

En profunditat

Adolescents i joves consumidors de drogues: del trastorn conductual a la patologia dual

Jordi Royo Isach, Ramon Martí Montraveta, Òscar Fernández-Pola Garrido i Cristina Baliarda Hernández

Amalgama-7, Centre d'atenció biopsicosocial al jove i a l'adolescent

1. Concepte

La concurrència en un mateix pacient de dos o més trastorns psiquiàtrics és coneguda com a diagnòstic dual o patologia dual (PD).¹ En realitat, aquest terme és una analogia de la comorbiditat diagnòstica resultant a partir de la coexistència d'un trastorn mental i d'un trastorn per ús de substàncies (TUS).

En l'actual Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-IV)² no es tipifica el terme patologia dual, per bé que aquest es troba àmpliament desenvolupat en la seva nomenclatura a partir de la descripció d'un determinat trastorn psicopatològic associat a un determinat consum abusiu o addictiu de substàncies. En realitat, aquest concepte és una evolució dels criteris de Feighner, Robins [et al.]³ quan es varen descriure els termes primari-secundari com a sinònim d'una pretesa relació causa-efecte. En aquest sentit, el trastorn primari –aparegut primer en el temps– seria independent d'altres trastorns posteriors i possiblement la causa d'aquests. En el DSM-III,⁴ el diagnòstic de comorbiditat no es tractava tant en la relació primari-secundari sinó en si l'etiologia del trastorn psiquiàtric era orgànica o no orgànica, entenent per orgànic aquell trastorn mental causat per alguna condició genètica, hereditària o neurològica, i el no orgànic com un trastorn induït, en aquest cas pel consum de substàncies psicoactives. En el DSM-IV-TR⁵ es proposen no dues, sinó tres categories per a la precisió diagnòstica: els trastorns mentals primaris, és a dir, aquells que no són induïts ni per l'ús de substàncies ni per una malaltia mèdica; els efectes esperats, consistents en el conjunt de símptomes propis i deguts al consum agut i/o la intoxicació o a la síndrome d'abstinència per una o diverses substàncies, i, finalment, els trastorns induïts per l'ús de drogues, que serien tots aquells símptomes diferencials als habituals en situació d'intoxicació o d'abstinència per una o diverses substàncies.

En el context de les propostes existents per al DSM-V, alguns autors⁶ proposen la substitució del terme primari pel terme independent. Aquesta aportació es basa en el fet que la cronologia no sempre ha de ser la causa de l'efecte. En aquest sentit, el terme independent al consum de substàncies es refereix a una determinada condició psiquiàtrica que també es pot identificar en situació d'abstinència.

Els pacients amb patologia dual presenten unes característiques complexes des d'una perspectiva biopsicosocial i demanen una intervenció terapèutica específica (no sols a títol individual, sinó també des dels sistemes sanitaris). La poca existència



d'especialistes i recursos assistencials especialitzats, associada a l'estigma de ser pacients de “mal pronòstic”, ha generat, històricament, que des de la xarxa assistencial per a drogodependents se'ls consideri majoritàriament subsidiaris de ser atesos als centres d'assistència psiquiàtrica i viceversa, de manera que es produeix la paradoxa que els pacients que requereixen tractament per a tots dos trastorns – mental i de drogues– no solen ser atesos d'una manera integral en cap de les dues xarxes.

2. Epidemiologia i algunes hipòtesis etiopatogèniques

A partir del trastorn que s'hagi diagnosticat com a bàsic, trastorn mental o trastorn per ús de substàncies, la comorbiditat variarà en els diferents estudis epidemiològics. Els estudis retrospectius tendeixen a presentar comorbiditats més elevades que els estudis prospectius, ja que amb freqüència els diagnòstics de salut mental, amb el pas del temps tendeixen a modificar-se. Cal tenir en compte que en alguns d'aquests estudis, retrospectius i prospectius, no queda sempre prou provat si s'han exclòs o no de la mostra els pacients que presentaven símptomes mentals únicament i exclusivament en un context d'abús de substàncies.

En l'estudi epidemiològic elaborat als EUA, National Comorbidity Survey (NCS),⁷ en què participen 8.098 subjectes, es va aportar, entre altres qüestions, que un 42,7% dels pacients afectats per un trastorn per ús de drogues va rebre un diagnòstic addicional d'un altre trastorn mental. A Europa, l'estudi epidemiològic més ampli elaborat fins ara, el British Psychiatric Morbidity Survey⁸ va aportar, entre altres aspectes, el fet que el 30% dels pacients alcohòlics i el 43% dels dependents a altres substàncies presentaven altres trastorns associats, els més freqüents eren els d'ansietat, fòbies, trastorn de pànic i depressió.

Torrens, M. i Martínez, D.⁹ aporten, entre d'altres, els resultats de diversos estudis de seguiment prospectius durant sis anys en mostres de pacients dependents de substàncies, on s'analitzen els factors relacionats amb la recaiguda en el consum. En aquest estudi es conclou amb l'existència de dos factors bàsics de predicció de recaiguda: l'edat d'inici de consum precoç i la presència d'episodis depressius majors.

En un estudi transversal i prospectiu a partir de 837 pacients adults amb una mitjana d'edat de 38,4 anys procedents de diversos serveis de psiquiatria i hospitals de la Comunitat de Madrid,¹⁰ s'aporta, entre altres qüestions, l'observació que un 53% d'aquests compleixen els criteris diagnòstics de patologia dual, en què la cocaïna (63%), l'alcohol (61%) i els derivats del cànnabis (22%) són les substàncies més consumides habitualment. S'especifica que un 55% d'aquests pacients són policonsumidors, ja que consumeixen dues o més substàncies. En aquests pacients, els trastorns mentals més freqüents són el risc de suïcidi (41%), els episodis (hipo)maníacs (32%) i els trastorns d'angoixa (29%). I quant als trastorns de personalitat, els més freqüents són el depressiu (25%), el límit (25%) i el paranoide (24%).

Tal com s'ha descrit anteriorment, la prevalença de la patologia dual és elevada en tots els nivells del sistema sanitari, però encara és més gran quan es quantifica en

els serveis més especialitzats. En aquest sentit, i partirem d'un estudi retrospectiu¹¹ fet a Barcelona per l'equip clínic Amalgama-7,¹² –institució especialitzada en l'atenció assistencial de joves i adolescents que disposa de centres sociosanitaris de caràcter ambulatori i de caràcter residencial, que atén pacients derivats per diversos centres públics (sanitaris, de serveis psiquiàtrics, hospitalaris), i per altres de derivació privada (escolars, sanitaris, etc.)–.elaborat a partir d'una mostra de 1.254 pacients adolescents la mitjana d'edat dels quals és de 16,4 anys en els nois i 16,6 en les noies, i dels quals quasi el 10% són adoptats. Destaca que tots ells tenen en comú haver estat derivats des d'un diagnòstic bàsic de trastorn conductual (expressat així pel fet de presentar majoritàriament problemes de convivència familiar, baix rendiment escolar i altres comportaments de risc) i que s'han precisat criteris de diagnòstic de patologia dual en quasi un 70% dels casos. En la variable consum de substàncies, i seguint els criteris diagnòstics del DSM-IV, s'han considerat les dues variables: abús i dependència, i en la població expressada, i des d'un punt de vista epidemiològic, els grups de drogues de major consum són cinc: el tabac, l'alcohol, els derivats del cànnabis, les drogues de síntesi i la cocaïna.¹³ En la variable trastorn psicopatològic també són sis els blocs de més prevalença diagnòstica: comportament oposicionista, dèficit d'aprenentatge, trastorn afectiu, alteració del control dels impulsos, alteració del curs del pensament i negligència de la infància (taula 1).

Taula 1

Variables comparades en l'exploració diagnòstica (DSM-IV/CIE-10)

Bloc 1. Drogues

- Abús / policonsum
 - Nicotina
 - Alcohol
 - Derivats del cànnabis
 - Drogues de síntesi
 - Cocaïna
- Dependència
 - Nicotina
 - Alcohol
 - Derivats del cànnabis
 - Drogues de síntesi
 - Cocaïna

Bloc 2. Comportament oposicionista

- Trastorn negativista desafiament (TND)
- Trastorn disocial (TD)
- Trastorn per dèficit d'atenció (amb hiperactivitat) (TDAH)
- Comportament pertorbador no especificat (TCPNE)

Bloc 3. Dèficit d'aprenentatge

- Dislèxia, disgrafia, discalculia
- Retard mental lleu (RML)
- Capacitat intel·lectual límit (CIL)

Bloc 4. Trastorn afectiu

- Trastorn d'ansietat (TA)
- Trastorn depressiu (TD)
- Trastorn obsessivocompulsiu (TOC)
- Trastorns del comportament alimentari (TCA)

Bloc 5. Alteració del control dels impulsos

- TP clúster B: trastorn límit de personalitat (TLP)
- Trastorn antisocial (TA)

Bloc 6. Alteració del curs del pensament

- TP clúster A: trastorn esquizotípic
- Trastorn psicòtic: esquizofrènia
- Esquizofrènia simple (psicosi negativa)

Bloc 7. Negligència de la infància

- Negligència de la infància (NI)

Els set blocs diagnòstics que es presenten a la taula 1 ens permeten ordenar la comorbiditat psicopatològica dels pacients amb patologia dual i trastorn conductual. Aquests adolescents i joves, quan són derivats per a un ingrés residencial a Amalgama-7, presenten, en major o menor grau, uns comportaments de risc que suposen una disfuncionalitat més o menys greu, en l'àmbit familiar, acadèmic o social. En aquest sentit, la gran majoria de diagnòstics, bé siguin aïllats o comòrbids entre si, se situen en el bloc 2 (Comportament oposicionista: TND, TD, TCPNE i TDAH). Amb tot, el comportament oposicionista és un diagnòstic molt inespecífic que pot arribar a esdevenir un “calaix de sastre” de moltes conductes disfuncionals de molt diversa gravetat i de diversa etiologia. Complementàriament, la major part d'aquests pacients presenten un comportament de policonsum de substàncies, fet que augmenta exponencialment la complexitat diagnòstica.

En els blocs 4, 5 i 6 es proposa agrupar una sèrie de diagnòstics amb l'objectiu d'ordenar, organitzar i relacionar la comorbiditat del trastorn conductual amb una sèrie d'estructures psiquiàtriques de més relleu psicopatològic. En el bloc 4 agrupem els trastorns afectius més diagnosticats: trastorn d'ansietat, trastorn depressiu, TOC i els trastorns del comportament alimentari. Així mateix, en el bloc 5 situem els principals diagnòstics impulsius: trastorns de personalitat clúster B, límit de personalitat i antisocial. En el bloc 6 es presenten els majoritaris en l'alteració del curs del pensament: personalitats clúster A, esquizofrènia, trastorns generals del desenvolupament i psicosis negativa. Proposem el terme de psicosis negativa com a referència, d'una banda, de l'esquizofrènia / psicosis infantil, i, de l'altra, dels símptomes negatius, és a dir, deficitaris, de la psicosis. Aquest diagnòstic es caracteritza per un deteriorament precoç en el funcionament social i acadèmic, aïllament i canvis conductuals. En la població estudiada es troba un patró simptomàtic que es repeteix amb una certa freqüència en adolescents i joves d'entre 13 i 17 anys. La seva simptomatologia bàsica és: desmotivació, apatia, abúlia, ociositat, conductes disfuncionals evitatives o disruptives. Aquests pacients es presenten sense objectius socials ni projecte vital, amb un discurs empobrit més enllà de la seva capacitat intel·lectual, que en suma no els permet inscriure's en un relat històric i temporal. Tot això pot potenciar l'aïllament social, però també la creença i la cerca de refugi en bandes i grups marginals que els proporcionin una certa identitat.

En aquest sentit, considerem essencial que es pugui precisar un diagnòstic precoç de les possibles psicosis existents i que no romanguin ocultes rere un diagnòstic de trastorn conductual, més general i menys específic, del qual poden ser subsidiaris. Un diagnòstic primerenc de psicosis, si escau, permet iniciar abans un tractament que

tingui en compte el “dèficit” del pacient i en situï la gravetat en la seva justa mesura. Tot això pot contribuir a reduir el desgast familiar i dels professionals davant de possibles falses expectatives que el diagnòstic de trastorn de conducta pot fomentar. De la mateixa manera, pot ajudar a reduir el sentiment de culpabilitat i de fracàs dels pares per una suposada incompetència educativa.

En el bloc 3 agrupem els principals dèficits i retards acadèmics, així com els joves amb un coeficient intel·lectual límit o un retard mental lleu. En l'últim bloc considerem els abusos, traumes i abandonaments que es poden produir en situació de negligència en la infància (un 30% dels adolescents estudiats han estat derivats per l'Administració pública després que aquesta hagi retirat la guarda i custòdia als seus pares).

L'aparició de diagnòstics en aquests set blocs ens permet precisar més la comorbiditat diagnòstica dels pacients amb patologia dual i trastorn de conducta amb els objectius següents:

- Indicar una orientació pronòstica en cada cas; en aquest sentit, els pacients que, per exemple, al final de l'exploració diagnòstica se situen solament en el bloc 2 tindran millor pronòstic que els situats al bloc 6 (d'aquesta manera es poden desenvolupar amb les altres combinacions pertinents).
- Dissenyar un tractament integral a mesura: psicofarmacològic, psicoterapèutic, educatiu, familiar i socioeducatiu per a cada pacient tan específic com sigui possible.

En aquest sentit, considerem fonamental no solament acumular llistes de diagnòstics, sinó, i essencialment, entendre i aplicar una lògica clínica de com es relacionen i interactuen els diferents diagnòstics, símptomes, manifestacions psicopatològiques i hàbits de vida de cada pacient i entre si.

Entre altres resultats, i en aquest estudi de diagnòstic comparatiu entre els nois i noies adoptats i no adoptats afectats per patologia dual, es troben, com a elements per a la discussió, algunes diferències rellevants: mentre que en els adolescents no adoptats la variable trastorn per ús de drogues es troba majoritàriament associada a un trastorn de caràcter oposicionista seguit d'un trastorn psicòtic, en el cas dels pacients adolescents adoptats la variable drogues es troba majoritàriament associada a un trastorn psicòtic (bloc 6) seguit d'un trastorn oposicionista (bloc 2) i un altre per dèficit d'aprenentatge (bloc 3).

En altres estudis, i fins i tot en les nostres pròpies dades, s'observa que alguns trastorns afectius, oposicionistes, trastorns del curs del pensament i el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) solen precedir al trastorn per ús de substàncies.

Des d'una perspectiva etiopatogènica, i a partir dels criteris de Solomon [et al.],¹⁴ es pot distingir entre tres categories de diagnòstic dual:

- Tipus I: el consum de substàncies és secundari al trastorn psiquiàtric.
- Tipus II: el trastorn psiquiàtric és secundari al consum de substàncies.

- Tipus III: el trastorn psiquiàtric i el trastorn per ús de substàncies coexisteixen de manera independent.

En el cas de la patologia dual tipus I, també coneguda com a hipòtesi de l'automedicació, el pacient faria servir substàncies psicoactives bàsicament amb la finalitat d'aconseguir objectius pal·liatius, d'alguna manera sedatius, dels símptomes dels seus trastorns mentals. En la patologia dual tipus II, el pacient exposat a un consum puntual, agut o crònic d'un determinat tipus de substàncies, seria induït per aquestes a l'aparició d'un trastorn mental. En aquest cas, el trastorn per ús de substàncies seria el diagnòstic bàsic, el primari, cronològicament el primer, i potser el causant d'un trastorn psiquiàtric posterior.

En el model de patologia dual tipus III, determinar si tots dos trastorns –mental i drogues– estan relacionats pot ser molt difícil, fins i tot poc rellevant. Cadascun d'aquests trastorns podria incrementar la vulnerabilitat de l'altre, i podrien coexistir factors comuns de vulnerabilitat (genètics, ambientals, neurològics). En aquest cas, el consum de substàncies podria desenvolupar un paper socialitzador per al pacient que li proporcionés una identitat pròpia i potser el desenvolupament d'un determinat rol social.

3. Alguns criteris i elements per a l'exploració diagnòstica

Les classificacions internacionals, com el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM), els criteris d'investigació diagnòstica (RDC) i la desena edició de la Classificació internacional de malalties (CIE-10)¹⁵ de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) són els instruments bàsics per al diagnòstic dels trastorns, així com del seu diagnòstic diferencial. En aquest cas, entre el trastorn mental induït per ús de substàncies i el trastorn mental primari, criteris com l'etiologia, l'inici o el curs del trastorn seran claus per al diagnòstic. Quan la relació etiològica entre tots dos trastorns no és evident, es considera com a primari aquell que s'ha iniciat en primer lloc.

Cal tenir en compte que un diagnòstic dual no exclou, sinó que inclou, el que alguns autors anomenen diagnòstic quàdruple, ja que el trastorn per ús de substàncies es pot donar en més d'una substància i amb diferent intensitat. És freqüent que un mateix adolescent pugui mantenir una relació de consum d'abús respecte d'una o més substàncies i de dependència d'altres (exemple: dependència del cànnabis i el tabac i de l'abús en el consum d'alcohol, drogues de síntesi i cocaïna), i simultàniament pot associar un trastorn mental, un trastorn de personalitat i una malaltia mèdica. Per poder fer el diagnòstic de patologia dual, i basant-nos en criteris generals del DSM-IV, cal que es donin almenys tres criteris:

- que el trastorn per ús de substàncies (policonsum, abús o dependència) persisteixi almenys durant un temps de 6 mesos;
- que el trastorn psiquiàtric, expressat des d'un trastorn de conducta, es presenti amb una intensitat i freqüència més alta de l'observada típicament en subjectes d'edat i nivell sociocultural i evolutiu comparables;
- que tots dos trastorns produeixin un deteriorament clínicament significatiu en l'activitat quotidiana del pacient (familiar, escolar, social...).

Tal com aporten Ortiz de Zarate [et al.],¹⁶ per precisar el diagnòstic de patologia dual ens pot ser útil:

1. Explorar la història familiar del pacient en concret, pel que fa a antecedents de consum de substàncies i de trastorns mentals en general.
2. Explorar la història evolutiva del pacient: possibles antecedents del desenvolupament psicomotor, trastorns de l'aprenentatge, trastorns oposats.
3. Explorar i fer un diagnòstic diferencial amb altres trastorns que puguin generar simptomatologia psiquiàtrica (malalties de tiroides, hipoglucèmia, epilèpsia, lesions cerebrals, etc.).
4. Sol·licitar determinacions de mostres (urinàries i sanguínies) de drogues.
5. Tenir en compte que els efectes (per presència o abstinència) d'algunes substàncies poden ocasionar quadres psicopatològics similars a alguns trastorns mentals.
6. Usar escales i instruments d'avaluació de trastorns mentals (Beck, Hamilton, test de Minnesota o MMPI...), així com de trastorns per ús de substàncies (CAGE, test de discriminació de l'alcoholisme de Michigan o MAST...).
7. Tenir presents els marcadors biològics i les exploracions físiques enfocades envers la cerca de signes físics que orientin en la confirmació de l'abús de substàncies i l'existència de patologia mèdica associada o no.

Complementàriament, hi ha algunes manifestacions verbals o comportaments del pacient adolescent que ens poden indicar sobre la seva predisposició a voler seguir, o estar seguint ja, determinats comportaments de risc que poden derivar cap a un trastorn de patologia dual. D'una manera simplificada, els hem circumscrit a sis comportaments de risc molt estesos entre la població de joves i adolescents (Royo, J.):¹⁷ consum de drogues; alteracions del comportament alimentari; Internet, el joc i les noves tecnologies; les compres compulsives; comportaments sexuals de risc, i violència (taules de la 2 a la 7).

Taula 2. Comportaments i manifestacions respecte a les drogues

- “Per conèixer les coses de la vida les ha d'experimentar un mateix. Estic disposat a fer-ho.”
- “Prefereixo fer jo les coses per mi mateix abans que demanar ajuda o orientació.”
- “Estic interessat pel resultat final de les coses que faig, no per com les faig.”
- “Per mi, el més important de les activitats escolars és veure'n el resultat final com més aviat millor.”
- “Quan em llevo i abans d'entrar a l'escola, cada dia m'he fumats algun «piti» (cigarreta de tabac).”
- “M'agrada col·locar-me amb l'alcohol. La festa és més divertida. M'agrada practicar «el botellón» i tastar diferents begudes i combinats.”
- “Condueixo sota els efectes de l'alcohol i si vaig de «paquet» no pregunto si el conductor ha begut o no.”

- “Habitualment fumo porros (haixix, marihuana) i, per tant, faig activitats de compra i de vegades de venda d'aquests.”
- “Cultivo les meves pròpies plantes de marihuana, m'és igual si els meus pares hi estan d'acord o no.”
- “Fumo porros amb els meus amics, però també fumo sol. M'agrada fumar-me el «peta de bona nit» (el porro d'abans d'anar a dormir).”
- “Els porros em diverteixen, però també em relaxen. Per això en fumo cada dia.”
- “Tinc deutes i no m'arriba el pressupost, que gasto bàsicament en tabac, alcohol i porros.”
- “Una part important del meu pressupost la dedico als meus consums de tabac, alcohol i porros.”
- “Estic obert a consumir altres drogues com, per exemple, les de síntesi o la cocaïna. Molts amics meus en consumeixen i no els passa res.”
- “He tingut diversos avisos de l'escola (a mi i als meus pares) pel meu consum de tabac, alcohol i porros tant en el recinte escolar com amb motiu d'un viatge o d'una excursió de fi de curs.”

Taula 3. Comportaments i manifestacions respecte als hàbits alimentaris

- “Cada dia faig exercici físic i alhora faig dietes per millorar el meu cos i les meves marques personals.”
- “De vegades he pres anabolitzants i altres medicaments per millorar el meu cos.”
- “Normalment faig exercici físic d'una manera intensa. Em costa posar fi a l'activitat.”
- “De vegades em trobo físicament malament arran de l'esforç que he fet, però continuo fent exercicis físics.”
- “Em costa anar de viatge si no puc fer els meus exercicis físics habituals.”
- “Després de cada sessió d'exercici físic, em miro al mirall i controlo el meu pes.”
- “No m'agrada la meva figura quan em miro al mirall.”
- “Procuo menjar poc i saltar-me àpats.”
- “De vegades vomito després de menjar.”
- “Procuo no mastegar gaire el menjar, perquè així és més fàcil vomitar.”
- “De vegades ingereixo grans quantitats de menjar ràpidament. Sembla que no pugui controlar la gana.”
- “Faig dietes sistematitzades, malgrat que no m'ho ha indicat cap especialista.”
- “Tinc irregularitats amb la menstruació. Hi ha mesos en què no la tinc.”
- “Tinc molta por d'engreixar-me.”
- “De vegades amago o llenço el menjar.”

Taula 4. Comportaments i manifestacions respecte a Internet, el joc i les noves tecnologies

- “Em costa desconnectar-me d'Internet.”
- “Em molesta i m'irrita molt que els meus pares vulguin reduir les meves hores de connexió a Internet.”
- “Algunes vegades els meus pares han desconnectat l'electricitat de casa perquè em desconnectés d'Internet.”



- “Si no em puc connectar a casa, em connecto a casa dels meus amics o en cibercafès.”
- “Les hores que passo connectat m'han fet reduir el meu rendiment escolar o laboral. Sovint em connecto abans de fer els deures o abans d'acabar-los.”
- “Prefereixo estar connectat que sortir amb els amics.”
- “Quan estic connectat em sento segur.”
- “Jugo sovint fent apostes, tant amb amics com amb desconeguts, i també per Internet.”
- “Quan aposto diners per Internet, jugo més temps perquè així tinc més possibilitats de recuperar els diners que he perdut.”
- “M'entusiasma apostar diners en el joc. És un estat d'excitació únic.”
- “Dedico més temps de la meva vida al joc i a les apostes que a cap altra activitat.”
- “De vegades he demanat diners, o he mentit per obtenir-ne, per poder jugar fent apostes.”
- “En algunes ocasions he arribat a insultar i fins i tot a agredir físicament els meus pares quan han intentat impedir que jugués o no m'han donat diners per fer apostes.”
- “He tingut conflictes i baralles com a conseqüència de les meves apostes en el joc.”
- “Prefereixo jugar fent apostes que fer qualsevol altra activitat escolar, familiar, amb amics, amb la parella, etc.”
- “No m'importa dormir menys a la nit si a canvi puc jugar fent apostes per Internet.”

Taula 5. Comportaments i manifestacions respecte a les compres

- “Abans de comprar, em sento emocionat, en un estat de neguit i excitació. M'agrada aquest estat.”
- “Quan vaig a comprar m'agrada anar-hi sol, o en qualsevol cas en companyia d'algué que no em censuri i no em digui si allò ho necessito o no, o bé si és massa car.”
- “De vegades he arribat a amagar les coses que he comprat, o he intentat tornar-les, vendre-les o regalar-les.”
- “De vegades faig absentisme de l'escola o de la feina per anar a un centre comercial.”
- “Quan tinc diners tinc necessitat immediata d'anar a comprar, encara que tingui molts deutes per tornar.”
- “En algunes ocasions les compres que he fet m'han suposat discussions i baralles amb els meus pares.”
- “Si en tinc l'ocasió, robo coses de les botigues i dels grans magatzems.”

Taula 6. Comportaments i manifestacions sexuals de risc

- “Dedico una part important del meu temps al visionat de còmics, revistes o pel·lícules i webs de caràcter pornogràfic.”
- “Tinc intensos sentiments de desig i d'apetència sexual. La freqüència és tan alta que em desmotiva per fer altres activitats com, per exemple, les pròpies de l'escola. Em masturbo diàriament i més d'una vegada.”
- “Rarament tinc sentiments de desig i d'apetència sexual per cap dels dos sexes. Podria viure perfectament sense tenir sexe.”
- “No m'agrada utilitzar preservatius i prefereixo tenir sexe amb penetració sense utilitzar-ne.”

- “Si no hi ha penetració no sé gaudir del sexe.”
- “Sovint faig pràctiques sexuals amb la meva parella que no voldria fer, però les faig per la seva insistència.”
- “Algunes vegades assisteixo a una «cita a cegues» feta des d'Internet.”
- “M'irrito o em molesto si la meva parella no vol fer les pràctiques sexuals que a mi m'agraden”.
- “M'agrada utilitzar alcohol, cànnabis i altres drogues en les meves relacions sexuals.”

Taula 7. Comportaments i manifestacions respecte a la violència

- “Jo em faig els tatuatges o els pírcings que vull. Els meus pares no són qui per ficar-se en la meva vida.”
- “Malgrat que els meus pares no hi estiguin d'acord, quan surto de festa torno a l'hora que vull. De vegades fins i tot m'escapoleixo a la nit de casa sense que ells ho sàpiguen.”
- “Sempre que tinc ocasió agafo diners dels meus pares o altres objectes de casa que puguin tenir valor.”
- “La millor defensa és sempre un bon atac. Abans que es produeixi el conflicte, cal pegar primer.”
- “Quan vull alguna cosa, faig el que sigui per aconseguir-ho. Fer un «estirada» o «atracar» alumnes més petits és segur. Si t'enxampen, no passa res, i a més és divertit.”
- “Creuar contenidors, trencar vidres d'aparadors, trencar fanals, insultar la policia o llançar-los pedres... A més de divertit és emocionant, sobretot si la policia et persegueix. M'agrada la sensació de destrossar coses i sobretot per celebrar que ha guanyat el meu equip esportiu.”
- “M'agrada portar armes (ganivets, porres, punys...). M'agrada participar en «bronques». Si la colla amb què vaig som prouds, no em preocupa enfrontar-me a qui sigui, fins i tot amb la policia.”
- “De vegades he fet fotos o vídeos d'agressions i baralles i els he penjat a Internet. M'agrada visionar-los, tant els meus com els dels altres.”
- “M'agrada visitar pàgines de neonazis, d'extrema dreta, d'extrema esquerra, racistes, de vegades també participo en els seus fòrums.”
- “Pegar o vexar un indigent, un discapacitat o un immigrant és divertit. En algunes ocasions hi he participat o he tingut ganes de participar-hi.”
- “De vegades he insultat o agredit físicament el meu pare o la meva mare perquè s'ho mereixien.”
- “De vegades faig destrosses a casa perquè els meus pares ho han provocat.”
- “No tinc cap problema a canviar d'identitat quan xatejo per Internet. Es lliga més.”
- “Vull formar part, o ja en formo, d'un grup de joves determinat que són forts i es fan respectar. Quan sortim tots junts m'agrada la sensació que som els més forts. Em sento «potent».”

4. Propostes d'intervenció terapèutica

Tal com apunta Ortiz de Zarate, A. (op. cit.), es podria distingir almenys tres models diferents de tractament en pacients amb patologia dual:

- el model seqüencial, que s'objectiva en el tractament d'un dels trastorns (habitualment el primari) i fer un abordatge posterior d'un/s altre/s trastorn/s;
- el model paral·lel, que consisteix a atendre alhora tots dos trastorns però en diferents dispositius i equips terapèutics;
- el model integrat, que pretén abordar el tractament dels dos trastorns de manera simultània pel mateix equip terapèutic.

Almenys en el cas dels pacients joves i adolescents, el model integrat és el que es considera més eficaç, atès que no es tracta d'una intervenció a curt termini i, per tant, no es limita a la resolució de la situació aguda de consum o a l'estabilització de la clínica psiquiàtrica, sinó que es presenta com una intervenció a mitjà-llarg termini contextualitzada en el marc d'un procés d'intervenció biopsicosocial.

Un dels problemes d'aquests pacients és que, majoritàriament expressen poca consciència de tenir la malaltia i, per tant, una escassa adherència terapèutica i poca motivació en el compliment del tractament prescrit, per la qual cosa l'atenció ambulatoria resulta sovint poc eficaç.

En el cas de la població de joves i adolescents, i en relació amb la variable consum de drogues, s'ha produït en els darrers anys i en les societats del benestar un fenomen de canvi en la seva percepció cultural. Actualment, les drogues són considerades per aquesta població com un element de consum més dins del context de l'anomenada "cultura de l'oci". De les darreres dades de l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (OEDT)¹⁸ es desprèn, entre d'altres, que el policonsum i la polidrogodependència són conseqüències d'aquests nous patrons culturals de consum. Un adolescent o jove consumidor de cocaïna serà molt probable que també consumeixi altres drogues estimulants com les de síntesi i el tabac, però també que s'autoadministri altres substàncies depressores, psicodislèptiques i al·lucinògenes com l'alcohol, els derivats del cànnabis, l'"èxtasi líquid" (GHB), la ketamina, l'LSD o els bolets psicocybes. Avui dia, la majoria de consumidors de drogues ja no són marginals ni marginats, sinó adolescents i joves que viuen integrats en la seva família, escola i societat i que han optat per consumir drogues amb unes preteses finalitats "socialitzants", "festives" i "recreatives" amb tendència a minimitzar els riscos biopsicosocials i legals derivats del seu consum, i des d'una enorme convicció subjectiva de la seva capacitat de control (Royo, J., op. cit.).^{19, 20, 21, 22, 23, 24, 25}

Encara que molts d'ells, en ser atesos en un determinat dispositiu assistencial presenten comportaments i indicadors de risc evidents, susceptibles de ser diagnosticats de patologia dual, com, per exemple: addicció al cànnabis i policonsum d'abús d'alcohol i altres substàncies com les descrites, associats a un baix rendiment o a un abandonament escolar; comportaments de violència en l'àmbit escolar i familiar, augment dels comportaments sexuals de risc, comportaments d'abús de mòbil, xat, Internet, jocs electrònics i noves tecnologies en general, comportaments

de risc viari i cívic, comportaments de risc legal (compravenda de drogues, furts, robatoris, colles...). En molts casos compleixen directament criteris d'un trastorn de personalitat, els més freqüents són el negativista desafiant, el límit, l'antisocial i l'esquizoide, i són susceptibles també de ser diagnosticats addicionalment altres trastorns com, per exemple, els psicòtics, els afectius i els d'ansietat.

Per bé que aquest pugui ser el perfil majoritari d'aquests pacients, en el context de la primera exploració clínica s'expressen amb una nul·la o poca consciència de malaltia, per la qual cosa en molts casos el primer repte terapèutic consistirà en el fet que vulguin ser atesos de manera assistencial. Genèricament, la demanda és feta en primer lloc pels pares o altres referents, que es veuen en molts casos incapaços d'aconseguir que el familiar afectat, en aquest cas l'adolescent, vulgui acceptar voluntàriament una cita assistencial. Potser aquest és un dels motius que ha generat, en els darrers anys, un augment considerable, tal com ens informa el Fiscal General de l'Estat,²⁶ de denúncies per violència familiar protagonitzada pels fills adolescents. Des de la nostra experiència clínica, la immensa majoria dels pares maltractats no pretenen, amb la seva denúncia, enjudiciar o criminalitzar el familiar, sinó que el seu objectiu bàsic és que es faci un peritatge psiquiàtric, per ordre judicial, amb la finalitat de poder aconseguir un tractament terapèutic i educatiu adequat, ja que han fracassat els intents previs que el familiar volgués acceptar voluntàriament una intervenció diagnòstica i terapèutica.

En molts casos, els trastorns que presenten els pacients amb patologia dual són diversos: complementàriament a la variable trastorn per ús de drogues i trastorn psicopatològic, podem trobar també dèficits en l'àmbit mèdic (VIH, VHC, altres malalties de transmissió sexual...), escolar (baix rendiment, abandó), social (desocupació, nul o escàs interès per activitats culturals, esportives o socials) i legal (comportaments de violència, detencions, causes pendents...). Si els trastorns dels pacients joves i adolescents afectats per patologia dual, en molts casos, són de caràcter biopsicosocial, educatiu i legal, és potser oportú plantejar una resposta assistencial integral, que tingui en compte un abordatge terapèutic i educatiu en tots aquests àmbits.

En aquest sentit seran necessaris professionals i recursos que pretenguin abordatges innovadors. L'abordatge de la patologia dual és en si mateix un repte de futur.²⁷ Complementàriament als centres ambulatoris d'atenció primària i especialitzada i a les hospitalitzacions puntuals amb objectius bàsics d'estabilització dels símptomes psiquiàtrics, s'hauria de tenir en compte la intervenció residencial en centres sociosanitaris especialitzats amb equips interdisciplinaris que comptin no sols amb professionals de l'àmbit de la sanitat (metges, psiquiatres, psicòlegs clínics, personal d'infermeria, farmàcia...), sinó també de l'àmbit educatiu (mestres, educadors, monitors...), de l'àmbit social (treballadors i educadors socials) i del legal (professionals del dret). També caldria considerar una intervenció integral que tingui en compte simultàniament la deshabitució al consum de drogues, la precisió del diagnòstic dual, l'adherència i el compliment del tractament psicofarmacològic, l'atenció mèdica, l'atenció acadèmica i formativa en general, les activitats socioeducatives i psicoterapèutiques (prevenció de recaigudes, habilitats d'autocontrol i maneig de l'estrès, habilitats socials i reinserció acadèmica, social i laboral, etc.) i, si escau, l'atenció legal. Insistim que aquest no és un tractament a

curt termini i que s'haurien de preveure ingressos a mitjà-llarg termini (no inferiors a uns sis mesos), amb una atenció familiar simultània en el medi ambulatori.

Des d'una perspectiva psicofarmacològica, cal tenir en compte que en la majoria dels casos el trastorn dual suposa, tal com proposen Álamo [i altres autors],²⁸ la utilització simultània de diversos fàrmacs psicoactius: els emprats en el control del trastorn mental (antipsicòtics, antidepressius, estimulants, ansiolítics...) i en els trastorns per abús de drogues (agonistes, antagonistes, aversius, pal·liatius...).

La prescripció farmacològica en relació amb els TC en context de PD se sustenta en els coneixements actuals de la neurobiologia de la impulsivitat/agressivitat, en què estan implicats, bàsicament, els sistemes serotoninèrgics, dopaminèrgics i gabaèrgics, en proporcions variables.

Cal destacar que el tractament farmacològic inicial dels nostres pacients està orientat a tractar una sèrie de símptomes diguem-ne generals que es repeteixen en més o menys mesura en la gran majoria d'ells i que estan relacionats amb la impulsivitat, l'agressivitat, la irritabilitat, el dèficit d'atenció, la inestabilitat emocional i el deler.

L'objectiu d'aquesta modalitat de tractament farmacològic és reduir la intensitat de la simptomatologia amb la finalitat de possibilitar o afavorir la participació dels pacients en les diferents teràpies psicològiques i socioeducatives. Així mateix, la reducció de símptomes permet fer un diagnòstic psiquiàtric més precís.

En la població de joves i adolescents, i des de la nostra experiència clínica, els més utilitzats, i per aquest ordre, són: neurolèptics, eutimitzants, antidepressius, estimulants, ansiolítics i aversius de l'alcohol.

- Neurolèptics. Hem utilitzat solament i de forma molt puntual els NRL clàssics a causa de la seva tendència a produir efectes secundaris. En aquest sentit, els NRL atípics resulten una estratègia terapèutica de primera elecció, a causa de la seva millor tolerància i menor incidència d'efectes secundaris. Els més utilitzats són: risperidona, olanzapina, quetiapina i aripiprazol.

En general, utilitzem dosis baixes d'NLP per controlar la impulsivitat i l'agressivitat reactiva i dosis més altes en pacients amb simptomatologia d'espectre psicòtic.

En l'al·lucinosi alcohòlica, per exemple, poden aparèixer al·lucinacions auditives, visuals o tàctils, i en la paranoia alcohòlica se solen presentar idees paranoides.^{29, 30}

- Eutimitzants. Valorem l'efectivitat dels eutimitzants per al control de la impulsivitat, l'agressivitat reactiva externa i la reducció del deler. Així mateix, es mostren eficaços en pacients amb alta inestabilitat emocional (bipolaritat II, TLP...), inestabilitat que es pot accentuar quan coexisteix amb un policonsum de drogues. Els més utilitzats són: valproic, topiramet, carbamacepina, oxcarbamacepina i pregabalina.
- Antidepressius. En el sector dels antidepressius hem utilitzat bàsicament ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, citalopram), ja que es mostren eficaços en la

reducció de la irritabilitat i la impulsivitat. I utilitzem amitriptilina, mirtazapina i deprax, cercant efectes més sedatius.

La simptomatologia depressiva en els joves i adolescents es presenta amb freqüència amb manifestacions simptomàtiques diferents de les de l'adult. Somatitzacions, irritabilitat, conductes evitatives i disfuncionals i consum de substàncies es poden mostrar en un primer pla sense presentar quadres de "tristesa" evident.

La síndrome amotivacional, induïda pel consum crònic del cànnabis, genera un quadre d'apatia, irritabilitat, alteracions de la memòria, dificultats de concentració, pèrdua d'eficàcia en el desenvolupament de tasques concretes, canvis en el ritme d'ingesta d'aliments i de la son, que és susceptible de millora amb la prescripció d'ISRS.³¹

- Estimulants. Els estimulants, bàsicament metilfenidat, es mostren eficaços en la millora del nivell d'atenció i no sols en els pacients diagnosticats de TDAH. Molts joves i adolescents són derivats a Amalgama-7 des d'un diagnòstic de TDAH i un tractament prescrit de metilfenidat o atomoxetina. Si bé és probable que el TDAH pugui ser un trastorn infradiagnosticat en la població general, també ho és que pugui ser sobrediagnosticat en els pacients que són derivats a serveis més especialitzats. En les nostres dades sols s'ha pogut confirmar aquest diagnòstic en un 10% dels casos d'adolescents no adoptats i en un 16% dels adoptats. Altres autors apunten dades i reflexions sobre aquesta qüestió.^{32,33,34}

Hem utilitzat puntualment metilfenidat per trencar determinades dinàmiques negatives en el rendiment i la motivació en els estudis, permetent posteriorment retirar-lo, i mantenint-se un bon nivell d'atenció i integració acadèmica.

En un nombre considerable de casos medicats amb NLP i metilfenidat es manté la mateixa efectivitat quan es retira el metilfenidat; no és així quan es retira l'NLP.

- Ansiolítics. Es limita de forma considerable l'ús de benzodiacepines. El diazepam, el clonazepam i el lornezatepam mostren la seva eficàcia ansiolítica, per bé que en adolescents i joves és preferible no utilitzar BZD d'alta potència a causa de la seva notable capacitat addictiva i per la tendència a ser utilitzades com a drogues d'abús. En aquest sentit, és preferible utilitzar alternatives menys arriscades, i fins i tot placebos, les quals, aplicades en situacions puntuals i en determinats tipus de crisis, essencialment les que impliquen una demanda d'atenció, poden resultar molt eficaces.

La comorbiditat del trastorn d'ansietat i l'ús de substàncies és molt freqüent en els pacients diagnosticats de patologia dual. Segons el tipus de substància i el context en què es produeixen els símptomes ansiosos, en situació de consum o d'abstinència, serà freqüent l'aparició de crisis d'angoixa, fòbies, obsessions o compulsions.³⁵

- Aversius de l'alcohol. El disulfiram és poc utilitzat en la població de joves i adolescents amb patologia dual, i se circumscriu en aquells casos que es

produeixen consums aguts d'una manera periòdica amb la finalitat d'evitar possibles situacions de risc associades.

En un context d'ingrés residencial a mitjà-llarg termini és més probable que s'aconsegueixi no sols la deshabitació del consum de substàncies, sinó també el compliment i l'adherència al tractament. Una bona aliança terapèutica entre l'equip interdisciplinari i el pacient facilita que les intervencions farmacològiques, les psicoterapèutiques i les educatives siguin més eficaces. El Ministeri de Sanitat, en el seu informe anual,³⁶ aporta, entre altres raons, que solament entre el 4 i el 12% dels pacients amb trastorns mentals atesos en medi ambulatori compleixen d'una manera sistemàtica el tractament farmacològic. L'aliança terapèutica amb el pacient és essencial per aconseguir una bona adherència al tractament, i aquest és alhora molt difícil si no es disposa de recursos de contenció i equips interdisciplinaris especialitzats. A més, els pacients amb trastorn mental i per extensió amb patologia dual, si la intervenció i el seu context són adequats a les seves necessitats, són subsidiaris d'una evolució favorable. Es pot canviar l'estigma dels pacients amb patologia dual com a malalts de mal pronòstic? Aquest és, per a tots, un gran repte de futur.

Bibliografia:

1. SAN, L. *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre patología dual*. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2004.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Revised (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. FEIGNER, J. P.; ROBINS, E.; GUZE, S. B.; WOODRUFF, R. A. Jr.; WINOKUR, G. i MUÑOZ, R. "Diagnostic criteria for use in psychiatric research". *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed. Revised (DSM-III)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1981.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Text revisat: Masson, 2002.
6. SCHUCKIT, A. M. "Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions". *Addiction*. 2006;101 suppl. 1:76-88.
7. KESSLER, Ronald C. National Comorbidity Survey: Baseline (NCS-1), 1990-1992. Ann Arbor, M. I. Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2008-09-12.
8. JENKINS, R.; BEBBINGTON, P.; BRUGHA, T.; FARRELL, M.; LEWIS, G. i MELTZER, H. *British Psychiatric Morbidity Survey (1993-1994)*. *British Journal of Psychiatry* 1998. 173. 4-7.
9. TORRENS, M. i MARTÍNEZ, D. *Patología dual. Protocolos de intervención. Depresión*. Barcelona: Sociedad Española de Patología Dual. Edikamed, 2009.
10. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DUAL. "Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, el diagnóstico y la actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid". Presentat a les XII Jornadas de Patología Dual, SEPD. Madrid, 2010.
11. ROYO [et al.]. "Adolescents adoptats i no adoptats amb trastorns conductuals i/o patologia dual: un estudi comparatiu". Barcelona, 2011 (pendent de publicació).
12. <http://www.amalgama7.com>
13. OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS. *Informe 2009 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
14. SOLOMON, J.; ZIMBERG, S., i SHOLLAR, E. *Diagnóstico dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
15. CLASSIFICACIÓ INTERNACIONAL DE MALALTIES. CIE-10.
16. ORTIZ DE ZÁRATE, A.; ALONSO, I.; UDIS, A.; RUÍZ DE AZÚA VELASCO, M. A. *Patología dual. Guías de cuidados de enfermería en salud mental*. Barcelona: Elsevier Masson, 2010.
17. ROYO, J. *Els rebels del benestar. Claus per a la comunicació amb els nous adolescents*. Barcelona: Alba Editorial, 2008.

18. OBSERVATORI EUROPEU DE LES DROGUES I LES TOXICOMANIES. *Informe anual 2009: el problema de la drogodependència en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2010.
19. ROYO ISACH, J.; MAGRANÉ, M.; VELILLA, A., i MARTÍ, R. "Consumidores de cannabis: una intervención terapéutica basada en los programas de disminución de daños y riesgos". *Atención Primaria* 2003;32(10):590-3.
20. ROYO ISACH, J.; MAGRANÉ, M.; BLANCAFORT, F., i FERRER, J. "Drogas de síntesis: del uso al policonsumo. Algunos riesgos asociados y una propuesta de intervención terapéutica". *Atención Primaria* 2004;33(4):209-13.
21. ROYO ISACH, J.; MAGRANÉ, M.; VILÀ, R., i CAPDEVILA. "El «éxtasis líquido» (GHB): ¿una droga de uso recreativo? Clínica biopsicosocial del consumidor y algunas propuestas terapéuticas". *Atención Primaria* 2004;33(9):516-20.
22. ROYO ISACH, J.; MAGRANÉ, M.; DOMINGO, M., i CORTÉS, B. "La «keta» (ketamina): del fármaco a la droga de abuso. Clínica biopsicosocial del consumidor y algunas propuestas terapéuticas". *Atención Primaria* 2004;34(3):147-51.
23. ROYO ISACH, J.; MAGRANÉ, M.; VELILLA, A., i RUÍZ, L. "Consumidores de «speed» (metanfetamina): un viaje de ida y vuelta entre el «éxtasis» (MDMA) y la cocaína. Algunos aspectos clínicos, preventivos y asistenciales". *Atención Primaria* 2004;34(10):553-6.
24. ROYO ISACH, J.; MAGRANÉ, M.; FERNÁNDEZ-POLA, O., i TOSCO, M. "Consumidores de cocaína: del uso recreativo al consumo adictivo. Una propuesta de intervención preventiva y asistencial". *Atención Primaria* 2005;36(3):162-6.
25. ROYO ISACH, J.; MAGRANÉ, M.; VILÀ, R.; CAPDEVILA, M. E., i DOMINGO, M. "Adolescentes, jóvenes y drogas de síntesis: una intervención preventiva desde un modelo biopsicosocial". *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. UAB. Servei de Publicacions, 2005 Ciència i Tècnica; 29. Psicologia: 255-70.
26. "La Fiscalía envía instrucciones ante la proliferación «preocupante» de menores que maltratan a sus padres". Madrid: Europa Press, 27/07/2010.
27. TORRENS, M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones* 2008;20:313-20.
28. ÁLAMO, C.; LÓPEZ-MUÑOZ, F., i CUENCA, F. "Bases neurológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas". A: Rubio, G.; López-Muñoz, F.; Álamo, C., i Santo Domingo, J. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002, p. 107-31.
29. CASAS, M., i GUAL, A. "Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo". *Adicciones* 2002;14 (supl. 1): 195-219.
30. OCHOA, E. "Tratamiento de los trastornos psicóticos (esquizofrenia) en sujetos con trastorno por abuso de sustancias". A: Rubio, G.; López-Muñoz, F.; Álamo, C. i Santo Domingo, J. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2002, p. 331-56.
31. SOPELANA, P. A. "Tratamiento de los trastornos depresivos en dependientes de otras drogas". A: Rubio, G.; López-Muñoz, F.; Álamo, C.; Santo Domingo, J. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002, p. 289-302.

32. CORNELLÀ, J. i LLUSENT, A. "Evaluación psicoeducativa del niño y del adolescente con un trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad". A: Tomás, J. i Casas, M. (editors). *TDAH: hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. Barcelona: Editorial Laertes, 2004, p. 344-51.
33. HILL, P. Attention-deficit hiperactivity disorder: a UK perspective. *Nat Clin Pract Neurol*, 2008 mar;4(3):120-1.
34. CORNELLÀ, J. "Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica". *An Pediatr Contin* 2010;8(6):299-307.
35. RUBIO, G.; LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. i SANTO DOMINGO, J. "Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en dependientes de otras sustancias". A: Rubio, G.; López-Muñoz, F.; Álamo, C. i Santo Domingo, J. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002, p. 315-29.
36. *Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministeri de Sanitat i Política Social, 2010.