

Carlos Roncero^{1, 2, 3}
 Laia Rodríguez-Cintas¹
 Carmen Barral^{1, 3}
 Gideoni Fuste^{1, 3}
 Constanza Daigre¹
 Josep A. Ramos-Quiroga^{2, 3}
 Miguel Casas⁴

Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio

¹CAS Vall d'Hebron
 Servicio de Psiquiatría
 Hospital Universitari Vall d'Hebron- ASPB. CIBERSAM

²Profesor Asociado
 Departamento de Psiquiatría
 Universidad Autónoma de Barcelona

³Servicio de Psiquiatría
 Hospital Universitario Vall d'Hebron-ASPB. CIBERSAM
 Departamento de Psiquiatría
 Universidad Autónoma de Barcelona

⁴Servicio de Psiquiatría
 Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. CIBERSAM
 Catedrático de Psiquiatría
 Departamento de Psiquiatría
 Universidad Autónoma de Barcelona

Objetivo. Evaluar la adherencia de los pacientes derivados a un ambulatorio de drogodependencias accesible tras ser visitados en el servicio de urgencias de psiquiatría. Describir las variables asociadas a la adherencia y la duración de la vinculación.

Metodología. Estudio naturalístico. La muestra del estudio se obtuvo a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) durante un año (n=5052). Se seleccionaron aquellos que cumplieran con los criterios diagnósticos de dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR, pertenecían al sector de referencia y eran derivados al alta al dispositivo de tratamiento ambulatorio de drogodependencias y no estaban vinculados a otros dispositivos de drogas (n=72). Se valoró su posterior vinculación al centro y la adherencia el siguiente año.

Resultados. Un 33,4% 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. No se observaron diferencias entre el tipo de droga o época de derivación.

Discusión. Existen dificultades de adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS), con independencia a la accesibilidad. La vinculación inicial es media. Es importante que los pacientes acudan. Si esto sucede la retención es del doble. Se deben realizar esfuerzos para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Palabras clave:
 Adherencia, Cumplimiento, Dependencia de sustancias, Drogodependientes, Urgencias psiquiátricas

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(2):63-9

Correspondencia:
 Carlos Roncero
 Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
 Paseo Vall d'Hebrón 119-129 08035- Barcelona.
 Teléfono: 934893880. Fax: 934894587
 Correo electrónico: croncero@vhebron.net

Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment

Objectives. The main objective was to evaluate the treatment adherence of patients attended at the Psychiatric Emergency Room and referred to an Outpatient Drug Clinic. Our aim was to describe the degree of adherence and the factors related to it.

Methods. A naturalistic study was conducted through examination of the clinical records of the patients attended in the Psychiatric Emergency Room of our hospital during one year (n=5052). Inclusion criteria consisted of substance dependence meeting DSM-IV criteria, belonging to our district, referral when discharged to an Outpatient Drug Clinic, and absence of previous treatment for Drug Addiction follow-ups (n=72). We evaluated further to the center link, adherence to the device during the next year.

Results. 33.4% of the patients referred to an Outpatient Drug Clinic didn't request for a visit. From those who requested a first appointment, 20.83% didn't attend. From those who attended the first appointment, 47.37% abandoned treatment in the first 12 months. No differences between substance of use or time of the year of referral were observed.

Discussion. Independently to the accessibility to the Outpatient Clinic, difficulties in the adherence to drug addiction treatment exist. Initial adherence to drug addiction treatment is medium. Patient's attendance to the clinics are important due to it's relation with retention doubling. Efforts should be made to improve the compliance with pharmacologic and nonpharmacologic treatment.

Keywords:
 Adherence, Compliance, Substance dependence, Drug-dependent, Psychiatric Emergency Room

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas de abuso es un problema de primer orden en la población española¹, europea² y latinoamericana³ en los últimos años. La prevalencia de los trastornos por uso de sustancias se estima en España entre un 2,4 % y un 6,1 % de la población general¹. El aumento de consumo ha generado nuevos problemas asociados tanto a la forma de consumo, como a las características fármaco-tóxicas de las distintas sustancias, con complicaciones a nivel neurológico, psiquiátrico o multiorgánico^{4,5}. Esta situación ha generado un gran número de urgencias hospitalarias, que se han convertido en un punto de entrada importante a la red de tratamientos de drogodependencias⁶⁻⁸. Sin embargo, el consumo no siempre es detectado en los servicios de urgencias hospitalarias⁹.

La vinculación entendida como el contacto posterior de estos pacientes con los dispositivos de salud y el cumplimiento del tratamiento debe ser un objetivo¹⁰, ya que la baja adherencia al tratamiento es un elemento de especial relevancia clínica. Se trata de uno de los principales problemas que presentan los pacientes afectados de trastornos por uso de sustancias¹¹⁻¹³, de otros trastornos psiquiátricos^{14,15} y de pacientes adictos que presentan comorbilidad con otro trastorno mental (Patología Dual o Diagnóstico Dual)¹⁶⁻¹⁹.

Mejorar la accesibilidad y la vinculación de estos pacientes al tratamiento debería ser una prioridad, dado que el uso de alcohol y otras drogas está asociado frecuentemente a consecuencias adversas, como pueden ser mayores tasas de incumplimiento terapéutico, recaídas, suicidio, violencia, infección por virus de la hepatitis C o de la inmunodeficiencia adquirida, escasez de recursos básicos y sociales, problemas legales, etc.²⁰ Además, la carga sobre las familias y la necesidad de recursos sociales son mayores, debido a que estos pacientes presentan mala adherencia y cumplimiento y por lo tanto, más número de recaídas, lo que genera un mayor gasto global²¹.

La mayor duración de los tratamientos está asociada a mejores resultados en la abstinencia²². 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 sanitarios²³ y el frecuente abandono y posterior reinicio de los tratamientos ambulatorios²⁴.

Conocer la vinculación de los pacientes tras acudir a un recurso y los factores relacionados con la retención en el programa puede servir para poder mejorar las ofertas asistenciales y realizar una adecuada planificación de los servicios de tratamiento^{14,25}.

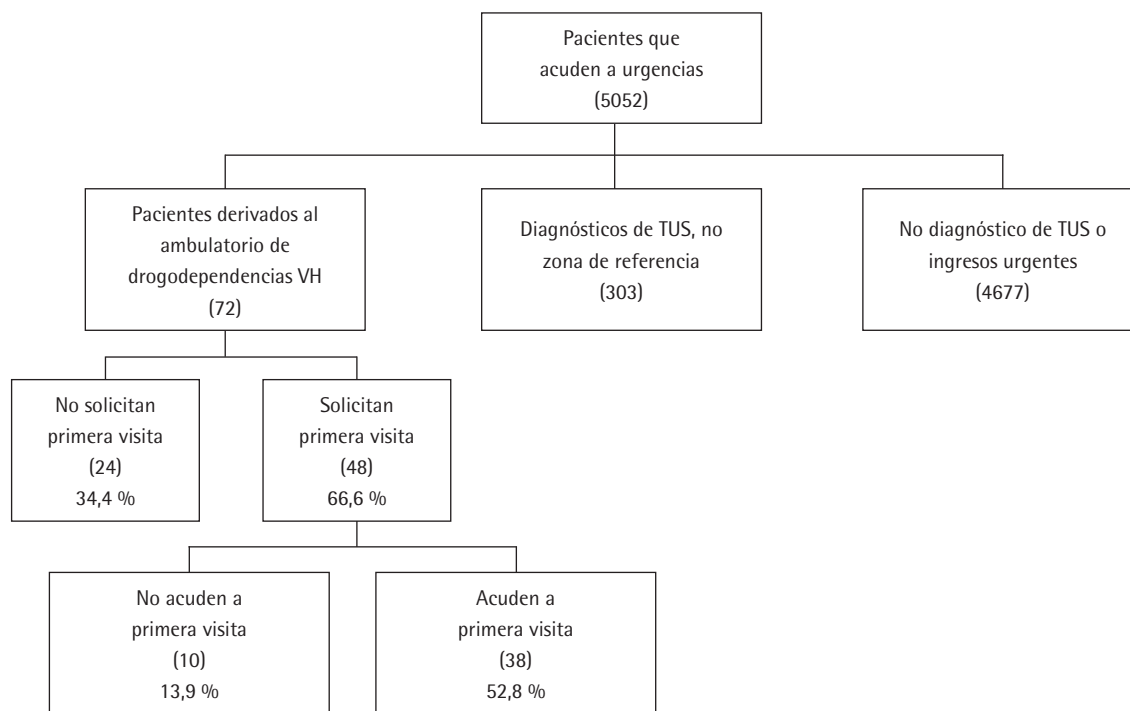


Figura 1

Diagrama de derivación desde el Servicio de Urgencias de Psiquiatría al Centro de Atención y Seguimiento (CAS) del Vall d'Hebron

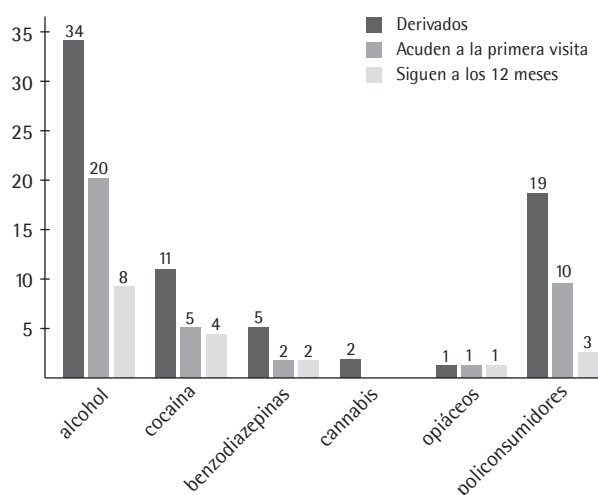


Figura 2

Adherencia al tratamiento según sustancia de consumo

Los pacientes afectados de trastornos por uso de sustancias son una población cuyo abordaje resulta complejo, por lo que se han desarrollado dispositivos ambulatorios específicos para el seguimiento y tratamiento de los pacientes adictos. En la red de centros asistenciales de drogodependencias de Cataluña en el año 2009, 14.825 personas iniciaron nuevos tratamientos: 2.102 por opiáceos, 3.779 por cocaína y 1.069 por cannabis¹, constituyendo un problema de primer orden sanitario. Por otra parte, las consultas en urgencias relacionadas con el consumo de sustancias han experimentado un importante incremento en los últimos años, tanto en Europa^{7,8} como en Latinoamérica³. Sin embargo, apenas hay trabajos que estudien la vinculación de los drogodependientes remitidos desde urgencias a los recursos ambulatorios, por ello es pertinente estudiar la vinculación y la adherencia a dichos recursos. El objetivo del presente trabajo es estudiar la vinculación y la adherencia al tratamiento en un recurso ambulatorio específico de drogodependencias, en pacientes remitidos desde urgencias de psiquiatría.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo de carácter retrospectivo en el que se recogen de manera informática el conjunto de diagnósticos y derivaciones al alta de los pacientes (N=5.052) que acudieron o fueron derivados al servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) durante un año, comprendido entre noviembre del 2006 y octubre del 2007. Tras la evaluación los pacientes recibieron un informe y fueron remitidos al centro de tratamiento ambulatorio de drogodependencias, denominado Centros de Asistencia y Seguimiento (CAS) para solicitar una

primera visita. El CAS Vall d'Hebron es un recurso de cobertura pública sin coste adicional para los usuarios, vinculado al servicio de psiquiatría del hospital²⁶. Está situado dentro del recinto hospitalario, es de gran accesibilidad física tanto por sus enlaces de comunicación en la ciudad como por la ausencia de barreras arquitectónicas y está ubicado apenas a 20 metros del dispositivo de urgencias de psiquiatría.

En el presente estudio se utilizan los siguientes conceptos: solicitud de primera (el proceso, realizado por el paciente, de pedir una primera visita ambulatoria), vinculación (solicitud y asistencia a la primera visita) y adherencia (asistencia a las citas programadas, después de la primera visita).

De los 5.052 pacientes que acudieron al servicio de urgencias de psiquiatría del HUVH se seleccionaron los pacientes que cumplieran criterios de dependencia de sustancias según criterios DSM IV-TR, que fueron derivados para tratamiento ambulatorio (excluyendo de este estudio aquellos que requirieron ingreso inmediato por otra causa), que residían en la zona de influencia del hospital y no estaban realizando tratamiento en otros CAS (6% del total de las visitas).

Se seleccionaron 72 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión y fueron derivados al CAS desde urgencias para solicitar primera visita. Se recogió del informe de alta de urgencias los datos acerca de la droga de abuso, y el registro de otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos. El 76,4% de los remitidos fueron hombres, la edad media fue de 37,5 años. La comorbilidad con otro trastorno mental (Patología Dual o Diagnóstico Dual) de los derivados fue del 39,2%.

Se registró la vinculación a través de la comprobación en la historia clínica de haber acudido a dicha primera visita. El 66,6% de los pacientes derivados (48) solicitaron visita, vinculándose el 79,16% de dicho grupo (38 pacientes, 54% del total) (figura 1). Se estudió la adherencia al mes, tres meses, seis meses y a los doce meses mediante el registro de la asistencia o no a las visitas durante dichos periodos.

RESULTADOS

El 47,2% de los pacientes derivados desde urgencias presentaron dependencia de alcohol, el 26,4% dependencia de 2 o más sustancias (policonsumidores), el 15,3% dependencia de cocaína, el 6,9% dependencia de benzodiazepinas, el 2,8% dependencia de cannabis y el 1,4% dependencia de opiáceos. Un 34% (24 de 72) de los pacientes atendidos en urgencias no solicitaron primera visita. Asimismo, otro 14% (10 de los 72) de pacientes solicitaron visita, pero no acudieron a la misma. Ningún dependiente de cannabis (2,8%) solicitó primera visita (figura 2).

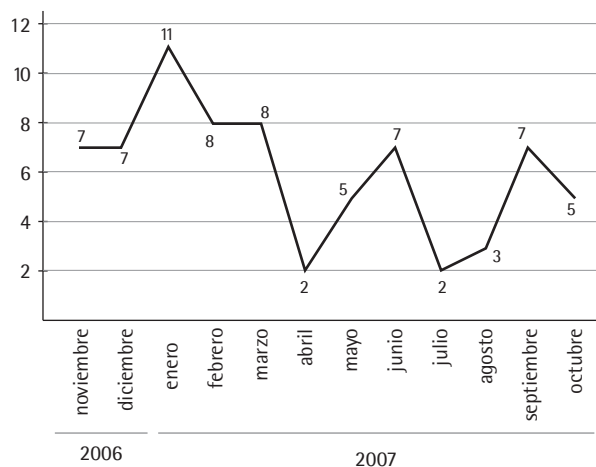


Figura 3

Distribución de las derivaciones desde urgencias al ambulatorio de drogodependencias según mes

El flujo de derivaciones fue regular exceptuando un leve descenso en verano (julio y agosto) y abril (parte del mismo es periodo vacacional). La adherencia fue independiente del mes de derivación e inicio de tratamiento (figura 3).

En los pacientes que solicitaron una primera visita, el tipo de dependencia fue similar a los pacientes que fueron

derivados, excepto que ninguno de los dependientes de cannabis solicitó primera visita.

De los 38 pacientes que acudieron a la primera visita, 33 se mantuvieron en tratamiento al primer mes de seguimiento (86,84%), de los cuales el 56,25% presentaban dependencia de alcohol, el 15,15% de cocaína, el 6,06% de benzodiazepinas, el 3,03% de opiáceos y el resto (21,21%) eran policonsumidores. De los 5 pacientes que abandonaron al primer mes de tratamiento, 2 pacientes presentaban dependencia de alcohol y 3 eran policonsumidores (figura 4).

De los pacientes que iniciaron tratamiento (38) el 52,63% (18) se mantuvo en seguimiento al año de la primera visita. El 13,16% (5) abandonó el tratamiento en el primer mes, el 13,16% (5) abandonó entre el primer y el tercer mes, el 13,16% (5) abandonó entre el tercer y sexto mes, el 7,89% (3) abandonó entre el sexto mes y los doce meses y 5,26% (2) abandonó después de los doce meses.

Los abandonos se produjeron principalmente en los seis primeros meses (15 de 20), con una distribución similar entre periodos. Solo 5 de los 20 (25%) abandonos de tratamiento se produjeron pasado el sexto mes de seguimiento.

La adherencia al tratamiento varió según la sustancia. El 64,6% de los pacientes que presentaban dependencia de alcohol o cocaína y la totalidad de los que presentaba de dependencia de opiáceos solicitaron visita al CAS.

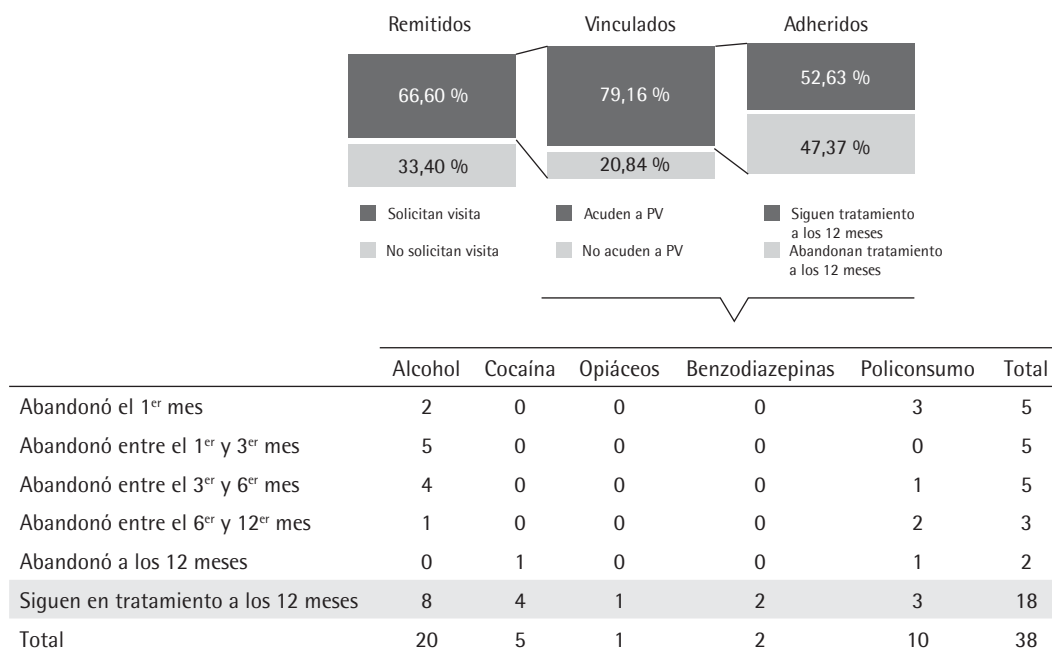


Figura 4

Descripción de la adherencia al tratamiento de los pacientes derivados desde urgencias

Se mantuvieron en tratamiento a los doce meses, el 100% de los dependientes de benzodiazepinas y opiáceos, el 80% de los dependientes a cocaína, el 40% de los dependientes de alcohol, y el 30% de los policonsumidores. Se observó que la mayoría de los pacientes (91,66%) con dependencia de alcohol abandonaron el seguimiento en los seis primeros meses. Los abandonos de los pacientes policonsumidores se produjeron alrededor del primer mes (30%) o cerca del año de tratamiento (30%). Apenas se observaron abandonos entre el primer y el sexto mes (10%).

DISCUSIÓN

Los pacientes dependientes de alcohol son los más derivados desde los Servicios de Urgencias de psiquiatría hospitalaria a tratamiento ambulatorio, siendo lo esperado, ya que es, junto con el tabaco, la sustancia más consumida¹. Los pacientes dependientes de cannabis, en cambio, no demandaron tratamiento lo que se puede relacionar con la poca percepción de peligro sobre el consumo de cannabis en la población española¹.

En cuanto al género, los pacientes derivados eran mayoritariamente varones (76,4% hombres), lo que concuerda con los resultados de otros estudios epidemiológicos realizados en población ambulatoria de drogodependientes en los que la relación entre hombres y mujeres es de 4/1¹⁻³. Existe una sobrerrepresentación del género femenino en pacientes con dependencia de benzodiazepinas (60% mujeres), también observado en otros estudios¹.

Los presencia, en población con otro trastorno psiquiátrico, de un trastorno por uso de sustancias es de alrededor 50%^{19, 27, 28}. En España, cuando se evalúa la presencia de pacientes duales en unidades de ingreso psiquiátrico se detecta en un 64,5% de los casos²⁹, y cuando se evalúa la presencia de otros trastornos mentales en unidades de desintoxicaciones se detecta en un 60% de los pacientes³⁰. En otro sentido, cuando se evalúa ambulatoriamente la presencia de pacientes con adicciones y otros trastornos mentales y adicciones la prevalencia oscila entre 53% y 67%^{18, 24, 31, 32}. En la muestra estudiada, alrededor del 40% presentaron dicha comorbilidad, lo que puede sugerir un infradiagnóstico de esta situación en los servicios de urgencias.

La vinculación (solicitar y acudir a la primera visita) a un servicio ambulatorio de tratamiento de drogodependencias de los pacientes derivados desde un servicio de urgencias de psiquiatría fue medio (52,77%) lo que concuerda con los trabajos previos en los que se describe que los adictos son pacientes que presentan dificultades para vincularse a los dispositivos de salud^{14, 33, 34}.

Los pacientes que más se vincularon fueron los dependientes de alcohol y los policonsumidores, lo que podría explicarse por presentar éstos mayores problemas médicos, económicos y necesidades sociales asociados al consumo^{1, 35}.

Al año de seguimiento, el 100% de los pacientes que se vincularon por una dependencia de benzodiazepinas y de opiáceos se mantuvieron en tratamiento, lo que se podría relacionar con la necesidad de recibir fármacos específicos para controlar la sintomatología abstinencial^{136, 37}. Al evaluar la adherencia de los pacientes al mes, a los seis meses y a los doce meses, poco más de la mitad (55%) de los pacientes dependientes de alcohol abandonaron a los 6 meses, mientras que los dependientes de cocaína abandonaron más en los meses 6-12 de seguimiento (25%). No se observó un patrón de abandono en los pacientes policonsumidores en nuestra muestra, aunque es claramente el grupo que menos se retiene al año. Dado que no existen estudios de estas características no se pueden comparar estos resultados con otras poblaciones. La disparidad en los resultados sugiere que el estudio de las prevalencias en la adherencia de los pacientes con una dependencia de sustancias, puede permitir desarrollar programas más adecuados según tipo de sustancia a fin de mejorar la adherencia.

En la muestra alrededor de la mitad de los pacientes drogodependientes remitidos desde urgencias se vinculan al centro de tratamiento, sin embargo si acuden, el seguimiento al mes es bueno (86,84%) y más de la mitad siguen al año (52,63%). De los pacientes remitidos el 25% siguen en tratamiento al año, sin embargo de los pacientes vinculados continúan tratamiento el 47,4%. Por ello se constata la importancia de que los pacientes acudan a los dispositivos sanitarios, ya que si los pacientes acuden a la primera visita, aumenta la adherencia.

Se ha descrito que no hay un único factor aislado que pueda predecir la adherencia al tratamiento^{38, 39}. Existen múltiples factores en drogodependencias que influyen en la adherencia y en el abandono de tratamiento. Entre ellos, la falta de conciencia de enfermedad y del balance que realizan los pacientes, entre los efectos positivos de acudir a tratamiento (mejoría de la salud general) y los refuerzos positivos inmediatos del consumo de drogas. También, la baja adherencia podría estar relacionada con la calidad de vida percibida⁴⁰ o con la psicopatología asociada^{19, 41, 42}. Como se ha descrito existe un infradiagnóstico sobre la presencia de patología dual, por lo que se deberían hacer estudios prospectivos, sobre la influencia de la presencia de psicopatología en adictos, en relación a la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, con los resultados aportados por este trabajo sobre la presencia de un grupo amplio de pacientes (34,4%) que son remitidos a tratamiento ambulatorio pero que no solicitan una primera visita, se puede sugerir que las urgencias hospitalarias, pueden no ser el lugar de derivación más idóneo para conseguir que el paciente acuda a tratamiento^{43, 44}.

En este estudio se debe destacar que el factor económico no influye en la adherencia, ya que el servicio es gratuito. Tampoco hay limitaciones en el acceso, debido a que

el recurso se encuentra en un sitio bien comunicado y en el área sanitaria de atención de los pacientes, lo que eliminaría el factor de distancia al recurso¹². El presente estudio es naturalístico e incluye toda la población estudiada. Se debe ampliar debido al bajo número de pacientes que acceden al dispositivo y se mantienen en tratamiento a los 12 meses.

Es importante coordinar los recursos asistenciales para conocer la dificultad de vinculación y adherencia de los adictos. Dado que muchos de los pacientes no llegan a acudir al tratamiento ambulatorio, se puede plantear la necesidad de organizar un sistema de acompañamiento que facilite que el paciente acuda realmente a la primera visita, ya que si acuden al tratamiento ambulatorio la posibilidad de retenerlos aumenta. Se constata la importancia de que los pacientes acudan a los dispositivos sanitarios, ya que cuando esto sucede la retención es casi del doble. El 86,84% de los que acuden a una primera visita se mantienen por lo menos un mes y el 52,63% a los doce meses.

La atención a los pacientes con dependencia de sustancias es compleja y una de las mayores dificultades que se constatan es la poca adherencia.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

C. Roncero y M. Casas diseñaron el estudio. C. Roncero, L. Rodríguez-Cintas, C. Barral, G. Fuste, C. Daigre, J.A. Ramos-Quiroga realizaron la búsqueda de bibliografía y redactaron el primer borrador. Todos los autores revisaron el texto antes del envío a la revista.

FINANCIACIÓN

Este artículo se realiza gracias a la ayuda de la Subdirección General de Drogodependencias y el Pla Director de Salut Mental i Adicciones del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2007-2010) y a la ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III. Titulado "Estudio de la eficacia de la cafeína en el tratamiento de mantenimiento de cocaína mediante un ensayo clínico doble ciego controlado con placebo". EC07/90713. (2007-2011).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A las profesionales del equipo de enfermería de urgencia de Psiquiatría por su colaboración en la recogida de datos a Cristina Muñoz Beltrán, Mercedes Rodríguez Fernández y Susana Dávila Montero. A los profesionales del CAS que ayudaron en la elaboración de los datos Elisabetta Muscas, Alba Álvarez y Dr. Alberto Real.

A la Agencia de Salut Pública de Barcelona (ASPB), por el soporte al CAS Vall d'Hebron.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. PND. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Informe 2009 [consultado 2011 enero 13] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/>
2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009 [consultado 2011 enero 13] Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/>
3. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México: Consejo Nacional contra las adicciones, 2003 [consultado 2011 enero 13] Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/>
4. Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Bravo MJ, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F. Problemas respiratorios agudos y uso de cocaína o heroína por vía pulmonar. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:775-7.
5. De la Fuente L, Barrio G. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gac Sanit*. 1996;10:255-60.
6. Allen MH. Level 1 psychiatric emergency services. The tools of the crisis sector. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(4):713-34.
7. Selves JM, Brugal MT, Cayla JA, Torralba L. Cambio de los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:581-3.
8. Secades R, García-Rodríguez O, Fernández-Hermida JR, Carballo JL. Fundamentos psicológicos del tratamiento con drogodependientes. *Papeles del psicólogo*. 2007;28 (1):29-40.
9. Sanjurjo E, Cámara M, Nogué S, Negredo M, García S, To-Figueroa J, et al. Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y los analíticos. *Emergencias*. 2005;17:26-31.
10. Laudet A, Stanick V, Sands B. What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37(2):182-90.
11. Roncero C, Trasovares MV, Lusilla P, Casas M. Adherencia en enfermedades psiquiátricas: Dependencia de sustancias. En: Cañas F, Roca M. *Adherencia terapéutica en esquizofrenia y otros trastornos mentales*. Barcelona: Ars Medica, 2007; p. 53-62.
12. Schmitt SK, Phibbs CS, Piette JD. The influence of distance on utilization of outpatient mental health aftercare following inpatient substance abuse treatment. *Addict Behav*. 2003;28:1183-92.
13. Chutuape MA, Katz EC, Stitzer ML. Methods for enhancing transition of substance dependent patients from inpatient to outpatient treatment. *Drug & Alcohol Dependence*. 2001;61(2):137-43.
14. Weert-Van Oene GH, Schippers GM, De Jong CA, Schrijvers GJ. Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2001;20(4):253-61.
15. Breton AR, Taira DA, Burns E, O'Leary J, Chung RS. Follow-up services after an emergency department visit for substance abuse. *Am J Manag Care*. 2007;13:497-505.
16. Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 2003;5(3):241-55.

17. Sánchez E, Tomás V, Climent A. Trastorno de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*. 1999;11(3):221-7.
18. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Mesías B, Basurte I, et al. Pilot study on the prevalence of dual pathology in community mental health and substance misuse services in Madrid. *Adicciones*. 2011;23(3):249-55.
19. Casas, M, Franco MD, Goikolea JM, Jimenez-Arriero MA, Martinez-Raga J, Roncero C, et al. Spanish Working Group on Bipolar Disorders in Dual Diagnosis. Bipolar disorder associated to substance use disorders (dual diagnosis). Systematic review of the scientific evidence and expert consensus. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(6):350-61.
20. Weaver M, Conover C, Proescholdbell R, Arno PS, Ang A, Uldall KK, et al. Cost-effectiveness analysis of integrated care for people with HIV, chronic mental illness and substance abuse disorders. *J Ment Health Policy Econ*. 2009;12(1):33-46.
21. Monras M, Ortega LI, Mondon S, Gual A. Detección y tratamiento de las drogodependencias en un Hospital General. *Adicciones*. 2003;15(4):331-40.
22. 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.
23. Gutierrez E, Sáiz PA, García N, Fernández P, González MP, Fernández JJ, et al. Evaluación de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroínómanos. *Adicciones*. 2001;13(1):51-60.
24. 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 Et Relat Clin Prob*. 2011;13(3):5-16.
25. Olmos-Espinosa R, Madoz-Gúrpide A, Ochoa E. Situación al año de los adictos a opiáceos que siguieron tratamiento ambulatorio tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*. 2001;13(2):173-8.
26. Daigre C, Comín M, Rodríguez-Cintas L, Voltés N, Alvarez A, Roncero C, et al. Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias. *Gac Sanit*. 2010;24(6):446-52.
27. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264:2511-8.
28. Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Substance use disorder and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(2):123-30.
29. Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, et al. Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics. *Invest Clin*. 2008;49(2):195-205.
30. Nocon A, Bergé D, Astals M, Martín-Santos R, Torrens M. Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res*. 2007;13(4):192-200.
31. Gual A. Dual Diagnosis in Spain. *Drug Alcohol Rev*. 2007;26(1):65-71.
32. Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Valero S, Castells X, Grau-López L, et al. Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *Eur Psychiatry* 2011. Doi: 10.1016/S0924-9338(10)71649-7
33. Agyapong VI, Rogers C, Machale S, Cotter D. Factors Predicting Adherence with Psychiatric Follow-Up Appointments for Patients Assessed by the Liaison Psychiatric Team in the Emergency Department. *Int J Psychiatry Med*. 2010;40(2):217-28.
34. Dobscha SK, Delucchi K, Young ML. Adherence with referrals for outpatient follow-up from a VA psychiatric emergency room. *Community Ment Health J*. 1999;35(5):451-8.
35. Ladero L, Orejudo S, Carrobbles JA, Malo C. Consumo de drogas y adherencia a la terapia antirretroviral de pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Adicciones*. 2005;17(3):203-14.
36. Hiltunen AJ, Eklund C. Withdrawal from Methadone Maintenance Treatment. *Eur Addict Res*. 2002;8:38-44.
37. Reynaud M, Schwan R, Loiseaux-Meunier MN, Albuissou E, Deteix P. Patients Admitted to Emergency Services for Drunkenness: Moderate Alcohol Users or Harmful Drinkers? *Am J Psychiatry*. 2001;158(1):96-9.
38. Helleman G, Conner B, Anglin MD, Longshore D. Seeing the trees despite the forest: Applying recursive partitioning to the evaluation of drug treatment retention. *J Subst Abuse Treat*. 2007;36(1):59-64.
39. Ball SA, Carroll KM, Canning-Ball M, Rounsaville BJ. Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*. 2006;31:320-30.
40. Astals M, Domingo-Salvany A, Castillo-Buenaventura C, Tato J, Vazquez JM, Martín-Santos R, et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse*. 2008;43(5):612-32.
41. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvarós J, Castillo C, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Subst Use Misuse*. 2004;39(9):1353-68.
42. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*. 1998;24:589-608.
43. Mulder C, Koopmans G, Hengeveld M. Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;40(6):484-8.
44. Stebbins LA, Hardman GL. A survey of psychiatric consultations at a suburban emergency room. *Gen Hosp Psychiatry*. 1993;15(4):234-42.