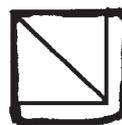


revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Estudio comparativo de la continuidad de tratamiento entre pacientes con trastorno por consumo de sustancias y pacientes con patología dual del Hospital J. A. Fernández, Argentina

Marina Risso ^{1,2,3}, Adriana Verónica Bulacia ^{2,3,4,5},
María Cecilia Castelluccio ^{2,6,7,8}, Pascual Valdez ^{9,10,11,12,13}

1. Médica especialista en Toxicología y Clínica Médica.
2. División Toxicología del Hospital Fernández.
3. Docente Adscripta de la Facultad de Medicina, UBA.
4. Médica Psiquiatra.
5. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental en carrera de Grado y postgrado.
6. Lic. en Psicología.
7. Magister en Psicoanálisis (UBA).
8. Especialista en Clínica de Adultos (Colegio de Psicólogos. C. S. de la Prov. de Buenos Aires).
9. Médico especialista en Clínica Médica, Terapia Intensiva, Emergentología.
10. Hospital Vélez Sarsfield.
11. Profesor titular de Medicina Interna, UBA.
12. Profesor Adjunto carrera de Medicina UNLAM.
13. Doctor de la Universidad de Buenos Aires.

E-mail: marinarisso@intramed.net

Resumen

Los estudios epidemiológicos sobre patología dual revelan que estos pacientes presentan una menor adherencia al tratamiento y peor evolución que los no duales. Sin embargo, la mayoría de los estudios provienen de centros de salud mental y no de centros de adicciones y son escasos los estudios locales. Nuestro propósito fue comparar la continuidad en el tratamiento para adicciones entre los pacientes con y sin psicosis asociada. Se realizó una revisión retrospectiva, observacional, longitudinal y analítica de las historias clínicas de los pacientes que asistimos en el hospital a lo largo de un año. Se halló una continuidad de tratamiento en pacientes con trastorno psicótico asociado al 1°, 3° y 6° mes, del 70%, el 44,44% y el 22,22% respectivamente y del 69%, el 32,71% y el 14,84% en los pacientes sin psicosis. Las diferencias observadas en la mayor continuidad en el tratamiento en los pacientes con psicosis no son estadísticamente significativas ($p=0.91$; $p=0.86$ y $p=0,53$ al 1°, 3° y 6° mes, respectivamente). Contrariamente a lo que refiere la bibliografía especializada en patología dual, en nuestra experiencia clínica los pacientes psicóticos con trastornos por dependencia de sustancias no tienen menor continuidad en el tratamiento que los no psicóticos.

Palabras claves: Patología dual - Adherencia - Psicosis – Adicción.

COMPARATIVE STUDY OF CONTINUITY OF TREATMENT BETWEEN PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDER AND PATIENTS WITH DUAL PATHOLOGY IN FERNÁNDEZ HOSPITAL, ARGENTINA

Abstract

Epidemiological studies on dual pathology reveal that these patients have less adherence to treatment and worse evolution than non-dual patients. However, most of the studies come from mental health centers and not from addiction centers, and local studies are scarce. Our purpose was to compare the continuity in the treatment for addiction between patients with and without associated psychosis. A retrospective, observational, longitudinal and analytical review of the clinical records of the patients we attended in the hospital over a year was conducted. We found a continuity of treatment in patients with psychotic disorder associated with the 1st, 3rd and 6th month, 70%, 44.44% and 22.22% respectively and 69%, 32.71 % and 14.84% in patients without psychosis. The differences observed in the greater continuity in the treatment in patients with psychosis are not statistically significant ($p = 0.91$, $p = 0.86$ and $p = 0.53$ at the 1st, 3rd and 6th month, respectively). Contrary to the current bibliography in dual pathology, in our clinical experience, psychotic patients with substance dependence disorders have no less continuity in treatment than non-psychotic patients.

Keywords: Dual pathology - Adherence - Psychosis - Addiction.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

En un documento de 2017 la OMS señala que existe una necesidad crucial de prevenir y tratar los trastornos mentales como una parte integral de las medidas contra las enfermedades no transmisibles (1), dado que los trastornos mentales -incluyendo depresión, psicosis y conductas adictivas- suponen una enorme carga de morbilidad en las sociedades, tanto por sí mismas, por ser enfermedades crónicas, como por el impacto negativo sobre otras ENT.

Los trastornos por consumo de sustancias, en particular a partir del conocimiento de las bases neurobiológicas que subyacen a la persistente vulnerabilidad a la recaída, y las consecuencias biopsicosociales del consumo, se entienden como enfermedad crónica (2).

Durante tiempo en el campo de las adicciones, se ha prestado atención casi en exclusiva a las enfermedades infecciosas, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C. En la actualidad, uno de los temas que genera más preocupación es la detección y tratamiento de los trastornos mentales asociados. Esta asociación, también denominada patología dual, ha ido adquiriendo mayor importancia a medida que han ido apareciendo estudios epidemiológicos y clínicos en los que se observa su elevada prevalencia, así como la mayor gravedad clínica y social, su peor pronóstico y su elevado costo sanitario (3,4).

La *patología dual* (PD), o comorbilidad, representa la asociación de dos situaciones clínicas en una misma persona: la presencia de un trastorno psiquiátrico por un lado y el uso patológico de drogas por otro. Esta asociación ocurre con mayor frecuencia de lo que el azar podría predecir y puede ocurrir en forma secuencial o simultánea (5). Los pacientes con trastornos psiquiátri-

cos son más vulnerables a desarrollar dependencia a sustancias, y viceversa.

La prevalencia de vida de un trastorno por consumo de sustancias en las personas que padecen esquizofrenia es del 47%, una tasa 3 veces superior a la de la población general (6).

Esta asociación conlleva un riesgo más alto de recaídas y hospitalizaciones (7), incremento de la intensidad de los síntomas, más violencia (8,9), niveles más altos de necesidades básicas insatisfechas y menor adherencia terapéutica (10), comparado con pacientes psicóticos que no consumen sustancias. Además, se registra mayor riesgo de problemas médicos como infección por VIH (dicha asociación es denominada patología triple), mayor uso de servicios de atención de urgencias e incremento de los costos asistenciales (11,12).

La adherencia terapéutica es uno de los aspectos centrales para la recuperación de la salud y la limitación de las consecuencias de todas las ENT (13). La baja adherencia es un elemento de especial relevancia clínica. Se trata de uno de los principales problemas que presentan los pacientes con trastornos por uso de sustancias, con otros trastornos psiquiátricos y con trastornos duales (14-16).

La continuidad y mayor duración de los tratamientos está asociada a mejores resultados en la abstinencia (17-19). Sin embargo, los estudios de adherencia en drogodependencias son escasos y difíciles de realizar debido a las dificultades que presentan este tipo de pacientes para mantenerse en contacto de forma regular con los servicios sanitarios y el frecuente abandono y posterior reinicio de los tratamientos ambulatorios (20).

Roncero y colaboradores siguieron a 72 pacientes que fueron derivados desde la guardia por trastornos por consumo de sustancias, valorando su posterior vinculación al centro y la adherencia el siguiente año. Un 33,4% de ellos no solicitaron visita. De los que la solicitaron, un 20,83% no acudieron. Un 47,37% de los que acudieron a la primera visita abandonaron antes de los 12 meses. Estas dificultades de adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno por uso de sustancias fueron independientes de la accesibilidad, del tipo de droga y la época de derivación (21). No se comparó la conti-

nuidad de tratamiento entre pacientes adictos con y sin patología dual.

En 2007, en España, se hizo un estudio sobre la percepción de los profesionales sobre la adherencia en patología dual, donde los encuestados creen que un 29.8% incumplen y 39.15% cumplen parcialmente (22).

Los estudios epidemiológicos sobre PD son muy heterogéneos. La mayoría están focalizados en un trastorno mental concreto o bien en el consumo de una sustancia psicoactiva concreta y el entorno asistencial en el que se han llevado a cabo son muy variados (3). La comorbilidad entre psicosis y trastorno por uso de sustancias es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por la gravedad clínica y sus repercusiones socio-sanitarias. La mayoría de los estudios sobre el pronóstico y evolución de los pacientes psicóticos con trastorno por uso de sustancias (TUS) se realizan en centros de salud mental y no en centros de adicciones. A su vez, son escasos los estudios locales de estas características.

En el dispositivo interdisciplinario de asistencia a las adicciones en el que trabajamos, no teníamos la impresión de que los pacientes duales tuvieran tan baja adherencia. Se realizó el presente trabajo como aproximación estadística inicial al problema observado. El dispositivo tiene las siguientes características: funciona dentro de un hospital general de agudos, cuenta con un área de urgencias, una sala de desintoxicación y una de consultorio externo a partir de la cual se elaboró el trabajo. Está integrado por profesionales toxicólogos, psiquiatras, psicólogos y un trabajador social. Los pacientes son adultos, concurren voluntariamente y no se requiere de acompañamiento familiar para su admisión, la cual es diaria y espontánea. La duración del tratamiento no tiene un tiempo fijo preestablecido y se incluyen pacientes que cumplan criterios diagnósticos de TUS, con y sin trastornos psiquiátricos asociados.

El objetivo del presente estudio fue comparar, en forma retrospectiva en la historia clínica, la continuidad en el tratamiento en la División Toxicología del Hospital Fernández de los pacientes con y sin psicosis asociada. Como objetivos secundarios se evaluaron la frecuencia de psicosis en los pacientes consultantes y la distribución de la droga de preferencia según presenten o no diagnóstico de psicosis.

Materiales y métodos

Se efectuó un diseño retrospectivo, observacional, longitudinal y analítico. Se revisaron las *historias clínicas* (HC) de los pacientes asistidos por las autoras, en forma consecutiva a lo largo de un año.

De la revisión se obtuvo un total de 180 HC, de las que se consignaron los siguientes datos: la edad, el sexo, la o las drogas de preferencia y la presencia o no de psicosis. Luego se dividieron dos grupos de HC, según hayan sido admitidos o derivados a otros dispositivos. Se obtuvieron 134 HC en el grupo de admitidos (75%) y 46 HC en el grupo derivados (25%).

Del subgrupo de admitidos en el tratamiento, se recolectaron además de los datos previamente mencionados: el número de consultas efectuadas, la duración del tratamiento expresado en meses y la existencia de derivaciones ulteriores a la admisión.

Criterio relevado para psicosis: existencia de fenómenos positivos, como alucinaciones y delirios, no derivados directamente de la intoxicación. Se excluyó la psicosis inducida.

Criterio de continuidad del tratamiento: 2 o más registros en la HC de controles dentro del primer mes y a partir del segundo mes uno o más registros de asistencia a un turno programado dentro de cada mes.

Se utilizaron porcentajes y chi cuadrado para comparar grupos, considerándose significativo un p valor < 0,05.

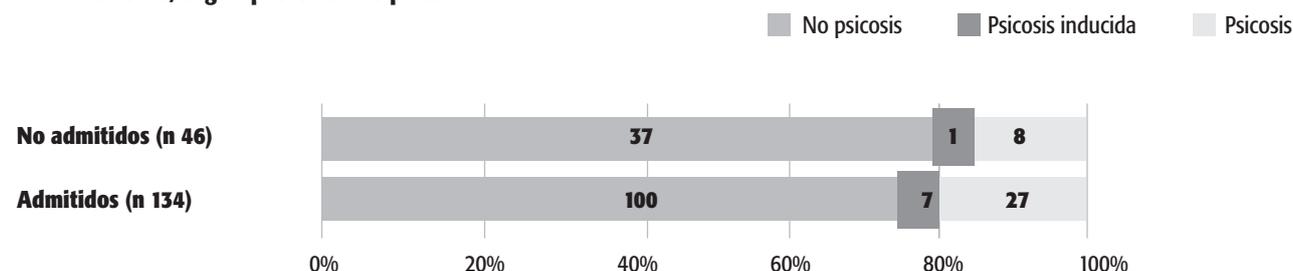
Resultados

Los resultados de los datos recolectados en el total de las HC revisadas (n 180) fueron los siguiente: predominaron en un 70% (n 125) de la muestra los varones. La edad media global fue de 32,67 años, con un rango de 15 a 68 años. La frecuencia de psicosis fue del 19,44% (n35) y de psicosis inducida el 4,44% (n 8). La edad media en los pacientes con psicosis (n35) fue de 29,97 años, con un rango de 16 a 52 años.

La frecuencia de psicosis en los pacientes admitidos (n134) y no admitidos (n 46) fue similar en ambos grupos, siendo del 20,15 % (n 27) y del 17,40 % (n 8) respectivamente (Ver Gráfico n°1).

Gráfico 1. Presencia o no de psicosis.

Admitidos o no, según presencia de psicosis



El consumo de cocaína, de alcohol y la asociación de cocaína y alcohol fueron las sustancias que más motivaron la consulta en ambos grupos (en pacientes con y sin psicosis). La distribución de la droga de preferencia según la presencia o no de psicosis no resultó relevante (Ver Tabla n°1).

Al evaluar la continuidad de tratamiento en pacientes con y sin trastorno psicótico se observó que la continuidad de tratamiento en los pacientes con trastorno psicótico fue mayor. Siendo esta del 70%, el 44,44% y el 22,22% al 1°, 3° y 6° mes respectivamente, contra una continuidad en los pacientes sin trastorno psicótico del 69%, el 32,71% y el 14,84% al 1°, 3° y 6° mes.

Se realizó el análisis estadístico de las diferencias observadas en la continuidad de tratamiento. Las diferencias observadas a favor de la mayor continuidad en el tratamiento en los pacientes con psicosis no son estadísticamente significativas ($p=0.91$; $p=0.86$ y $p=0,53$ al 1°, 3° y 6° mes, respectivamente) (Ver Tabla n°2).

Discusión

Sobre los hallazgos de prevalencia de psicosis en nuestro estudio

Si bien se conoce ampliamente que la asociación entre enfermedad mental y TUS es elevada, hay gran variabilidad en las cifras aportadas por los diferentes estudios. Una de las principales causas referidas es que la frecuencia hallada varía según difiera el entorno clínico donde se realiza la medición. Así, hay más diagnóstico de PD en los estudios realizados dentro de la red asistencial de consumo de drogas que en la red de salud mental. En este sentido, Weber señala una prevalencia de PD (estimada a través de una encuesta de corte transversal en cuatro centros urbanos del Reino Unido) del 44% en los servicios de salud mental y del 75% en los centros de atención a drogodependientes (23). Szerman señala igual diferencia a favor de una mayor prevalencia de PD en la red de asistencia de drogas en un estudio realizado

Tabla 1. Distribución de la droga de preferencia según la presencia o no de psicosis.

	No psicosis (n 107)	Psicosis (n 27)
COCA	28 (26%)	8 (29,70%)
OL	24 (22%)	5 (18,50%)
COCA+OL	16 (15%)	3 (11,11%)
COCA+THC	6 (5,60%)	1 (3,70%)
THC	5 (4,67%)	1 (3,70%)
COCA+OL+THC	2 (1,87%)	
THC+OL	3 (2,80%)	2 (7,40%)
COCA+PACO	3 (2,80%)	
OL+PEG+THC	1 (0,93%)	
PACO	5 (4,67%)	1 (3,70%)
OP	3 (2,80%)	1 (3,70%)
THC+OP+COCA	1 (0,93%)	
OL+COCA+BZD	1 (0,93%)	
BZD+OL	1 (0,93%)	
BZD	1 (0,93%)	1 (3,70%)
PACO+OL+THC	1 (0,93%)	
PEG+PACO	2 (1,87%)	
THC+PEG	2 (1,87%)	
THC+LSD	1 (0,93%)	1 (3,70%)
THC+BZD	0	1 (3,70%)
EXTASIS	0	1 (3,70%)
COCA+ALUCINO	0	1 (3,70%)

en la red asistencial de Madrid con una prevalencia del 36% y 28% respectivamente (24). A su vez, la prevalencia de esquizofrenia también varía de acuerdo con la procedencia de la población estudiada. La frecuencia de esquizofrenia en pacientes con TUS hallada por Weber fue del 8% al 19%, más de 10 veces mayor a la reportada en la población urbana del Reino Unido (20). En otro estudio español realizado en pacientes con PD, el diagnóstico de psicosis fue del 11% (25).

En nuestra población, proveniente de una red asistencial de consumo de drogas, la frecuencia de psicosis fue del 19,44%, similar a la hallada en la bibliografía internacional.

Sobre los hallazgos en la continuidad de tratamiento en nuestro estudio

En los estudios de seguimiento en adicciones se asoció la mejoría terapéutica con la continuidad en el tratamiento. El abandono del tratamiento es una dificultad frecuente en las enfermedades crónicas, ya sea en las de origen psiquiátrico, como en los trastornos por uso de sustancias. La baja adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo y multifactorial en el que intervienen aspectos diversos y heterogéneos, entre los cuales pueden mencionarse algunos ligados a la accesibilidad (distancia geográfica y disponibilidad de recursos económicos), a la falta de red de acompañamiento y sostén, a la baja calidad en la alianza terapéutica, al rechazo a la prescripción de medicamentos (por creencias previas negativas respecto de la toma de psicofármacos o por la presencia de efectos adversos), a las características propias del paciente y también -como lo demuestran diversos estudios- a la estigmatización internalizada por el paciente (26-28).

Las características clínicas del paciente vinculadas a una menor adherencia en los centros de salud mental son el uso de drogas y los trastornos límites de la personalidad (29).

Los estudios sobre continuidad de tratamiento en pacientes psicóticos duales refieren una menor adhe-

rencia al tratamiento en los pacientes duales, pero nuevamente es importante destacar que la mayoría de los estudios existentes proceden de la red de salud mental y no de la red de asistencia por drogas, por lo que se compara la adherencia en el tratamiento entre pacientes duales y pacientes psicóticos, y no entre pacientes con TUS no psicóticos y psicóticos (como es el caso del presente estudio) (12-14).

Son más escasos los estudios que comparan la continuidad de tratamiento entre pacientes adictos con y sin patología dual. Un estudio señala como un factor asociado a una mayor adherencia en pacientes dependientes de marihuana la presencia de esquizofrenia (30).

Por todo esto, nuestra experiencia particular en el seguimiento de pacientes con dependencia de sustancias aporta datos que escasean en la bibliografía específica. En nuestra población observamos una mayor continuidad en el tratamiento en los pacientes con psicosis, al primer, tercer y sexto mes. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0.91$; $p=0.86$ y $p=0.53$ al 1°, 3° y 6° mes, respectivamente) posiblemente debido al tamaño de la muestra. La mayor caída en la continuidad ocurre similarmente para los dos grupos en el primer mes, siendo que aproximadamente la mitad de los que consultaron no continúan. En los meses subsiguientes la caída es menor para el grupo de los psicóticos.

Estos hallazgos nos interpelan a profundizar en algunas hipótesis:

1. En que desde la perspectiva del TUS, la presencia de psicosis no sea *per se* un factor que disminuya la continuidad del tratamiento. Esto requiere de investigaciones ulteriores que incorporen a las perspectivas clásicas de las instituciones psiquiátricas, las de los dispositivos de tratamiento en adicciones.
2. En fortalecer las estrategias de reducción de riesgos y daños en patología dual, corriéndose del foco de la perspectiva abstencionista como requisito para el tratamiento, entendiéndose como fundamental esa apuesta para lograr una disminución de la frecuencia de recaídas, de pasajes al acto, de conductas auto o heteroagresivas y una mejora en la inclusión social.

Tabla 2. Diferencias observadas en la continuidad de tratamiento.

Gráfico C.	Con T. Psicótico	Sin T. Psicótico	p (chi cuadrado)
Inicio	27	107	
Mes 1	19 (70%)	74 (69%)	0,91
Mes 2	13 (48%)	47 (44%)	0,85
Mes 3	12 (44%)	35 (33%)	0,86
Mes 4	10 (37%)	25 (23%)	0,23
Mes 5	6 (22%)	21 (20%)	0,97
Mes 6	6 (22%)	16 (15%)	0,53

3. En el posible efecto de reducción del estigma social de la psicosis que puede operar en estos pacientes a través de la concurrencia a centros de tratamiento en adicciones. El estigma de la adicción posiblemente sea mejor tolerado al ser expiadas sus connotaciones negativas en la droga y por tanto mejor tolerado que el de la psicosis. Así podríamos esbozar a éste como otro factor vinculado a la mayor continuidad que presentan los pacientes con patología dual a nuestro servicio.
4. En la eficacia del tratamiento psicofarmacológico. Las indicaciones son más precisas, con mayor y evidencia y eficacia en la esquizofrenia y los trastornos psicóticos que la existente para el tratamiento de las conductas adictivas. En ese sentido le damos gran relevancia a la continuidad de la toma de medicación antipsicótica de los pacientes psicóticos, aunque haya persistencia del uso de drogas.
5. Por último, no podemos dejar de hacer referencia a la actitud profesional e institucional. Dentro del enfoque psicoeducacional a todos los pacientes (con y sin psicosis) les recomendamos firmemente que no dejen el tratamiento aunque hayan consumido y evitamos lenguaje que pueda ser entendido como crítico, porque las conductas adictivas y los síntomas psiquiátricos son tratables en el largo plazo. La actitud inclusiva y la aceptación de las particularidades de la clínica en el "mundo real", ayudan a los pacientes a apropiarse del tratamiento y sostenerlo voluntariamente.

De hecho, Azorín y colaboradores (11) ubican como factor de empeoramiento de la psicosis en los pacientes duales, la decisión de los pacientes de abandonar los psicofármacos para evitar interacciones con drogas.

Nosotros coincidimos con esta observación clínica y venimos trabajando psicoeducacionalmente en cómo deben manejarse en caso de consumo, evitando discontinuar el antipsicótico. Este enfoque está relacionado con el reconocimiento de que en las adicciones -como en toda enfermedad crónica o ENT- las recaídas ocurren y que los pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen dificultades cognitivas y volitivas para alcanzar la abstinencia. La estabilización psíquica es condición indispensable para poder sostener la decisión de no consumir, que es la razón por la que los pacientes vienen a nuestro servicio.

Limitaciones del estudio

El mismo es un estudio retrospectivo que no cuenta con una herramienta sistematizada para el diagnóstico de trastorno psicótico, si bien utiliza el criterio clínico.

Consideramos que posiblemente el tamaño de la muestra fue una limitación para demostrar la mejor adherencia de los pacientes psicóticos duales en nuestra población.

Conclusiones

La adherencia terapéutica es uno de los aspectos centrales para la recuperación de la salud y la limitación de las consecuencias de todas las ENT. Contrariamente a lo que refiere la bibliografía especializada en patología dual, en nuestra experiencia clínica los pacientes psicóticos con trastornos por dependencia de sustancias no tienen menor continuidad en el tratamiento que los no psicóticos. Por el contrario, la continuidad es mayor en aquellos con trastorno psicótico, aunque el análisis estadístico no arroja una diferencia significativa. ■

Referencias bibliográficas

1. Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles [Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018.
2. Kalivas P, Volkow N. The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1403-1413.
3. Torrens Marta. Dual diagnosis: an European perspective. *Adicciones*, 2017 · Vol. 29 Núm. 1, 3-5.
4. Szerman, N; Marín-Navarrete; Fernández-Mondragón; Roncero, C. Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones* 2015.1(1), 50-67.
5. Volkov N. Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. NIDA. NIH Publication Number 10-5771. Impreso en Diciembre 2008, revisado en Septiembre 2010.
6. Green A. Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacological approaches. *J Clinical Psychiatry* 2006;67 (suppl7):31-35.
7. Hunt, G. E., Bergen, J. Bashir, M. Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research* 2002. 54, 253-264.
8. Scott, H., Johnson, S., Menezes, P. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 1998. 172, 345- 350.
9. Soyka Michael. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry* 2000. 176. 345-350.
10. NICE Clinical Guideline 120. Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people. 2011.
11. Azorin J, Simon N. Pharmacological treatment of schizophrenia with comorbid substance use disorder. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2016. Vol 17 n2. p231-253.
12. Roncero, C; Barral, C; Grau-Lopez, L. Protocols of Dual Diagnosis Intervention in Schizophrenia. *Addictive Disorders and their Treatment* 2011. Volume 10, Number 3.

13. Moreira,P; Sequeida, V; Sepúlveda, R. Adherencia a los servicios de salud mental en pacientes con enfermedad mental severa: discusión y propuestas. *Psiquiatría universitaria*. Rev GPU 2013; 9; 3: 273-279.
14. O'Malley JE, Anderson WH, Lazare A. Failure of outpatient treatment of drug abuse: I. Heroin. *Am J psychiatry* 1972 Jan; 128 (7): 865-8.
15. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
16. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones* 2000; 12(3): 353-363.
17. Hawkins RL, Baer JS, Kivlahan DR. Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *J Subst Abuse Treat*. 2007;35(2):207-16.
18. Vaillant GE. A twenty-year follow-up of New York narcotic addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 237-241.
19. Garcia Giron. Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos* 2007;9(2):75-96.
20. Roncero C, Fuste G, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Luna N, Eiroa-Orosa FE, et al. Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: the PROTEUS study. *Heroin Add & Relat Clin Prob*. 2011;13(3):5-16.
21. Roncero C. Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(2):63-9.
22. Roncero C. Gomez Baeza S. Percepción de los profesionales españoles sobre la adherencia terapéutica en patología dual. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(6):319-29.
23. Weber T. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 2003. 183, 304-313.
24. Szerman Bolotner. Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid. *Adicciones* 2011. Vol. 23 Núm. 3 · Págs. 249-255.
25. Arias Fa, Szerman Nb, Vega Pc. Psicosis y drogas. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Revista de Patología Dual* 2015;2(1):4.
26. Flores Reynoso, Samantha; Medina Dávalos, Rafael. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2012;11(3):82-89.
27. Sirey, Bruce. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services* 2001;52:1615-1620.
28. Arnaiz, Ainara; Uriarte, J. Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental* nº 26, 2006.
29. Moreira; Sequeida; Sepúlveda. Adherencia a los servicios de salud mental en pacientes con enfermedad mental severa: discusión y propuestas. *Psiquiatría Universitaria*. Rev GPU 2013; 9; 3: 273-279.
30. Begoña Gonzalvo, C. Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de cannabis. Universidad de Catalunya 2011.