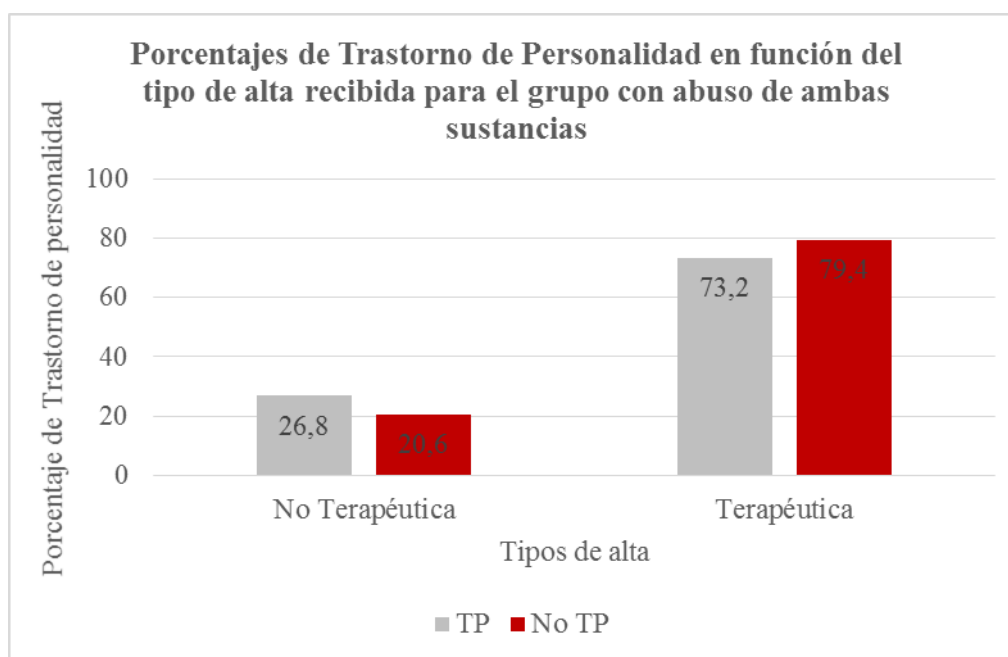
Para el grupo cuya principal sustancia problema fueron ambas sustancias se realizó la tabla de contingencias para observar los porcentajes resultantes de recibir alta terapéutica en función de la presencia de trastorno de personalidad o no y se observó que el 26.8% de los participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad recibió alta no terapéutica ( $n = 26$ ) frente a un 73.2% que recibió alta terapéutica ( $n = 71$ ). Del grupo sin diagnóstico de trastorno de personalidad el 20.6% recibió alta no terapéutica ( $n = 13$ ) frente a un 79.4% que recibió alta terapéutica ( $n=50$ ) (véase Tabla 9).

Tabla 9

Porcentaje de tipos de alta según la presencia de Trastorno de Personalidad o no en el grupo cuya principal sustancia problema fueron ambas sustancias.

Trastorno de Personalidad		Motivo alta		Total
		No Terapéutica	Terapéutica	
Sí	Recuento (n)	26	71	97
	Porcentaje %	26.8%	73.2%	100%
	Residuo Corregido	.9	-.9	
No	Recuento (n)	13	50	63
	Porcentaje %	20.6%	79.4%	100%
	Residuo Corregido	-.9	.9	
Total	Recuento (n)	39	121	160
	Porcentaje %	24.4%	75.6%	100%

En la Figura 7 se muestran los porcentajes de cada tipo de alta según la presencia o no de Trastorno de Personalidad en el grupo cuya principal sustancia problema son ambas sustancias.



**Figura 7.** Porcentajes de presencia de Trastorno de Personalidad para cada tipo de alta para el grupo cuyas principales sustancias problema fueron alcohol y cocaína

Para el grupo cuyo motivo principal de tratamiento fueron ambas sustancias, los resultados de la prueba *Chi Cuadrado* para observar si tener o no diagnóstico de trastorno de personalidad influye en el tipo de alta fueron  $CHI_1=7.789$ ;  $p=.375$ ;  $OR=1.408$ , con lo que se observa que para este grupo no hubo diferencias significa-



tivas entre recibir alta terapéutica o no terapéutica en función de tener o no diagnóstico de trastorno de personalidad.

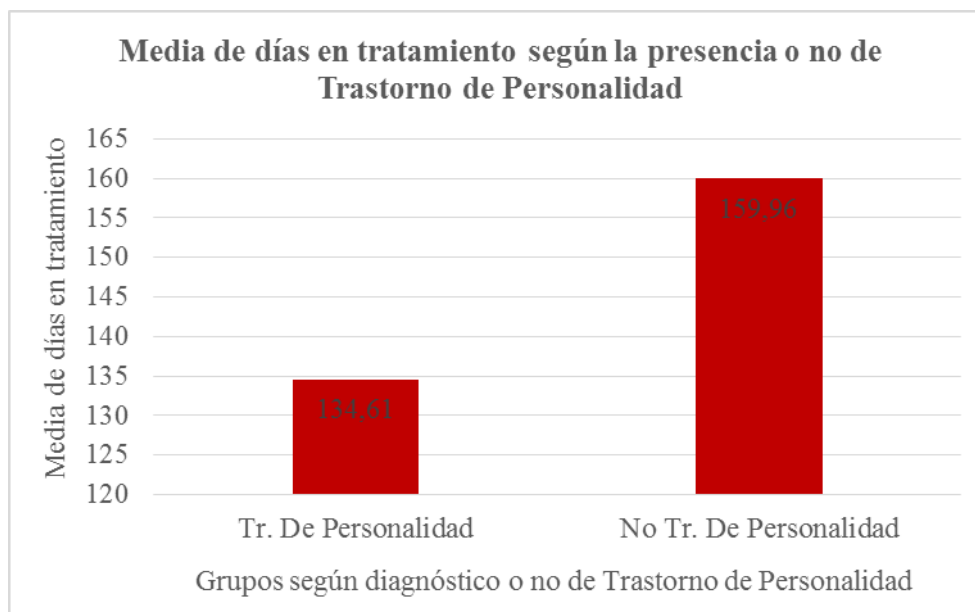
El análisis sobre la influencia de tener trastorno de personalidad en el número de días que la persona realiza tratamiento se realizó sin los 11 casos de los que no se disponía de fecha fin de tratamiento, con lo que para el resto de la muestra ( $n=247$ ) se obtuvo que la media de días en tratamiento del grupo que presentaba trastorno de la personalidad fue de  $M= 134.61 \pm 80.274$  ( $M \pm DT$ ) mientras que en el caso del grupo sin trastorno de personalidad fue de  $M= 159.96 \pm 61.701$ . El resultado de la prueba  $t$  de Student para muestras independientes para comprobar si hubo diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin trastorno de personalidad en el número de días en tratamiento es  $t_{243.002} = -2.804$ ;  $p=.005$ ;  $d=.350$ , esto es, de forma significativa el grupo sin trastorno de personalidad estuvo mayor número de días en tratamiento que el grupo con trastorno, lo que se asocia a efecto bajo ( $d=.350$ ). La Tabla 10 recoge los resultados obtenidos.

Tabla 10

Prueba  $t$  de Student para muestras independientes entre “Número de días en tratamiento” y “Trastorno de Personalidad”.

		Prueba de Levene		Prueba $t$ para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( $d$ de Cohen)
		$F$	Sig.	$t$	$gl$	Sig. (bilat.)	
Días en tratamiento	Se asume igualdad de varianzas	8.513	.004	-2.743	245	.007	.350
	No se asume igualdad de varianzas			-2.804	243.002	.005	

En la Figura 8 se expone la diferencia de la media de días en tratamiento entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin trastorno de personalidad.



**Figura 8.** Media de días en tratamiento de los grupos con trastorno y sin trastorno de personalidad.

Para el grupo cuyo principal motivo de diagnóstico fue el alcohol fueron 3 los casos que se perdieron por no conocer la fecha fin de tratamiento, con lo que el análisis sobre si tener trastorno de personalidad tuvo influencia en el número de días que la persona pasa en tratamiento se realizó con un  $n = 41$  casos. En el caso del grupo con diagnóstico de trastorno de personalidad obtuvo una media de días en tratamiento de  $M=166 \pm 72.331$ , mientras que el grupo sin diagnóstico de trastorno de personalidad estuvo una media de  $M=168.67 \pm 63.836$  días en tratamiento. Para este grupo, el resultado de la prueba  $t$  de Student para muestras independientes para comprobar si hay diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin trastorno de personalidad en el número de días en tratamiento fue  $t_{39}=-.114$ ;  $p=.909$ ;  $d=.030$ , esto es, para el grupo con abuso de alcohol no hubo diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin dicho trastorno en el número de días en tratamiento, lo que se asoció a tamaño del efecto bajo ( $d=.030$ ). En la Tabla 11 se exponen dichos resultados.

Tabla 11

Prueba *t* de Student para muestras independientes entre “Número de días en tratamiento” y “Trastorno de Personalidad” para el grupo con principal sustancia como motivo de diagnóstico el alcohol.

		Prueba de Levene		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( <i>d</i> de Cohen)
		<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilat.)	
Días en tratamiento	Se asume igualdad de varianzas	.067	.797	-.114	39	.909	.350
	No se asume igualdad de varianzas			-.108	16.075	.915	

Para el grupo cuyo principal motivo de diagnóstico fue la cocaína hubo 3 casos perdidos por no disponer de datos registrados de la fecha fin de tratamiento, con lo que el análisis sobre si tener trastorno de personalidad tenía influencia en el número de días que la persona pasa en tratamiento se realizó con un  $n = 51$  casos. De este modo los participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad pasaron una  $M = 120.79 \pm 70.904$  días en tratamiento mientras que los participantes sin dicho diagnóstico pasaron  $M = 153.64 \pm 60.987$  días en tratamiento. Para este grupo, el resultado de la prueba *t* de Student para muestras independientes para comprobar si hay diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin trastorno de personalidad en el número de días en tratamiento fue  $t_{49} = -1.738$ ;  $p = .088$ ;  $d = .492$ , esto es, para el grupo con abuso de cocaína no hubo diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin dicho trastorno en el número de días en tratamiento, lo que se asoció a tamaño del efecto mediano ( $d = .492$ ). En la Tabla 12 se exponen estos resultados.

Tabla 12

Prueba *t* de Student para muestras independientes entre “Número de días en tratamiento” y “Trastorno de Personalidad” para el grupo cuya principal sustancia problema fue la cocaína.

		Prueba de Levene		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( <i>d</i> de Cohen)
		<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilat.)	
Días en tratamiento	Se asume igualdad de varianzas	1.817	.184	-1.738	49	.088	.492
	No se asume igualdad de varianzas			-1.775	48.165	.082	

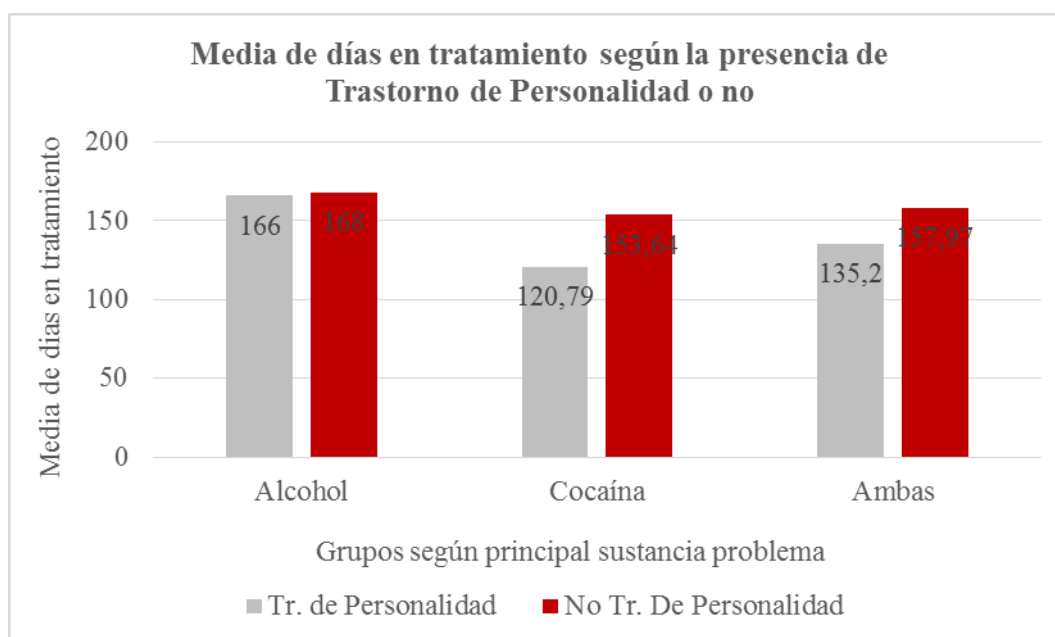
Para el grupo cuyo principal motivo de diagnóstico fueron ambas sustancias hubo 5 casos perdidos por no tener datos de la fecha fin de tratamiento, con lo que el análisis sobre si tener trastorno de personalidad influía en el número de días que la persona pasó en tratamiento se realizó con un  $n = 155$  casos. De este modo los participantes con diagnóstico de trastorno de personalidad pasaron una media de  $135.20 \pm 83.444$  días en tratamiento mientras que los participantes sin dicho diagnóstico pasaron una media de  $157.97 \pm 61.469$  días en tratamiento. Para este grupo, el resultado de la prueba  $t$  de Student para muestras independientes para comprobar si hay diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin trastorno de personalidad en el número de días en tratamiento fue  $t_{150.474} = -1.952$ ;  $p = .053$ ;  $d = .301$ , esto es, para el grupo con abuso de ambas sustancias no se encontraron diferencias significativas entre el grupo con trastorno de personalidad y el grupo sin dicho trastorno en el número de días en tratamiento, lo que se asoció a tamaño del efecto pequeño ( $d = .301$ ). En la Tabla 13 se exponen estos resultados.

Tabla 13

*Prueba  $t$  de Student para muestras independientes entre "Número de días en tratamiento" y "Trastorno de Personalidad" para el grupo cuya principal sustancia problema fueron ambas sustancias.*

		Prueba de Levene		Prueba $t$ para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( $d$ de Cohen)
		$F$	Sig.	$t$	$gl$	Sig. (bilat.)	
Días en tratamiento	Se asume igualdad de varianzas	5.174	.024	-1.832	153	.069	.301
	No se asume igualdad de varianzas			-1.952	150.474	.053	

En la Figura 9 se recoge la media de días en tratamiento para los grupos con diagnóstico de abuso de alcohol, cocaína y ambas sustancias en función de la presencia o no de diagnóstico de Trastorno de Personalidad:



**Figura 9.** Media de días en tratamiento según la presencia de Trastorno de Personalidad o no para los tres grupos según sustancia consumida

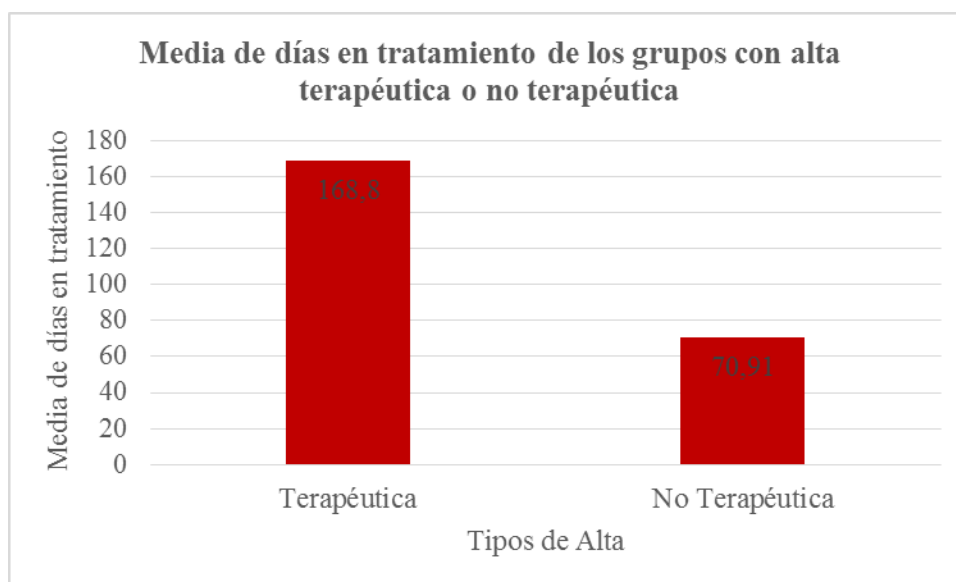
En cuanto al análisis de la influencia del número de días en tratamiento en el tipo de alta recibida, se realizó con  $n=247$  casos, al existir 11 casos perdidos, de los que no se disponía del día exacto en que estos usuarios habían recibido el alta en la comunidad (no registrados en la base de datos), con lo que no se pudieron incluir en dicho análisis. Así, la media de días en tratamiento del grupo que no recibió alta terapéutica se situó en  $M=70.91 \pm 54.28$  mientras que el grupo que recibió alta terapéutica estuvo de media  $M=168.80 \pm 62.476$  días en tratamiento. Los resultados de la prueba  $t$  de Student para muestras independientes para ver si hay diferencias entre el número de días en tratamiento entre el grupo que recibió alta terapéutica y el que no fue  $t_{245}=-10.678$ ;  $p=.000$ ;  $d=1.613$ , con lo que para el grupo de usuarios incluidos en el análisis se encontraron diferencias en el número de días entre los que reciben alta terapéutica y los que no, observándose que de forma significativa el grupo que recibió alta terapéutica pasó más días en tratamiento. Además, a partir del resultado de la  $d$  de Cohen para el tamaño del efecto, estos resultados se asociaron a un efecto alto. En la tabla 14 se exponen tales resultados.

Tabla 14

Prueba *t* de Student para muestras independientes entre “Número de días en tratamiento” y “Tipo de alta”

		Prueba de Levene		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( <i>d</i> de Cohen)
		<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilat.)	
Días en tratamiento	Se asume igualdad de varianzas	.070	.791	-10.678	245	.000	1.613
	No se asume igualdad de varianzas			-11.518	104.469	.000	

En la Figura 10 se expone la media de días en tratamiento de los grupos que recibieron alta terapéutica o no terapéutica.



**Figura 10.** Media de días en tratamiento en función de recibir alta terapéutica o no.

Los resultados obtenidos tras analizar la influencia del número de días en tratamiento en el tipo de alta que recibió el grupo cuyo motivo principal de diagnóstico fue el alcohol se obtuvieron con 3 casos menos por no disponer de datos de la fecha fin de tratamiento. La media de días en tratamiento del grupo que no recibió alta terapéutica se situó en  $M= 51 \pm 40.587$  mientras que el grupo que recibió alta terapéutica estuvo de media  $M= 180.59 \pm 54.002$  días en tratamiento. Los resultados de la prueba *t* de Student para muestras independientes para ver si hay diferencias entre el número de días en tratamiento entre el grupo que recibió alta terapéutica y el que

no es  $t_{39}=-4.638$ ;  $p=.000$ ;  $d=2.441$ , con lo que para el grupo de usuarios incluidos en el análisis se encontraron diferencias significativas en el número de días entre los que reciben alta terapéutica y los que no, observándose que de forma significativa el grupo que recibía alta terapéutica pasó más días en tratamiento. Además, a partir del resultado de la  $d$  de Cohen para el tamaño del efecto ( $d=2.441$ ), estos resultados se asociaron a un efecto alto. En la Tabla 15 se exponen tales resultados.

Tabla 15

*Prueba t de Student para muestras independientes entre "Número de días en tratamiento" y "Tipo de alta" para el grupo cuyo motivo principal de diagnóstico fue el alcohol*

		Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( $d$ de Cohen)
		$F$	Sig.	$t$	$gl$	Sig. (bilat.)	
<b>Días en tratamiento</b>	Se asume igualdad de varianzas	.039	.845	-4.638	39	.000	
	No se asume igualdad de varianzas			-5.851	4.245	.004	2.441

Los resultados obtenidos tras analizar la influencia del número de días en tratamiento en el tipo de alta que recibió el grupo cuyo motivo principal de diagnóstico fue la cocaína se obtuvieron con 3 casos menos por no disponer de datos de la fecha fin de tratamiento. La media de días en tratamiento del grupo que no recibió alta terapéutica se situó en  $M= 50.870 \pm 34.661$  mientras que el grupo que recibió alta terapéutica estuvo de media  $M= 170.00 \pm 43.185$  días en tratamiento. Los resultados de la prueba  $t$  de Student para muestras independientes para ver si hay diferencias entre el número de días en tratamiento entre el grupo que recibió alta terapéutica y el que no fue  $t_{49}=-9.471$ ;  $p=.000$ ;  $d=2.911$ , con lo que para el grupo de participantes incluidos en el análisis se encontraron diferencias significativas en el número de días entre los que recibieron alta terapéutica y los que no, observándose que de forma significativa el grupo que recibió alta terapéutica pasó más días en tratamiento. Además, a partir del resultado de la  $d$  de Cohen para el tamaño del efecto ( $d=2.911$ ), estos resultados se asociaron a un efecto alto. En la tabla 16 se exponen tales resultados.

Tabla 16

Prueba *t* de Student para muestras independientes entre “Número de días en tratamiento” y “Tipo de alta” para el grupo cuyo motivo principal de diagnóstico fue la cocaína

		Prueba de Levene		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( <i>d</i> de Cohen)
		<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilat.)	
Días en tratamiento	Se asume igualdad de varianzas	.135	.715	-9.471	49	.000	2.911
	No se asume igualdad de varianzas			-10.373	32.524	.000	

Los resultados obtenidos tras analizar la influencia del número de días en tratamiento en el tipo de alta que recibió el grupo cuyo motivo principal de diagnóstico fueron ambas sustancias se obtuvieron con 5 casos menos por no disponer de datos de la fecha fin de tratamiento. El grupo que no recibió alta terapéutica estuvo una media de días en tratamiento de  $M= 80.92 \pm 59.686$  mientras que el grupo que recibió alta terapéutica estuvo de media  $M= 164.70 \pm 69.498$  días en tratamiento. Los resultados de la prueba *t* de Student para muestras independientes para ver si hay diferencias entre el número de días en tratamiento entre el grupo que recibió alta terapéutica y el que no fue  $t_{153} = -6.671$ ;  $p = .000$ ;  $d = 1.246$ , con lo que para el grupo de participantes incluidos en el análisis se encontraron diferencias significativas en el número de días entre los que reciben alta terapéutica y los que no, observándose que de forma significativa el grupo que recibió alta terapéutica pasó más días en tratamiento. Además, a partir del resultado de la *d* de Cohen para el tamaño del efecto ( $d = 1.246$ ), estos resultados se asociaron a un efecto alto. En la Tabla 17 se exponen tales resultados.

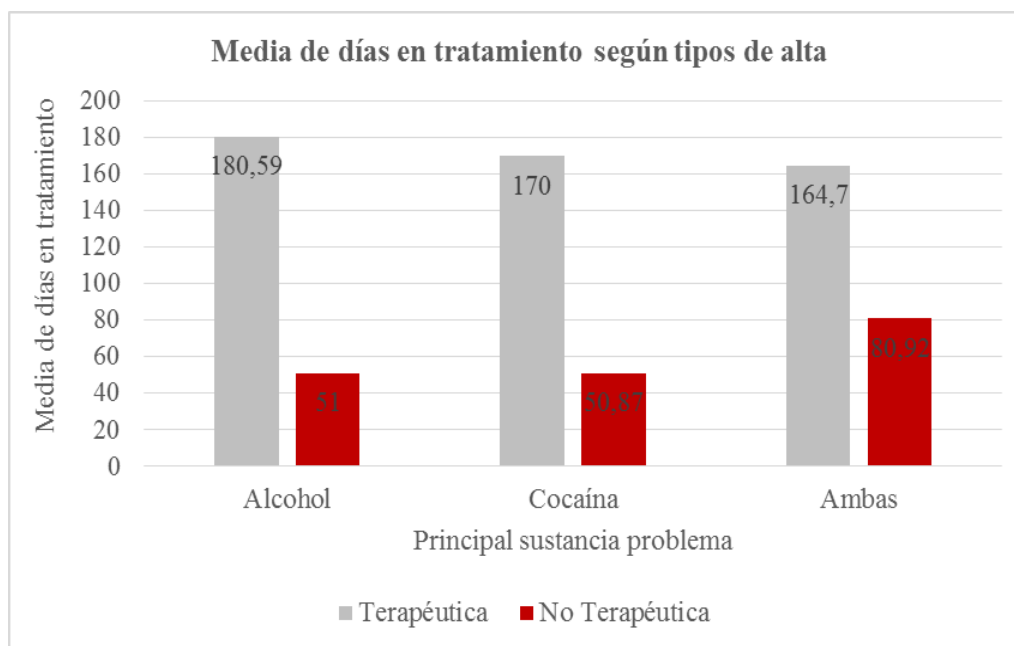


Tabla 17

Prueba *t* de Student para muestras independientes entre “Número de días en tratamiento” y “Tipo de alta” para el grupo cuyo motivo principal de diagnóstico fueron ambas sustancias

	Prueba de Levene		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			Tamaño efecto ( <i>d</i> de Cohen)
	<i>F</i>	Sig.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilat.)	
Días en tratamiento	.257	.613	-6.671	153	.000	1.246
Se asume igualdad de varianzas						
No se asume igualdad de varianzas			-7.210	72.289	.000	

En la Figura 11 se expone la media de días en tratamiento de cada uno de los grupos por sustancias según recibieron alta terapéutica o no.



**Figura 11.** Media de días en tratamiento para los participantes que recibieron alta terapéutica y no terapéutica en función de la principal sustancia problema.

## 4. Discusión

El 77.1% de participantes recibe alta de tipo terapéutico tras completar su proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania, resultados que son superiores al estudio de Martínez-González et al. (2009) en el que solo el 50.7% de participantes recibió alta terapéutica, así como al de Szerman et al. (2013) en el que

se informaba de un 68% de incumplimiento de los tratamientos. También son resultados muy superiores a los encontrados en el estudio de Madoz-Gúrpide et al. (2013) en el que solo el 29.5% de los usuarios recibieron alta terapéutica.

Así mismo, en el presente estudio el grupo que más altas de tipo terapéutico recibe es en el que el alcohol es la principal sustancia problema.

Al analizar la tasa de diagnóstico de trastorno de personalidad presente en la muestra utilizada para este estudio, se encuentra que poco más de la mitad de los usuarios que habían pasado por tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania tiene diagnóstico de trastorno de la personalidad. Estos datos superan los porcentajes de trastorno de personalidad de los estudios mencionados por Peris (2016), en Estados Unidos, en el que un 28.6% de los consumidores de alcohol y el 47.7% de otras sustancias tenía al menos un trastorno de personalidad, así como en el caso de Lorea et al. (2009) en el que este porcentaje se situaba en el 37.5%. Sin embargo sí son resultados consistentes tanto con el estudio de Arias et al. (2013) en el que el porcentaje de participantes con trastorno de personalidad era de 67%, como con el de Lana et al. (2016) en el que 28 de 51 participantes presentaron dicho trastorno, y con el estudio de Krieger et al. (2016), en el que el 55.4% de participantes cumplían con criterios para diagnóstico de trastorno de personalidad.

Tomando a todos los participantes en conjunto sin diferenciar entre su motivo de ingreso en comunidad se observa una influencia significativa de la presencia de trastorno de personalidad en alcanzar o no el éxito terapéutico, de forma que éste último es menos probable si existe diagnóstico de trastorno de personalidad. Esto es compatible con lo que Vergara-Moragues (2010) y Vergara-Moragues et al. (2013) afirmaron en su estudio acerca de que el trastorno de personalidad comórbido con abuso de sustancias podría complicar el diagnóstico y el tratamiento además de suponer una peor respuesta a este último. También es congruente con el estudio de Madoz-Gúrpide et al. (2013) en el que los participantes con trastorno límite de personalidad mostraron una probabilidad de alta terapéutica 3.115 veces inferior a los que no tenían diagnóstico de trastorno límite. Además, González-Saiz et al. (2014) encontraron que los participantes con trastorno de personalidad comórbido con trastorno por uso de sustancias tenían una probabilidad inferior de continuar en tratamiento y recibir alta terapéutica con respecto al grupo con trastorno por abuso de sustancias. Martínez-González et al. (2009) propusieron como explicación a ello que

las personas con trastorno de personalidad tienen más momentos y circunstancias de riesgo de consumo. Sin embargo, estos autores no encontraron diferencias significativas entre los grupos con y sin trastorno de personalidad respecto al tipo de alta, de forma que sostenían que la variable trastorno de personalidad no predice en sí misma el tipo de alta. Para el presente estudio esta influencia también se constata cuando se toma por separado al grupo de participantes cuyo motivo principal para el tratamiento había sido la cocaína. Sin embargo, no es constatado cuando el alcohol o ambas sustancias son el principal motivo para el tratamiento.

Además, tomando a toda la muestra en su conjunto se observa que tener diagnóstico de trastorno de personalidad influye en el tiempo de permanencia en tratamiento de los participantes, de tal forma que, aquellos que no presentan dicho diagnóstico pasan de forma significativa más tiempo en tratamiento que aquellos que se encuentran diagnosticados de trastorno de personalidad. Este resultado contrasta con el del estudio de Martínez-González et al. (2009), en el que el grupo de participantes con diagnóstico de patología dual pasó más tiempo en tratamiento de forma significativa que el grupo sin trastorno de personalidad. Por el contrario, los resultados obtenidos en el presente trabajo son congruentes con los obtenidos por Vergara-Marques et al. (2013), quienes observaron que el tiempo de permanencia en tratamiento se reducía en usuarios con comorbilidad psiquiátrica.

Sin embargo, en el presente estudio la influencia de los trastornos de personalidad sobre el tiempo en tratamiento no queda demostrada cuando se realiza el análisis dividiendo a los participantes en grupos según la sustancia principal objeto de intervención.

También se observa que para toda la muestra de participantes en su conjunto el número de días en tratamiento influye de forma significativa en el tipo de alta recibida, de forma que aquellos participantes que no reciben alta terapéutica pasan significativamente menos tiempo en tratamiento que aquellos que alcanzan éxito terapéutico. Este resultado es congruente con los hallados por González-Saiz et al. (2014) y Vergara-Moragues et al. (2013). Vergara-Moragues et al. (2013) concluyeron que las personas que finalizaron su tratamiento en la comunidad con alta de tipo terapéutico estuvieron más días en tratamiento en la comunidad que aquellos que finalizaron su tratamiento sin éxito terapéutico. Y lo mismo en el caso de González-Saiz et al. (2014) que también observaron que el grupo que obtuvo alta terapéutica

estuvo en tratamiento una media de 180 frente al grupo que abandonó tratamiento sin éxito, el cual permaneció una media de 92 días.

En el presente estudio, recibir alta terapéutica y permanecer mayor número de días en tratamiento también resulta significativo al tener en cuenta dicha variable según el principal tipo de sustancia problema.

Como limitaciones de este estudio, es importante tener en cuenta que los resultados encontrados son obtenidos a partir de datos procedentes de una sola Comunidad Terapéutica, con lo que el presente trabajo carece de validez externa. Para resolver dicha limitación sería conveniente replicar dicho estudio con varias muestras de participantes procedentes de distintas Comunidades Terapéuticas en las que el proceso de tratamiento aplicado sea similar.

Además, para el análisis de algunas variables se encontraron algunos casos perdidos, ya que el registro de datos se había realizado con mucha anterioridad, con lo que algunos resultados no incluyen la totalidad de la muestra.

Por otra parte, la codificación del tipo de alta terapéutica se realizó cuando el usuario abandona el recurso y es derivado a otro, sin disponer de datos de seguimiento durante un tiempo después. Por tanto, de cara a futuras investigaciones sería interesante registrar datos sobre el seguimiento de los usuarios tras abandonar la Comunidad Terapéutica, para saber en qué medida se mantienen los objetivos alcanzados y qué variables predicen dicho mantenimiento. También sería interesante observar qué tipo de trastorno de personalidad influye más en recibir alta terapéutica o no.

## **5. Conclusiones**

En el presente trabajo se tiene por objetivo observar cuáles son las variables que predicen el éxito terapéutico en la Comunidad Terapéutica Betania, prestando especial atención a la presencia de trastornos de personalidad para alcanzar éxito terapéutico o no.

Como resultados principales se encuentra que la mayoría de los usuarios que ingresaron en tratamiento en la Comunidad Terapéutica Betania entre el año 2007 y 2016 reciben altas de tipo terapéutico, resultados muy superiores a los observados en otras investigaciones.

De esta muestra de participantes aproximadamente la mitad presenta diagnóstico de trastorno de personalidad, estando más presente éste en el grupo de usuarios que ingresan en la Comunidad refiriendo que sus sustancias problema eran la cocaína y el alcohol principalmente.

También se observa que tomando la muestra en su totalidad la presencia de diagnóstico de trastorno de personalidad disminuye la probabilidad de alcanzar el éxito terapéutico, aunque estos resultados deben ser tomados con cautela, ya que cuando se divide la muestra de participantes según su principal sustancia problema, solo se observa la influencia del diagnóstico de trastorno de personalidad en el éxito terapéutico para el grupo cuya principal sustancia problema es la cocaína.

Esto mismo ocurre cuando se observa la influencia de la presencia de trastorno de personalidad en el número de días en tratamiento, la cual se evidencia de forma significativa cuando se toma la muestra de participantes en su totalidad, pero no cuando se dividen según la principal sustancia consumida.

Por último, destacar la influencia observada del número de días en tratamiento sobre el tipo de alta recibida, de forma que tanto tomando la muestra en su totalidad, como dividiendo según la sustancia problema, se encuentra que los usuarios que reciben alta de tipo terapéutico están mayor cantidad de tiempo en tratamiento en la comunidad.

## 6. Referencias

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las Redes de Salud Mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289126458010>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Madrid: Panamericana.

Asociación Betania (2016). *Modelo de Intervención clínica en adicciones "Betania"*. Manuscrito no publicado. Asociación Betania, Cehegín, Murcia, España.

- Asociación Betania (2017). *Asociación Betania. Comunidad Terapéutica*. Recuperado de <http://www.asociacionbetania.org/programas/comunidad-terapeutica/>
- Cabrera A., G. (2000). El modelo Transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
- Fowler, J. C., Groat, M., & Ulanday, M. (2013). Attachment style and treatment completion among psychiatric inpatients with substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 14-17. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00318.x>
- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2014). Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent patients in therapeutic communities. *Substance Abuse*, 35(2), 133-140. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.812544>
- Krieger, D. M., Benzano, D., Reppold, C. T., Fialho, P. O., Pires, G. B., & Terra, M. B. (2016). Personality disorder and substance related disorders: A six-month follow-up study with a Brazilian sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 127-134. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000113>
- Lana, F., Sánchez-Gil, C., Adroher, N., Pérez Sola, V., Feixas, G., Martí-Bonany, J., & Torrens Melich, M. (2016). Comparison of treatment outcomes in severe personality disorder patients with or without substance use disorders: a 36-month prospective pragmatic follow-up study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1477. <https://doi.org/10.2147/NDT.S106270>
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>
- Madoz-Gúrpide, A., García, V., Luque, E., y Ochoa, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una Comunidad Terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>

- Marín, R., y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395–396. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.60>
- Martínez-González, J. M., Graña, J. L., y Trujillo, H. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>
- Martínez-Gras, I., Ferre, F., Pascual, J., Peñas, J., de Iceta, M., Fraguas, D., y Rubio, G. (2016). Comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes con dependencia de cocaína atendidos ambulatoriamente en la red drogas de la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 28(1). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones>
- Organización Mundial de la Salud (1992), CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.
- Peris, L. (2016). *Patología Dual en Trastornos de Personalidad*. Barcelona: EdikaMed. Recuperado de <http://www.edikamedformacion.com/cursos/22/pdf/personalidad.pdf>
- Robles, M., García-Carretero, M. A., Gibert, J. Palma-Álvarez, R. F., Abad, A. y Roncero, C. (2017). Comorbilidad médica y psiquiátrica en pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio: Un estudio descriptivo. *Revista de Patología Dual* 4(3):1. Doi: //dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.11
- Roncero, C., Szerman, N., Terán, A., Pino, C., Vázquez, J. M., Velasco, E.,... Casas, M. (2016). Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. *Patient preference and adherence*, 10, 1855. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S108678>
- Szerman, N. (2016). *Patología Dual, Enfermedad Mental/ Cerebral*. Barcelona: EdikaMed. Recuperado de <http://www.edikamedformacion.com/cursos/22/pdf/1-Intro-PDUAL-Dr-Szerman.pdf>

- Szerman, N., Casas, M., y Bobes, J. (2013). Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 319–29. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/>
- Szerman N., Martínez -Raga J., Baler R., Roncero C., Vega P., Basurte I., et al. (2015). *Declaración conjunta sobre Patología Dual*. Sociedad Española de Patología Dual. Manuscrito no publicado. Recuperado de [http://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta\\_Patologia\\_Dual\\_SEPD.pdf](http://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf)
- Vega, P., Szerman, N., Roncero C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., et al. (2015). *Libro blanco. Recursos con pacientes con Patología Dual en España. Resultados de una encuesta a nivel nacional*. Madrid: Sanidad y Ediciones S. L. Recuperado de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Libro\\_Blanco\\_version\\_final.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Libro_Blanco_version_final.pdf)
- Vergara-Moragues, E. (2010). *Comorbilidad psicopatológica en pacientes con dependencia de cocaína tratados en Comunidad Terapéutica* (Tesis Doctoral en Psicología no publicada). Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Granada, España. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/bitstream/10481/15074/1/19119987.pdf>
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Fernández, F., Verdejo, A., Betanzos, P., Pérez, M. (2013). Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en Comunidad Terapéutica. *Adicciones*, 25(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289126458008>