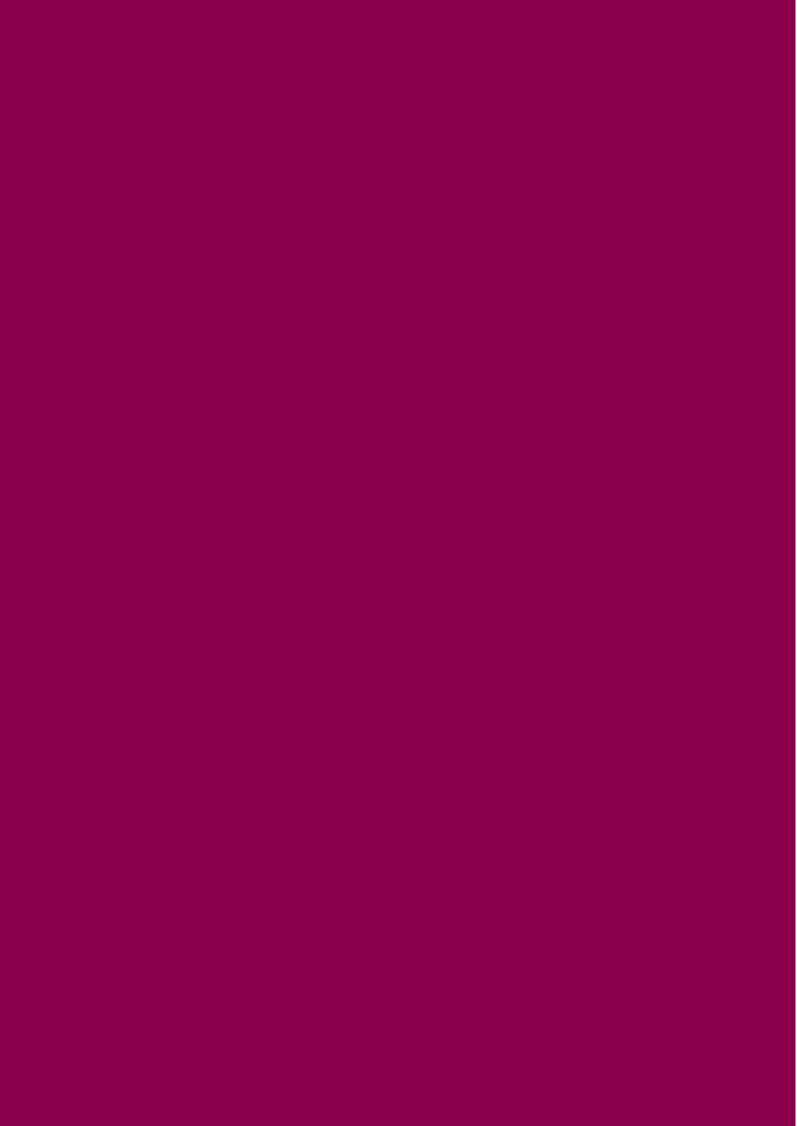
CAPÍTULO 17

ADOLESCENTES Y JÓVENES POLICONSUMIDORES DE DROGAS: DEL TRASTORNO CONDUCTUAL A LA PATOLOGÍA DUAL J. Royo-Isach | R. Martí Montraveta | O. Fernández-Pola Garrido | C. Baliarda Hernández



J. Royo-Isach, R. Martí Montraveta, O. Fernández-Pola Garrido y C. Baliarda Hernández Amalgama-7, Centro de atención biopsicosocial al joven y al adolescente

Algunas reflexiones conceptuales

La concurrencia en un mismo paciente de dos o más trastornos psiquiátricos es conocida como Diagnóstico dual o Patología dual (PD). En realidad, este término es una analogía de la comorbilidad diagnóstica resultante a partir de la coexistencia de un trastorno mental y de un trastorno por uso de sustancias (TUS).

En el actual Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) no se tipifica el término "Patología dual", aunque éste se encuentra ampliamente desarrollado en su nomenclatura a partir de la descripción de un determinado trastorno psicopatológico asociado a un determinado consumo de abuso o adictivo de sustancias. En realidad, este concepto es una evolución de los criterios de Feïghner, Robins et al. cuando se describieron los términos "primariosecundario" como sinónimo de una pretendida relación causa-efecto. En este sentido, el trastorno primario -acaecido primero en el tiempo- sería independiente de otros trastornos posteriores y posiblemente la causa de los mismos. En el DSM-III, el diagnóstico de comorbilidad no se trataba tanto en la relación primario- secundario, sino en si la etiología del trastorno psiquiátrico era "orgánica" o "no orgánica", entendiendo por orgánico aquel trastorno mental causado por alguna condición genética, hereditaria o neurológica, y el no orgánico como un trastorno inducido, en este caso por el consumo de sustancias psicoactivas. En el DSM-IV-TR se proponen no dos, sino tres categorías para la precisión diagnóstica: los trastornos mentales primarios, es decir, aquellos que no son inducidos ni por el uso de sustancias ni por una enfermedad médica; los efectos esperados, consistentes en el conjunto de síntomas propios y debidos al consumo agudo y/o la intoxicación o a la síndrome de abstinencia por una o diversas sustancias; y finalmente a los trastornos inducidos por el uso de drogas, que serían todos aquellos síntomas diferenciales a los habituales en situación de intoxicación o de abstinencia por una o diversas sustancias.

En el contexto de las propuestas existentes para el DSM-V, algunos autores proponen la sustitución del término "primario" por el término "independiente". Esta aportación se basa en que la cronología no siempre tiene que ser la causa del efecto. En este sentido, el término independiente al consumo de sustancias se refiere a una determinada condición psiquiátrica que también puede identificarse en situación de abstinencia.

Los pacientes con patología dual presentan unas características complejas desde una perspectiva biopsicosocial y demandan una intervención terapéutica específica (no sólo a título individual, sino también desde los sistemas sanitarios). La poca existencia de especialistas y recursos asistenciales especializados, asociado al estigma de ser pacientes de "mal pronóstico", ha generado, históricamente, que desde la red asistencial para drogodependientes se les considere mayoritariamente subsidiarios de ser atendidos en los centros de asistencia psiquiátrica y viceversa, dándose así la paradoja que los pacientes que requieren tratamiento por ambos trastornos -mental y drogas- no suelen ser atendidos de una forma integral en ninguna de las dos redes.

Epidemiología y algunas hipótesis etiopatogénicas

A partir del trastorno que se haya diagnosticado como básico, trastorno mental o trastorno por uso de sustancias, la comorbilidad variará en los diferentes estudios epidemiológicos. Los estudios retrospectivos tienden a presentar comorbilidades más elevadas que los estudios prospectivos, ya que frecuentemente los diagnósticos de salud mental con el paso del tiempo tienden a modificarse.

Debe tenerse en cuenta que en algunos de estos estudios, retrospectivos y prospectivos, no queda siempre suficientemente probado si se han excluido o no de la muestra a los pacientes que presentaban síntomas mentales única y exclusivamente en un contexto de abuso de sustancias.

En el estudio epidemiológico realizado en EE.UU., National Comorbidity Survey (NCS), en el que participan 8.098 sujetos, se aportó entre otros que un 42,7% de los pacientes afectados por un trastorno por uso de drogas recibió un diagnóstico adicional de otro trastorno mental. En Europa, el estudio epidemiológico más amplio realizado hasta la fecha, el British Psychiatric Morbidity Survey aportó, entre otros, que el 30% de los pacientes alcohólicos y el 43% de los dependientes a otras sustancias presentaban otros trastornos asociados, siendo los más frecuentes los de ansiedad, fobias, trastorno de pánico y depresión.

Torrens, M. y Martínez, D. aportan, entre otros, los resultados de diversos estudios de seguimiento prospectivos durante 6 años en muestras de pacientes dependientes de sustancias, donde se analizan los factores relacionados con la recaída en el consumo. En este estudio se concluye con la existencia de dos factores básicos de predicción de recaída: la edad de inicio de consumo precoz y la presencia de episodios depresivos mayores.

En un estudio transversal y prospectivo a partir de 837 pacientes adultos con un promedio de edad de 38,4 años procedentes de diversos servicios de psiquiatría y hospitales de la Comunidad de Madrid se aporta, entre otros, que un 53% de ellos cumplen los criterios diagnósticos de patología dual, siendo la cocaína (63%), el alcohol (61%) y los derivados del cannabis (22%) las sustancias más habitualmente consumidas. Se especifica que un 55% de estos pacientes son policonsumidores, ya que consumen 2 o más sustancias. En estos pacientes los trastornos mentales más frecuentes son el riesgo de suicidio (41%), los episodios (hipo)maníacos (32%) y los trastornos de angustia (29%). Y en cuanto a los trastornos de personalidad, los más frecuentes son el depresivo (25%), el límite (25%) y el paranoide (24%).

Tal y como se ha descrito anteriormente, la prevalencia de la patología dual es elevada en todos los niveles del sistema sanitario, pero aún es mayor cuando se cuantifica en los servicios más especializados. En este sentido, y citando un estudio retrospectivo realizado en Barcelona por el equipo clínico de Amalgama-7, institución especializada en la atención asistencial de jóvenes y adolescentes que dispone de centros socio-sanitarios de carácter ambulatorio y de carácter residencial, y que atiende a pacientes derivados por diversos centros públicos (sanitarios, servicios psiquiátricos, hospitalarios), así como otros de derivación privada (escolares, sanitarios, etc.), y realizado a partir de una muestra de 1.254 pacientes adolescentes, cuyo promedio de edad es de 16,4 años en los chicos y 16,6 en las chicas, y de los cuales casi el 10% son adoptados, y que todos ellos tienen en común haber sido derivados desde un diagnóstico básico de trastorno conductual (así expresado por presentar mayoritariamente problemas de convivencia familiar, bajo rendimiento escolar y otros comportamientos de riesgo), se han precisado criterios de patología dual en casi un 70% de los casos. En la variable consumo de sustancias, y siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV, se han considerado las dos variables: abuso y dependencia, siendo en la población expresada, y desde un punto de vista epidemiológico, cinco grupos de drogas, las de mayor consumo: el tabaco, el alcohol, los derivados del cannabis, las drogas de síntesis y la cocaína. En la variable trastorno psicopatológico, son seis los bloques de mayor prevalencia diagnóstica: comportamiento perturbador, déficit de aprendizaje, trastorno afectivo, alteración del control de los impulsos, alteración del curso del pensamiento y negligencia de la infancia (Tabla I).

Los siete bloques diagnósticos que se presentan en la tabla I nos permiten ordenar la comorbilidad psicopatológica de los pacientes con patología dual y trastorno conductual. Estos adolescentes y jóvenes, cuando son derivados para su ingreso residencial en Amalgama-7, presentan, en mayor o menor grado, unos comportamientos de riesgo que suponen una disfuncionalidad, más o menos severa, en el ámbito familiar, académico o social. En este sentido, la gran mayoría de diagnósticos, ya sean aislados o comórbidos entre ellos, se sitúan en el bloque 2 (Comportamiento perturbador: TND, TD, TCPNE y TDAH). Sin embargo, el comportamiento perturbador es un diagnóstico muy inespecífico que puede llegar a convertirse en un "cajón de sastre" de muchas conductas disfuncionales de muy diversa gravedad y de diversa etiología. Complementariamente, la mayor parte de estos pacientes presentan un comportamiento de policonsumo de sustancias, hecho que aumenta exponencialmente la complejidad diagnóstica. En los bloques 4, 5 y 6 se propone agrupar

una serie de diagnósticos con el objetivo de ordenar, organizar y relacionar la comorbilidad del trastorno conductual con una serie de estructuras psiquiátricas de más enjundia psicopatológica. En el bloque 4 agrupamos los trastornos afectivos más prevalentes: trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, TOC y los trastornos del comportamiento alimentario. Asimismo, en el bloque 5 situamos los principales diagnósticos impulsivos: trastornos de personalidad cluster B, límite de personalidad y antisocial. En el bloque 6 se presentan los mayoritarios en la alteración del curso del pensamiento: personalidades cluster A, esquizofrenia, trastornos generales del desarrollo y psicosis negativa. Proponemos el término de *psicosis negativa* como referencia, por un lado, de la esquizofrenia/psicosis infantil y, por otro, de los síntomas negativos, es decir, deficitarios, de la psicosis. Este diagnóstico se caracteriza por un precoz deterioro en el funcionamiento social y académico, aislamiento y cambios conductuales.

Tabla I

Bloque 1. Drogas

- Abuso / policonsumo
 - Nicotina
 - Alcohol
 - Derivados del cannabis
 - Drogas de síntesis
 - Cocaína

Dependencia

- Nicotina
- Alcohol
- Derivados del cannabis
- Drogas de síntesis
- Cocaína

Bloque 2. Comportamiento perturbador

- Trastorno negativista desafiante (TND)
- Trastorno disocial (TD)
- Trastorno por déficit de atención (con hiperactividad) (TDAH)
- Comportamiento perturbador no especificado (TCPNE)

Bloque 3. Déficit de aprendizaje

- Dislexia, Disgrafia, Discalculia...
- Retraso mental leve (RML)
- Capacidad intelectual límite (CIL)

Bloque 4. Trastorno afectivo

- Trastorno de ansiedad (TA)
- Trastorno depresivo (TD)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- Trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

Bloque 5. Alteración control de los impulsos

- TP cluster B: trastorno límite de personalidad (TLP)
- Trastorno antisocial (TA)

Bloque 6. Alteración del curso del pensamiento

- TP cluster A: trastorno esquizotípico
- Trastorno psicótico: esquizofrenia
- Esquizofrenia simple (psicosis negativa)
- Trastornos gen. desarrollo-Espectro autista (TGD)

Bloque 7. Negligencia de la infancia

- Negligencia de la infancia (NI)

En la población estudiada se encuentra un patrón sintomático que se repite con cierta frecuencia en adolescentes y jóvenes entre 13 y 17 años. Su sintomatología básica es: desmotivación, apatía, abulia, ociosidad, conductas disfuncionales evitativas o disruptivas. Estos pacientes se presentan sin objetivos sociales ni proyecto vital, con un discurso empobrecido más allá de su capacidad intelectual, que en suma no les permite inscribirse en un relato histórico y temporal. Todo ello puede potenciar el aislamiento social, pero también la creencia y la búsqueda de refugio en bandas y grupos marginales que les proporcionen una cierta identidad.

En este sentido, nos parece esencial que se pueda precisar un diagnóstico precoz de las posibles psicosis existentes y que no queden ocultas tras un diagnóstico de trastorno conductual, más general y menos específico. Un diagnóstico temprano de psicosis, si es el caso, permite iniciar antes un tratamiento que contemple el "déficit" del paciente y sitúe su gravedad en su justa medida. Todo ello puede contribuir a reducir el desgaste familiar y de los profesionales ante posibles falsas expectativas que el diagnóstico de trastorno de conducta puede fomentar. Asimismo, puede ayudar a reducir el sentimiento de culpabilidad y de fracaso de los padres por una supuesta incompetencia educativa.

En el bloque 3 agrupamos los principales déficits y retrasos académicos, así como a los jóvenes con un coeficiente intelectual límite o un retraso mental leve. En el último bloque consideramos los abusos, traumas y abandonos que se pueden producir en situación de negligencia en la infancia

(un 30% de los adolescentes estudiados han sido derivados por la Administración pública después de que ésta haya retirado la guarda y custodia a sus padres).

La agrupación de diagnósticos en estos siete bloques nos permite precisar más la comorbilidad diagnóstica de los pacientes con patología dual y trastorno de conducta con el objetivo de: 1) Indicar una orientación pronóstica en cada caso; en este sentido, los pacientes que, por ejemplo, al final de la exploración diagnóstica se sitúan solamente en el bloque 2 tendrán mejor pronóstico que los situados en el bloque 6. 2) Diseñar un tratamiento integral individualizado: psicofarmacológico, psicoterapéutico, educativo, familiar y socio-educativo lo más específico posible para cada paciente.

En este sentido, consideramos fundamental no sólo acumular listados de diagnósticos, sino y esencialmente entender y aplicar una lógica clínica de cómo se relacionan e interactúan los diferentes diagnósticos, síntomas, manifestaciones psicopatológicas y hábitos de vida de cada paciente y entre sí. Entre otros resultados, y en este mismo estudio de diagnóstico comparativo entre los chicos y chicas adoptados y no adoptados afectados por patología dual, se encuentran, como elementos para la discusión, algunas diferencias relevantes: mientras que en los adolescentes no adoptados la variable trastorno por uso de drogas se encuentra mayoritariamente asociada a un trastorno de carácter oposicionista seguido de un trastorno psicótico, en el caso de los pacientes adolescentes adoptados la variable drogas se encuentra mayoritariamente asociada a un trastorno psicótico (bloque 6) seguido de un trastorno oposicionista (bloque 2)y otro por déficit de aprendizaje (bloque 3).

En otros estudios, e incluso en nuestros propios datos, se observa que algunos trastornos afectivos, oposicionistas, trastornos del curso del pensamiento y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) suelen preceder al trastorno por uso de sustancias.

Desde una perspectiva etiopatogénica, y a partir de los criterios de Solomon et al., se puede distinguir entre tres categorías de diagnóstico dual:

- Tipo I: el consumo de sustancias es secundario al trastorno psiquiátrico.
- Tipo II: el trastorno psiquiátrico es secundario al consumo de sustancias.
- Tipo III: el trastorno psiquiátrico y el trastorno por uso de sustancias coexisten de forma independiente.

En el caso de la patología dual tipo I, o también conocida como *hipótesis de la automedicación*, el paciente usaría sustancias psicoactivas básicamente con el fin de conseguir objetivos paliativos, de alguna forma sedativos, de los síntomas de su/s trastorno/s mental/es. En la patología dual tipo II, el paciente expuesto a un consumo puntual, agudo o crónico de un determinado tipo de sustancias, sería inducido por ellas a la aparición de un trastorno mental. En este caso, el trastorno por uso de sustancias sería el diagnóstico básico, el primario, cronológicamente el primero, y quizás el causante de un trastorno psiquiátrico posterior.

En el modelo de patología dual tipo III, la determinación de si ambos trastornos -mental y drogas- están relacionados puede ser muy difícil, incluso poco relevante. Cada uno de estos trastornos podría incrementar la vulnerabilidad del otro, pudiendo existir factores comunes de vulnerabilidad (genéticos, ambientales, neurológicos). En este caso, el consumo de sustancias podría desempeñar un papel socializador para el paciente que le proporcionara una identidad propia y quizá el desarrollo de un determinado rol social.

Algunos criterios y elementos para la exploración diagnóstica

Las clasificaciones internacionales como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), los Criterios de Investigación Diagnóstica (RDC) y la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los instrumentos básicos para el diagnóstico de los trastornos, así como de su diagnóstico diferencial. En este caso, entre el trastorno mental inducido por uso de sustancias y el trastorno mental primario. Criterios como la etiología, el inicio o el curso del trastorno serán claves para el diagnóstico. Cuando la relación etiológica entre ambos trastornos no es evidente, se considera como primario aquel que se ha iniciado en primer lugar.

Debe de tenerse en cuenta que un diagnóstico dual no excluye, sino que incluye lo que algunos autores denominan diagnóstico cuádruple, ya que el trastorno por uso de sustancias se puede dar en más de una y con distinta intensidad. Es frecuente que un mismo adolescente pueda mantener una relación de consumo de abuso respecto a una o más sustancias y de dependencia a otra/s

(ejemplo: dependencia al cannabis y al tabaco y consumo de abuso de alcohol, drogas de síntesis y cocaína), y simultáneamente puede asociar un trastorno mental, un trastorno de personalidad y una enfermedad médica. Para poder realizar el diagnóstico de patología dual, y basándonos en criterios generales de DSM-IV, deben darse al menos tres criterios: 1) Que el trastorno por uso de sustancias (policonsumo, abuso y/o dependencia) persista al menos durante un tiempo de 6 meses, 2) Que el trastorno psiquiátrico, expresado desde un trastorno de conducta, se presente con una intensidad y frecuencia más alta de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel sociocultural y evolutivo comparables, 3) Que ambos trastornos produzcan un deterioro clínicamente significativo en la actividad cotidiana del paciente (familiar, escolar, social).

Tal y como aportan Ortiz de Zarate et al., para precisar el diagnóstico de patología dual puede sernos útil: 1) Explorar la historia familiar del paciente. En concreto, a lo que se refiere a antecedentes de consumo de sustancias y de trastornos mentales en general. 2) Explorar la historia evolutiva del paciente: posibles antecedentes del desarrollo psicomotriz, trastornos del aprendizaje, trastornos oposicionistas. 3) Explorar y realizar un diagnóstico diferencial con otros trastornos que pueden generar sintomatología psiquiátrica (enfermedades tiroideas, hipoglucémicas, epilepsia, lesiones cerebrales, etc.). 4) Solicitar determinaciones de muestras (urinarias, sanguíneas) de drogas. 5) Tener en cuenta que los efectos (por presencia o abstinencia) de algunas sustancias pueden ocasionar cuadros psicopatológicos similares a algunos trastornos mentales. 6) Se pueden usar escalas e instrumentos de evaluación de trastornos mentales (Beck, Hamilton, test de Minnesota o MMPI...), así como de trastornos por uso de sustancias (CAGE, test de discriminación del alcoholismo de Michigan o MAST...). 7) Serán necesarios los marcadores biológicos y las exploraciones físicas dirigidas a la búsqueda de signos físicos que orienten hacia la confirmación del abuso de sustancias y a la existencia o no de patología médica asociada.

Complementariamente hay algunas manifestaciones verbales y/o comportamientos del paciente adolescente que nos pueden indicar sobre su predisposición a querer realizar, o estar realizando ya, determinados comportamientos de riesgo que pueden derivar hacia un trastorno de patología dual. De una forma simplificada, los hemos circunscrito a seis comportamientos de riesgo muy extendidos entre la población de jóvenes y adolescentes (Royo J.): consumo de drogas; alteraciones del comportamiento alimentario; Internet, el juego y las nuevas tecnologías; las compras compulsivas; comportamientos sexuales de riesgo; y violencia (**Tablas II, III, IV, V, VI y VII**).

Propuestas de intervención terapéutica

Tal y como apuntan Ortiz de Zárate A. se podría distinguir al menos tres modelos distintos de tratamiento en pacientes con patología dual:

1) el modelo secuencial, que se objetiva en el tratamiento de uno de los trastornos (habitualmente el primario) y realizar un abordaje posterior de otro/s trastorno/s, 2) el modelo paralelo, que consiste en atender a la vez los dos trastornos pero en diferentes dispositivos y equipos terapéuticos, 3) el modelo integrado, que pretende abordar el tratamiento de los dos trastornos de forma simultánea por el mismo equipo terapéutico.

Al menos en el caso de los pacientes jóvenes y adolescentes, el modelo integrado es el que se considera más eficaz, dado que no se trata de una intervención a corto plazo y, por tanto, no se limita a la resolución de la situación aguda de consumo o a la estabilización de la clínica psiquiátrica, sino que se presenta como una intervención a medio-largo plazo contextualizada en el marco de un proceso de intervención biopsicosocial.

Uno de los problemas de estos pacientes es que mayoritariamente expresan poca conciencia de enfermedad y, por tanto, una escasa adherencia terapéutica y poca motivación en el cumplimiento del tratamiento prescrito. Dado lo cual, la atención ambulatoria resulta frecuentemente poco eficaz.

En el caso de la población de jóvenes y adolescentes, y en relación a la variable consumo de drogas, se ha producido en los últimos años y en las sociedades del bienestar un fenómeno de cambio en su percepción cultural. En la actualidad, las drogas son consideradas por esta población como un elemento de consumo más dentro del contexto de la llamada "cultura del ocio". De los últimos datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) se desprende, entre otros, que el policonsumo y la polidrogodependencia son consecuencias de estos nuevos pa-

trones culturales de consumo. Un adolescente o joven consumidor de cocaína será muy probable que también consuma otras drogas estimulantes como las de síntesis y el tabaco, pero también que se autoadministre otras sustancias depresoras, psicodislépticas y alucinógenas como el alcohol, los derivados del cannabis, el "éxtasis líquido" (GHB), la ketamina, el LSD o las setas psilocybes.

Tabla II. Comportamientos y manifestaciones respecto a las drogas

Para conocer las cosas de la vida las debe experimentar uno mismo. Estoy dispuesto a hacerlo.

Prefiero hacer yo las cosas por mí mismo antes de pedir ayuda y/u orientación.

Estoy interesado por el resultado final de las cosas que hago, no de cómo las hago.

Para mí, lo más importante de las actividades escolares es ver su resultado final lo más inmediatamente posible.

Cuando me levanto y antes de entrar en la escuela, cada día me he fumado algún piti (cigarrillo de tabaco).

Me gusta colocarme con el alcohol. La fiesta es más divertida. Me gusta hacer "botellones" y probar diferentes bebidas y combinados

Conduzco bajo los efectos del alcohol y si voy de "paquete" no pregunto si el conductor ha bebido o no.

Habitualmente fumo porros (hachís, marihuana) y, por lo tanto, realizo actividades de compra y a veces de venta.

Cultivo mis propias plantas de marihuana, me da igual si mis padres están de acuerdo o no. Fumo porros con mis amigos, pero también fumo solo. Me gusta fumarme el "peta de buenas noches" (el porro de antes de acostarse).

Los porros me divierten, pero también me relajan. Por esto fumo cada día.

Tengo deudas y no me llega el presupuesto, que gasto básicamente en tabaco, alcohol y porros.

Una parte importante de mi presupuesto lo dedico a mis consumos de tabaco, alcohol y porros.

Estoy abierto a consumir otras drogas, como por ejemplo las de síntesis o la cocaína. Muchos amigos míos consumen y no les pasa nada.

He tenido varios avisos de la escuela (a mí y/o a mis padres) por mi consumo de tabaco, alcohol y porros tanto en el recinto escolar como en motivo de un viaje y/o de una excursión de fin de curso.

Tabla III. Comportamientos y manifestaciones respecto a los hábitos alimentarios

Cada día hago ejercicio físico y a la vez hago dietas para mejorar mi cuerpo y mis marcas personales.

En ocasiones he tomado anabolizantes y/u otros medicamentos para mejorar mi cuerpo.

Normalmente hago ejercicio físico de una forma intensa. Me cuesta poner fin a la actividad

A veces me encuentro físicamente mal a raíz del esfuerzo que he hecho, pero sigo haciendo ejercicios físicos.

Me cuesta ir de viaje si no puedo hacer mis ejercicios físicos habituales.

Tras cada sesión de ejercicio físico, me miro al espejo y controlo mi peso.

No me gusta mi figura cuando me miro al espejo.

Procuro comer poco y saltarme comidas.

A veces vomito tras la comida.

Procuro no masticar demasiado la comida, porque así es más fácil vomitar.

A veces ingiero grandes cantidades de comida rápidamente. Parece que no pueda controlar el hambre

Hago dietas sistematizadas, a pesar de que me lo ha indicado ningún especialista.

Tengo irregularidades con la menstruación. Hay meses que no la tengo.

Tengo mucho miedo a engordarme.

A veces escondo o tiro la comida.

En la actualidad, la mayoría de consumidores de drogas ya no son marginales ni marginados, sino adolescentes y jóvenes que viven integrados en su familia, escuela y sociedad, y que han optado por consumir drogas con unas pretendidas finalidades "socializantes", "festivas" y "recreativas" con tendencia a minimizar los riesgos biopsicosociales y legales derivados de su consumo, y desde una enorme convicción subjetiva de su capacidad de control (Royo J.)

Tabla IV. Comportamientos y manifestaciones respecto a Internet, juego y nuevas tecnologías

Me cuesta desconectarme de Internet.

Me molesta y me irrita mucho que mis padres quieran reducir mis horas de conexión a Internet

En algunas ocasiones los padres han desconectado la electricidad de casa porque me desconectara de Internet.

Si no me puedo conectar en casa, me conecto en casa de mis amigos o en cibercafés.

Las horas que paso conectado me han hecho reducir mi rendimiento escolar o laboral. A menudo me conecto antes de hacer los deberes o antes de terminarlos.

Prefiero estar conectado a salir con los amigos.

Cuando estoy conectado me siento seguro.

Juego a menudo haciendo apuestas, tanto con amigos como con desconocidos y también por Internet.

Cuando apuesto dinero por Internet, juego más tiempo porque así tengo más posibilidades de recuperar el dinero que he perdido.

Me entusiasma apostar dinero en el juego. Es un estado de excitación único.

Dedico más tiempo de mi vida al juego y a las apuestas que a ninguna otra actividad.

A veces he pedido dinero, o he mentido para obtenerlo, para poder jugar y/o hacer apuestas.

En algunas ocasiones he llegado a insultar y hasta agredir físicamente a mis padres cuando han intentado impedir que jugara o no me han dado dinero para hacer apuestas.

He tenido conflictos y/o peleas como consecuencia de mis apuestas en el juego.

Prefiero jugar haciendo apuestas a cualquier otra actividad escolar, familiar, con amigos, con la pareja, etc.

No me importa dormir menos por la noche si a cambio puedo jugar y/o hacer apuestas por Internet.

Aunque muchos de ellos, al ser atendidos en un determinado dispositivo asistencial presentan comportamientos e indicadores de riesgo evidentes, susceptibles de ser diagnosticados de patología dual, como por ejemplo adicción al cannabis y policonsumo de abuso de alcohol y otras sustancias como las descritas, asociadas a un bajo rendimiento o a un abandono escolar, comportamientos de violencia en el ámbito escolar y familiar, aumento de los comportamientos sexuales de riesgo, comportamientos de abuso de móvil, chat, Internet, juegos electrónicos y nuevas tecnologías en general, comportamientos de riesgo vial y cívico, comportamientos de riesgo legal (compraventa de drogas, hurtos, robos, pandillaje...), y en muchos casos cumpliendo directamente criterios de un trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes el negativista desafiante, el límite, el antisocial y el esquizoide, y siendo susceptibles también de ser diagnosticados adicionalmente de otros trastornos como por ejemplo los psicóticos, los afectivos y los de ansiedad generando, en los últimos años, un aumento considerable, tal y como nos informa el Fiscal General del Estado, de denuncias por violencia familiar protagonizada por los hijos adolescentes. Desde nuestra experiencia clínica, la inmensa mayoría de los padres maltratados no pretenden, con su denuncia, enjuiciar o criminalizar al familiar, sino que su objetivo básico es que se realice un peritaje psiquiátrico, por orden judicial, con el fin de poder conseguir un tratamiento terapéutico y educativo adecuado, ya que han fracasado los intentos previos de que el hijo/a maltratador quisiera aceptar voluntariamente una intervención diagnóstica y terapéutica.

Tabla V. Comportamientos y manifestaciones respecto a las compras

Antes de comprar, me siento emocionado/a, un estado de desazón y excitación. Me gusta este estado.

Cuando voy a comprar me gusta ir solo/a, o en todo caso en compañía de alguien que no me censure y no me diga si aquello lo necesito o no, o bien si es demasiado caro.

En ocasiones he llegado a esconder las cosas que he comprado, o he intentado devolverlas, venderlas o regalarlas.

En ocasiones hago absentismo de la escuela o del trabajo para ir a un centro comercial.

Cuando tengo dinero tengo necesidad inmediata de ir a comprar, aunque tenga deudas por devolver.

En algunas ocasiones las compras que he hecho me han supuesto discusiones y peleas con mis padres.

Si tengo ocasión, robo cosas de las tiendas y de los grandes almacenes.

Tabla VI. Manifestaciones y comportamientos sexuales de riesgo

Dedico una parte importante de mi tiempo al visionado de cómics y/o revistas y/o películas y/o webs de carácter pornográfico.

Tengo intensos sentimientos de deseo y de apetencia sexual. La frecuencia es tan alta que me desmotiva realizar otras actividades como por ejemplo la escuela. Me masturbo diariamente y en más de una ocasión.

Raramente tengo sentimientos de deseo y de apetencia sexual por ninguno de los dos sexos. Podría vivir perfectamente sin tener sexo.

No me gusta utilizar preservativos y prefiero tener sexo con penetración sin usarlos.

Si no hay penetración no sé disfrutar del sexo.

A menudo hago prácticas sexuales con mi pareja que no querría hacer, pero las hago por su insistencia.

En algunas ocasiones asisto a una "cita a ciegas" hecha desde Internet.

Me irrito o me molesto si mi pareja no quiere hacer las prácticas sexuales que a mí me gustan.

Me gusta utilizar alcohol, cannabis y/u otras drogas en mis relaciones sexuales.

Tabla VII. Comportamientos y manifestaciones respecto a la violencia

Yo me hago los tatuajes o los *piercings* que quiero. Mis padres no son quienes para ponerse en mi vida.

Pese a que mis padres no estén de acuerdo, cuando salgo de fiesta vuelvo a la hora que quiero. A veces hasta me escapo por la noche de casa sin que ellos lo sepan.

Siempre que tengo ocasión cojo dinero de mis padres y/u otros objetos de casa que puedan tener valor.

La mejor defensa es siempre un buen ataque. Antes de que se produzca el conflicto, se tiene que pegar primero.

Cuando quiero algo, hago lo que sea para conseguirlo. Hacer un "tirón" o "atracar" a alumnos más pequeños es seguro. Si te pillan no pasa nada, y encima es divertido.

Quemar contenedores, romper cristales de escaparates, romper farolas, insultar a la policía o lanzarles piedras... Además de divertido es emocionante, sobre todo si la policía te persigue. Me gusta la sensación de destrozar cosas y sobre todo para celebrar que ha ganado mi equipo deportivo.

Me gusta traer armas (cuchillos, porras, puños...). Me gusta participar en "broncas". Si la pandilla con la que voy somos suficientes, no me preocupa enfrentarme a quien sea, incluso con la policía.

En ocasiones he hecho fotos y/o vídeos de agresiones y peleas y los he colgado en Internet. Me gusta visionarlos, tanto los míos como los de los demás.

Me gusta visitar páginas de neonazis, de extrema derecha, de extrema izquierda, racistas, a veces también participo en sus foros.

Pegar o vejar a un indigente, un discapacitado o un inmigrante es divertido. En algunas ocasiones he participado o he tenido ganas de participar.

En ocasiones he insultado o agredido físicamente a mi padre o a mi madre porque se lo merecían.

A veces hago destrozos en casa porque mis padres lo han provocado.

No tengo ningún problema al cambiar mi identidad cuando chateo por Internet. Se liga mejor.

Quiero formar parte, o ya formo parte, de un grupo de jóvenes determinado que son fuertes y se hacen respetar. Cuando salimos todos juntos me gusta la sensación de que somos los más fuertes. Me siento "potente".

En muchos casos, los trastornos que presentan los pacientes con patología dual son diversos: complementariamente a la variable trastorno por uso de drogas y trastorno psicopatológico, podemos encontrar también déficits en el ámbito médico (VIH, VHC, otras enfermedades de transmisión sexual), escolar (bajo rendimiento, abandonismo), social (desempleo, nulo o escaso interés por actividades culturales, deportivas o sociales), legal (comportamientos de violencia, detenciones, causas pendientes). Si los trastornos de los pacientes jóvenes y adolescentes afectados por patología dual, en muchos casos, son de carácter biopsicosocial, educativo y legal, es quizá oportuno plantear una respuesta asistencial integral, que contemple un abordaje terapéutico y educativo en todos estos ámbitos.

En este sentido serán necesarios profesionales y recursos que pretendan abordajes innovadores. El abordaje integral de la patología dual es en sí mismo un reto de futuro. Complementariamente a los centros ambulatorios de atención primaria y especializada y a las hospitalizaciones puntuales con objetivos básicos de estabilización de los síntomas psiquiátricos, se debería contemplar la intervención residencial en centros socio-sanitarios especializados con equipos interdisciplinarios que cuenten no sólo con profesionales del ámbito de la sanidad (médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería, farmacia), sino también del ámbito educativo (maestros, educadores, monitores), del ámbito social (trabajadores y educadores sociales) y del ámbito legal (profesionales del derecho). Con una intervención integral que contemple simultáneamente la deshabituación al consumo de drogas, la precisión del diagnóstico dual, la adherencia y el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico, a atención médica, la atención académica y formativa en general, las actividades socioeducativas y psicoterapéuticas (prevención de recaídas, habilidades de autocontrol y manejo del estrés, habilidades sociales y reinserción académica, social y laboral, etc.) y, si procede, la atención legal. Insistimos en que este no es un tratamiento a corto plazo y que se deberían contemplar ingresos a medio-largo plazo (no inferiores a 6 meses), con una atención familiar simultánea en el medio ambulatorio.

Desde una perspectiva psicofarmacológica debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los casos, el trastorno dual supone, tal y como proponen Álamo et al., la utilización simultánea de varios fármacos psicoactivos: los empleados en el control del trastorno mental (antipsicóticos, antidepresivos, estimulantes, ansiolíticos) y los empleados en los trastornos por abuso de drogas (agonistas, antagonistas, aversivos, paliativos).

La prescripción farmacológica en relación a los trastornos conductuales en un contexto de patología dual se sustenta en los conocimientos actuales de la neurobiología de la impulsividad / agresividad, en los que están implicados, básicamente, los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y GABAérgicos, en proporciones variables.

Cabe destacar que el tratamiento farmacológico inicial de estos pacientes está orientado a tratar una serie de síntomas, digamos generales, que se repiten en mayor o menor medida en la gran mayoría de ellos y que están relacionados con la impulsividad, agresividad, irritabilidad, déficit de atención, inestabilidad emocional y craving.

El objetivo de esta modalidad de tratamiento farmacológico es reducir la intensidad de la sintomatología con la finalidad de posibilitar y favorecer la participación de los pacientes en las diferentes terapias psicológicas y socioeducativas. Asimismo, la reducción de síntomas permite realizar un diagnóstico psiquiátrico más preciso.

En la población de jóvenes y adolescentes, y desde nuestra experiencia clínica, los más usados, y por este orden, son: neurolépticos, eutimizantes, antidepresivos, estimulantes, ansiolíticos y aversivos del alcohol.

Neurolépticos. La prescripción de neurolépticos clásicos es poco recomendable a causa de su mayor tendencia a producir efectos secundarios. En este sentido los NRL atípicos resultan una estrategia terapéutica de primera elección, debido a su mejor tolerancia y menor incidencia de efectos secundarios. Los más utilizados son: risperidona, olanzapina, quetiapina y aripiprazol. En general utilizamos dosis bajas de NLP para controlar la impulsividad y agresividad reactiva y dosis más altas en pacientes con sintomatología de espectro psicótico. En pacientes adultos con patología dual y, por ejemplo, en la alucinosis alcohólica, pueden aparecer alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, y en la paranoia alcohólica suelen presentarse ideas paranoides.

Eutimizantes. Valoramos la efectividad de los eutimizantes para el control de la impulsividad, la agresividad reactiva externa y la reducción del *craving*. Asimismo se muestran eficaces en pacientes con alta inestabilidad emocional (bipolaridad II, TLP...), inestabilidad que puede acentuarse cuando coexiste con un policonsumo de drogas. Los más utilizados son: Valproico, topiramato, carbamacepina, oxcarbamacepina, y pregabalina.

Antidepresivos. En esta población se propone utilizar básicamente los ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, citalopram), ya que se muestran eficaces en la reducción de la irritabilidad e impulsividad. Asimismo se propone la prescripción de amitriptilina, mirtazapina y deprax en aquellos pacientes subsidiarios de efectos más sedativos. La sintomatología depresiva en los jóvenes y adolescentes se presenta con frecuencia con manifestaciones sintomáticas diferentes a las del adulto. Somatizaciones, irritabilidad, conductas evitativas y disfuncionales y consumo de sustancias pueden mostrarse en un primer plano sin que se presenten necesariamente cuadros de "tristeza" evidente. En este sentido, el síndrome amotivacional, inducido por el consumo crónico del cannabis, genera un cuadro de apatía, irritabilidad, alteraciones de la memoria, dificultades de concentración, pérdida de eficacia en el desarrollo de tareas concretas, cambios en el ritmo de ingesta de alimentos y del sueño, que puede ser susceptible de mejoría con la prescripción de ISRS.

Estimulantes. El metilfenidato, se muestra eficaz en la mejoría del nivel de atención y no solo en los pacientes diagnosticados de TDAH. Muchos jóvenes y adolescentes son derivados a Amalgama 7 desde un diagnóstico de TDAH y un tratamiento prescrito de metilfenidato o atomoxetina. Si es probable que el TDAH pueda ser un trastorno infradiagnosticado en la población general, y concretamente en la infantoadolescencia, también lo es que pueda estar sobrediagnosticado en los pacientes que son derivados a servicios más especializados. En nuestros datos sólo se ha podido confirmar este diagnóstico en un 10% de los casos de adolescentes no adoptados y en un 16 % de los adoptados. Otros autores aportan datos y reflexiones sobre esta cuestión.

Desde nuestra experiencia clínica se prescribe metilfenidato en algunos casos como estrategia para cambiar determinadas dinámicas negativas en el rendimiento y en la motivación académica, pasando posteriormente a retirarlo cuando se consigue un mejor nivel de atención e integración en los estudios. En la mayoría de los casos con prescripción neuroléptica y metilfenidato se mantiene la misma efectividad al retirar el metilfenidato, no así al retirar el NLP.

Ansiolíticos. El diazepam, el clonazepam y el lornezatepam muestran su eficacia ansiolítica, aunque en adolescentes y jóvenes es preferible no prescribir benzodiacepinas de alta potencia por su notable capacidad adictiva y por la tendencia a ser usadas como drogas de abuso. En este sentido, es preferible utilizar alternativas menos arriesgadas, e incluso placebos, los cuales, aplicados en situaciones puntuales y en determinados tipos de crisis, esencialmente las que implican una demanda de atención, pueden resultar muy eficaces. La comorbilidad del trastorno de ansiedad y uso de sustancias es muy frecuente en los pacientes diagnosticados de patología dual. En función del tipo de sustancia y del contexto en el que se producen los síntomas ansiosos, en situación de consumo o de abstinencia, será frecuente la aparición de crisis de angustia, fobias, obsesiones o compulsiones.

Aversivos del alcohol. El disulfiram es poco utilizado en la población de jóvenes y adolescentes con patología dual, y se circunscribe en aquellos casos que realizan consumos agudos de una forma periódica con el fin de evitar posibles situaciones de riesgo asociadas. En un contexto de ingreso residencial a medio-largo plazo es más probable que se consiga no sólo la deshabituación al consumo de sustancias, sino también el cumplimiento y la adherencia al tratamiento. Una buena alianza terapéutica entre el equipo interdisciplinario y el paciente facilita que las intervenciones farmacológicas, las psicoterapéuticas y las educativas sean más eficaces. El Ministerio de Sanidad, en su informe anual aporta, entre otros, que solamente entre el 4 y el 12% de los pacientes con trastornos mentales atendidos en medio ambulatorio cumplen de una forma sistemática el tratamiento farmacológico. La alianza terapéutica con el paciente es esencial para conseguir una buena adherencia al tratamiento, y éste es a la vez muy difícil si no se dispone de recursos de contención y equipos interdisciplinarios especializados. Al mismo tiempo, los pacientes con trastorno mental y por extensión con patología dual, si la intervención y su contexto son adecuados a sus necesidades, son subsidiarios de una evolución favorable. ¿Se puede cambiar el estigma de los pacientes con patología dual como enfermos de mal pronóstico? Éste es, para todos, un gran reto de futuro.

Bibliografía

- 1)San L. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre patología dual. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Psiquiatría Editores. Barcelona 2004.
- 2)American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Revised (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 3)Feighner JP; Robins E; Guze SB; Woodruff RA Jr; Winokur G; 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 diagnostic y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado: Masson;2002.
- 6) Schuckit AM. "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, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2008-09-12.
- 8)Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Lewis G, Meltzer H.British Psychiatric Morbidity Survey (1993-1994). British Journal of Psychiatry 1998. 173. 4-7.
- 9)Torrens M; Martínez D. Patología dual. Protocolos de intervención. Depresión. Sociedad Española de Patología Dual. Edikamed. Barcelona 2009.
- 10)Asociación Española de Patología Dual. "Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid". Presentado en las XII Jornadas de Patología Dual, SEPD. Madrid 2010.
- 11)Royo et al. "Adolescentes adoptados y no adoptados con trastornos conductuales y/o patología dual: un estudio comparativo". Barcelona 2011 (pendiente de publicación).

12) 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. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009.
- 14) Solomon J; Zimberg S; Shollar E. Diagnóstico dual. Ediciones en Neurociencias. Barcelona 1996.
- 15)Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Médica Panamericana. Madrid 2000.
- 16)Ortiz de Zárate A; Alonso I; Udis A; Ruiz de Azúa Velasco MA. Patología dual. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Vol. 1. Elsevier Masson. Barcelona 2010.
- 17)Royo, J. Los rebeldes del bienestar. Claves para la comunicación con los nuevos adolescentes. Alba Editorial. Barcelona 2008.
- 18)Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo 2010.
- 19)Royo Isach, J., Magrané, M., Velilla, A., 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., 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., 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., 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., Ruiz, 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., 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., 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". Europa Press. Madrid, 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; Cuenca F. "Bases neurológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas". En Rubio G; López-Muñoz F; Álamo C; Santo Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002. P. 107-31.

29)Casas M; 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". En: Rubio G; López- Muñoz F; Álamo C; Santo Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002. pp. 331-56.

31)Rubio G; Jiménez-Arriero MA; Ponce G; Palomo T. "Tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y abuso de drogas". En: Palomo T; Beninger RJ; Jiménez-Arriero MA; Huertas E. Patología dual. Avances neurocientíficos y realidad clínica. Ed. Cym. Madrid 2004. pp. 259-81.

32)Sopelana PA. "Tratamiento de los trastornos depresivos en dependientes de otras drogas". En: Rubio G; López-Muñoz F; Álamo C; Santo Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002. pp. 289-302.

33)Cornellà J; Llusent A. "Evaluación psicoeducativa del niño y del adolescente con un trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad". En Tomás J; Casas M editores. TDAH: hiperactividad. Niños movidos e inquietos. Editorial Laertes. Barcelona 2004. Pp. 344-51. 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; Santo Domingo J. "Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en dependientes de otras sustancias". En: Rubio G; López-Muñoz F; Álamo C; Santo Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002. pp. 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 Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2010.