

Carlos Roncero<sup>1, 2, 3</sup>  
Susana Gómez-Baeza<sup>3</sup>  
José María Vázquez<sup>4</sup>  
Antonio Terán<sup>5</sup>  
Nestor Szerman<sup>6</sup>  
Miguel Casas<sup>1, 2</sup>  
Julio Bobes<sup>7</sup>

# Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. CIBERSAM

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de Barcelona

<sup>3</sup>CAS Vall d'Hebrón, Hospital Universitari Vall d'Hebrón-ASPB

<sup>4</sup>CAS de Sants. Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)-Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)

<sup>5</sup>CAD San Juan de Dios, Palencia

<sup>6</sup>Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). CSM Retiro. Hospital Gregorio Marañón. Madrid

<sup>7</sup>Presidente de Sociodrogalcohol. Universidad de Oviedo CIBERSAM

**Objetivo:** Evaluar la percepción de los profesionales sobre el grado de importancia de la adherencia terapéutica de los pacientes con patología dual y valorar los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos más utilizados. Se pretende averiguar cual es la percepción de los clínicos sobre las causas del incumplimiento y el tipo de estrategias que pueden facilitar una buena adherencia.

**Metodología:** Se realizó una encuesta on-line que fue contestada por 169 profesionales (79,8% médicos o psicólogos) que trabajan en los diferentes tipos de centros españoles que atienden pacientes duales (ambulatorios de drogodependencias, centros de salud mental, hospitalización psiquiátrica, unidades de desintoxicación y centros privados).

**Resultados:** La percepción de existencia de incumplimiento de los pacientes duales es mayoritaria, los profesionales creen que un 29,8% incumplen y un 39,15% cumplen parcialmente. Además el 96,2% percibe que el incumplimiento está relacionado con una mala evolución, de manera grave o muy grave. Ello se relaciona principalmente con la baja conciencia de enfermedad, la presencia de efectos secundarios, la falta de eficacia y las posologías complicadas. No existen diferencias en función del tipo de recurso en el que trabaja el profesional. Para mejorar el cumplimiento se propone utilizar fármacos con pocos efectos secundarios y fáciles de manejar. También se plantea utilizar psicoeducación, técnicas motivacionales y tratamiento psicológico individual.

**Conclusiones:** Existe la percepción de que un alto porcentaje de pacientes duales presentan mala adherencia y que esto influye en el proceso terapéutico. Se deben realizar esfuerzos en el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

**Palabras clave:** Adherencia, Percepción del profesional, Patología dual, Cumplimiento, Evolución, Recaída, Descompensación

*Actas Esp Psiquiatr 2013;41(6):319-29*

## Perception of Spanish professionals on Therapeutic Adherence of Dual Diagnosis Patients

**Objective:** The aim of this study is to determine the health professional's perspective about the therapeutic adherence among dual diagnosis patients. It also analyzed the most frequently used pharmacological and non-pharmacological treatments. The aim is to learn the professional's perception regarding the reasons for non-adherence and to identify the type of strategies that may improve adherence.

**Methodology:** We performed an on-line survey that was answered by 169 health professionals (79.8%, doctors or psychologists) who were working in centers where the dual diagnosis patients could be treated (Mental Health Centers, Drug Outpatients Clinics, Inpatient Unit, private practice).

**Results:** A majority of the mental health professionals perceive the existence of non-compliance of dual diagnosis patients and they consider that 29.8% have no compliance and 39.15% have partial compliance. In addition, 96.2% believe that treatment nonadherence can be related with poor evolution in a severe or very severe degree. The reasons for the nonadherence to treatment are the poor disease awareness, side effects, low efficacy and complicated posologies. No differences were found regarding the difficulties and reasons for non-compliance between professionals or centers. It is proposed that using drugs with low side effects drugs and easy-to-manage can improve compliance. It is also proposed to use motivational techniques, psychoeducation and psychological treatment.

**Conclusions:** The perception exists that a high proportion of dual patients have poor treatment adherence,

Correspondencia:  
Dr. Carlos Roncero  
Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario Vall d'Hebrón  
Paseo Vall d'Hebrón, 119-129  
08035 - Barcelona  
Tel: +34 93 489 38 80  
Fax: +34 93 489 45 87  
Correo electrónico: croncero@vhebron.net

which affects the therapeutical process. Efforts should be done to improve the pharmacological and non-pharmacological treatment.

**Keywords:** Adherence, Perception of the professional, Dual diagnosis, Dual pathology, Compliance, Evolution, Relapse, Decompensation

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con trastornos mentales tienen un mayor riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias (TUS), especialmente en los que presentan patologías mentales mas graves<sup>1,2</sup>. En unidades de ingreso de psiquiatría los pacientes con trastornos psicóticos y TUS representan una gran proporción (53% trastorno esquizofreniforme y 28% esquizofrenia)<sup>2</sup>. También se conoce que los pacientes adictos presentan muy frecuentemente otros trastornos psiquiátricos<sup>3-5</sup>. En la población de adictos en España se estima que los trastornos afectivos son los que mas frecuentes (21,6%), seguidos por los trastornos de ansiedad (11,7%) y por la esquizofrenia (3%)<sup>5</sup>. La coexistencia de un Trastorno mental y un TUS se ha denominado patología dual<sup>6,7</sup>. Se estima que alrededor de entre el 30-50% de la población en tratamiento psiquiátrico presenta un TUS asociado<sup>1,8</sup>. Aunque la cifra varia dependiendo del tipo de pacientes estudiados<sup>9,10</sup>, el centro en que se realiza el estudio<sup>11</sup> o la metodología de investigación utilizada<sup>12</sup>.

Cuando se ha estudiado en España a los pacientes duales atendidos en la red de salud mental y en la de drogodependencias, se ha observado que existía un mayor porcentaje de pacientes con patología dual en la red de drogodependencias<sup>13</sup>. Sin embargo, en otros estudios no se encontraron diferencias entre los pacientes de las dos redes asistenciales<sup>14</sup>, aunque en todos los trabajos se confirma la gran prevalencia de pacientes con patología dual en ambos contextos<sup>13,14</sup>.

Mejorar los servicios asistenciales para estos pacientes debería ser una prioridad, debido a que el uso de alcohol y otras drogas está asociado a consecuencias adversas como pueden ser mayores incumplimiento, reincidencia, suicidio, VIH, VHC, falta de recursos básicos, desempleo, problemas legales, etc<sup>15-18</sup>. Además, la carga sobre las familias es elevada y existe gran necesidad de recursos sociales, lo que se relacionaría con que los pacientes duales presentan peor adherencia y cumplimiento del tratamiento y, por lo tanto, mas recaídas, peor evolución, frecuentes visitas a urgencias y a otros servicios asistenciales<sup>16,19-21</sup>.

Debido a que la epidemiología y las características clínicas del paciente dual no son totalmente conocidas<sup>22,23</sup>, la gran complejidad del tratamiento<sup>12</sup>, el frecuente abandono del seguimiento<sup>19</sup> y que los protocolos de tratamiento son provisionales<sup>24</sup>, es importante conocer la opinión de los profesionales sobre las dificultades en la adherencia al tratamiento. Además, es fundamental que los profesionales señalen las soluciones o cambios beneficiosos<sup>12</sup> para evitar el

abandono del tratamiento y sus consecuencias. Por otra parte, este tipo de información es muy útil para la realización de consensos o protocolos sobre el abordaje de los pacientes con patología dual<sup>10,24</sup>.

Los objetivos de este estudio son evaluar la percepción de los profesionales sobre el grado de cumplimiento, las causas del incumplimiento, la importancia del cumplimiento al tratamiento, los factores farmacológicos y no farmacológicos que dificultan la adherencia, el tipo de fármacos utilizados, las estrategias que pueden facilitar una buena adherencia en pacientes con patología dual y la formación de los profesionales en este campo. Se puede hipotetizar que los profesionales detectarán la existencia de incumplimiento y sus consecuencias y pueden proponer estrategias para mejorar el cumplimiento. Además podrán existir diferencias en función del perfil profesional o centro de trabajo.

## METODOLOGÍA

Se diseñó, por un grupo de diferentes expertos en patología dual, de distintas procedencias laborales y académicas, una encuesta sobre adherencia y cumplimiento en patología dual (Anexo). Se realizó una difusión on-line del cuestionario durante un periodo de 4 semanas, entre Septiembre y Octubre de 2010, dirigida a los diversos profesionales que trabajan en los centros, en los que se podría atender a pacientes con patología dual.

Para abarcar el mayor número posible de participantes se envió un mensaje por mail a todos los miembros de las tres sociedades científicas que colaboraron en el estudio: Sociedad Española de Patología Dual, Socidrogalcohol y Sociedad Española de Toxicomanías. Además, la encuesta podía ser contestada desde la web de las sociedades. y se publicó en la web de psiquiatría [www.psiquiatría.com](http://www.psiquiatría.com). La encuesta se podía responder tras identificarse como profesional de salud mental, que ejerciera su trabajo en España. Los participantes no recibieron remuneración económica por responder el cuestionario.

La población a la que se dirigió el cuestionario no era una población cerrada, no existe un censo oficial de los profesionales que trabajan en drogodependencias<sup>25</sup> ni en recursos de patología dual. Se podría estimar en unos 900-1000 profesionales médicos en la red de drogodependencias. De ellos alrededor de un 50% se declaran como médicos generales<sup>25</sup>. Por otra parte existen unos 4500-5000 psiquiatras en España, incluyendo los que están en formación<sup>26</sup>, aunque se desconoce los que trabajan en recursos donde se puede atender a pacientes duales.

El cuestionario utilizado constaba de 27 bloques de preguntas<sup>27</sup> los profesionales debían contestar aspectos sobre el tratamiento de sus pacientes con patología dual (2 bloques), su percepción sobre el cumplimiento (1 bloque),

la evolución (1 bloque), la conciencia de enfermedad (1 bloque), las consecuencias del incumplimiento (1 bloque), los problemas farmacológicos que podían dificultar la adherencia al tratamiento (1 bloque) y los factores no farmacológicos que dificultan o pueden mejorar la adherencia (2 bloques). Se evaluaba los fármacos utilizados habitualmente (8 bloques) y el número utilizado (1 bloque). Finalmente, existía un bloque de una pregunta, sobre las necesidades formativas de los profesionales. Existían 8 bloques de preguntas sociodemográficas que se contestaban eligiendo una respuesta o aportando un dato.

En once bloques los profesionales debían ordenar por orden de importancia/frecuencia de uso de las opciones presentadas. Cuatro preguntas se contestaban mediante escalas tipo Likert de diferentes intervalos (de 0 a 3: Cumplidor, Parcial, Incumplidor, de 0 a 4: Nada, Poco, Bastante, Mucho, o Muy utilizado, Utilizado, Poco utilizado o Nada utilizado y finalmente de 0 a 5: Muy bajo, Bajo, Medio, Elevado, Muy elevado). El bloque en el que se indagaba sobre el uso de fármacos tenía 7 subapartados, en función de las familias farmacológicas<sup>27</sup>.

Los centros en los que los profesionales desarrollaban su trabajo eran: Ambulatorios especializados en Drogodependencias, Centros Privados, Unidades de Hospitalización para Drogodependencias, Centros de Salud Mental (CSM) y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Con la información recogida se procedió al análisis, de estadísticos descriptivos, mediante el paquete estadístico SPSS v.15.

La muestra está compuesta por 169 profesionales, el 58,5% eran mujeres y el 41,5% eran hombres. Un 93,5% tenían nacionalidad española. El 50,5% eran mayores de 45 años. Casi la mitad (41,5%) tenían más de 15 años de experiencia en el campo de las drogodependencias. Los profesionales pertenecen a diferentes ramos del ámbito de la salud: el 57,1% eran médicos (22% eran psiquiatras, el 30% eran especialistas en drogodependencias, el 2,9% eran médicos generalistas y el 2,2% eran médicos residentes de psiquiatría), el 27,8% eran psicólogos, un 4,3% eran enfermeros y un 10,8% eran trabajadores sociales y otros tipos de profesionales. Entre médicos y psicólogos está representado el 79,8% de la muestra. Debido a esta amplia mayoría, únicamente se analizaron las valoraciones de estos profesionales. Para poder explicar los resultados del análisis de manera más clara y operativa se agruparon todos los profesionales en 3 grupos: Médicos que trabajan en drogodependencias, Psiquiatras y Psicólogos. Los centros de trabajo se estudiaron en 4 grupos: Centros especializados en Drogodependencias (ambulatorios y unidades de desintoxicación), CSM, Hospitalización Psiquiátrica y Centro Privado.

Se logró la colaboración de profesionales de todas las comunidades autónomas (incluidas las ciudades autónomas de Ceuta y de Melilla). Siendo Cataluña, la Comunidad Au-

Tabla 1		
Porcentaje de participantes dividido por Comunidades Autónomas		
Comunidad Autónoma	Porcentaje	Número Participantes
Andalucía	12,3	34
Aragón	1,4	4
Baleares	2,9	8
Canarias	2,9	8
Cantabria	0,7	2
Castilla y León	8,3	23
Castilla-La Mancha	1,4	4
Cataluña	20,2	56
Ceuta y Melilla	1,4	4
Comunidad de Madrid	14,1	39
Comunidad Foral de Navarra	2,2	6
Comunidad Valenciana	8,7	24
Extremadura	4	11
Galicia	8,7	24
La Rioja	0,7	2
País Vasco	2,5	7
Principado de Asturias	3,2	9
Región de Murcia	4,3	12

tónoma de Madrid y Andalucía, las comunidades con mayor número de participantes (Tabla 1).

Los profesionales que trabajaban en los centros especializados en drogodependencias (56,7% de la muestra) eran el grupo más numeroso.

## RESULTADOS

Según los profesionales, el 47,2% de los pacientes atendidos son pacientes duales. De ellos, se percibe que la principal droga de la que se abusa es la cocaína (Tabla 2).

### Cumplimiento del tratamiento

En el cuestionario se pedía a los profesionales que valoraran que grado de cumplimiento terapéutico presentan sus pacientes con patología dual. Para clasificar la percepción sobre el cumplimiento, siguiendo las recomendaciones internacionales<sup>28</sup> se consideró, que los pacientes que cumplían más de un 80% de las veces eran cumplidores totales. Aquellos que cumplían el 20 y el 80% de las veces, se les definió como cumplidores parciales. Por último, a aquellos que tomaban el tratamiento menos del 20% de las ocasiones, se les consideró incumplidores.

Tabla 2 Drogas por las que demandan tratamiento los pacientes con patología dual	
Sustancia de Abuso	Porcentaje
Cocaína	56%
Alcohol	26%
Heroína	10%
Cannabis	6%
Benzodiazepinas	2%
Otros	1%

Los profesionales señalaron que, la mayoría (68%) de los pacientes no cumplen adecuadamente, (Figura 1). Todos los profesionales, independientemente del perfil profesional, señalaban que alrededor del 70% de sus pacientes duales no toman su tratamiento de forma adecuada.

### Evolución del paciente

Los profesionales, perciben que la falta de cumplimiento del tratamiento influye en la evolución del paciente. En el 96,2% de los casos, se califica el agravamiento de la enfermedad como bastante o mucho (Figura 2). Tanto psiquiatras como psicólogos opinan que la falta de cumplimiento en el tratamiento es grave o muy grave. Cuando se analizó en función del tipo de centro donde los profesionales realizaban su actividad asistencial, en todos los grupos se opinaba que la falta de cumplimiento es muy grave.

### Grado de conciencia de enfermedad

El 68,3% de los pacientes, según todos los grupos de profesionales, tiene un grado de conciencia de su enfermedad bajo o muy bajo. Alrededor del 60% de los médicos y psicólogos opinan que el nivel de conciencia de sus pacientes con patología dual es bajo o muy bajo. Los que perciben menor conciencia de enfermedad son los psiquiatras, seguidos de los médicos de la red de drogodependencias y los psicólogos. Cuando se analizan las respuestas, en función del centro de trabajo, en todos los casos señala como primera causa que el *insight* es bajo.

### Factores farmacológicos que dificultan la adherencia

Se pidió a los encuestados que señalaran tres factores de tipo farmacológico que pudieran favorecer que un paciente presentase dificultades para adherirse a un tratamiento. To-

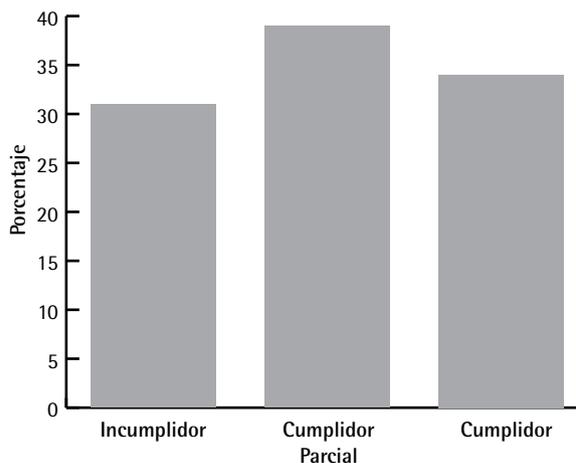


Figura 1 Nivel de cumplimiento del tratamiento según los profesionales

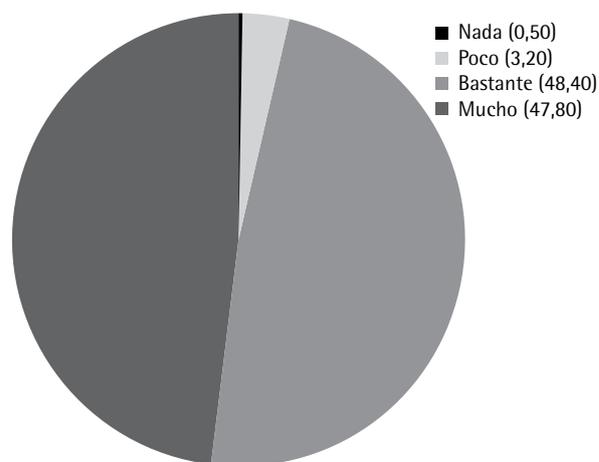
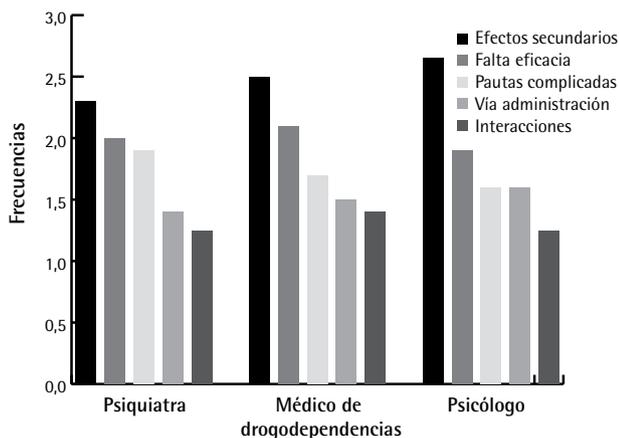


Figura 2 Grado de agravamiento generado por el incumplimiento

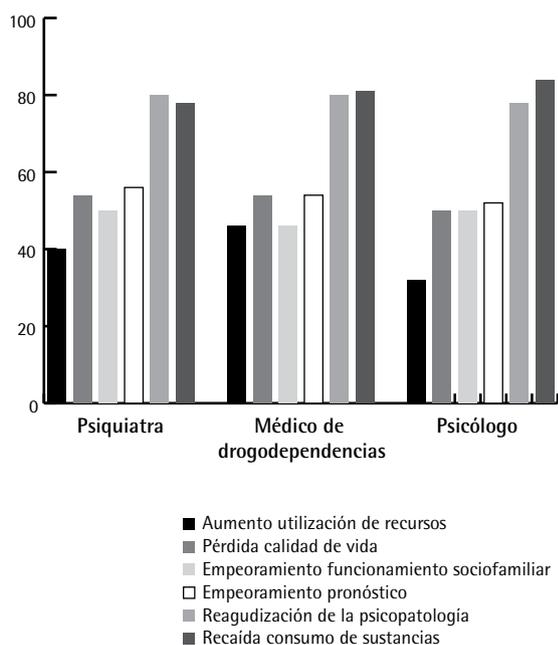
dos opinan que la principal causa relacionada con la falta de adherencia son los efectos secundarios de los psicofármacos. Así mismo, coinciden en el orden de los otros factores: la falta de eficacia, pautas complicadas, vía de administración e interacciones. Todos los grupos estudiados clasifican los factores en el mismo orden (Ver Figura 3).

### Factores no farmacológicos que dificultan la adherencia

Se solicitó elegir los tres factores que dificultan más la adherencia a los tratamientos no farmacológicos. En los tres grupos de profesionales se describe como primera opción la falta de conciencia de enfermedad. En el grupo de psiquiatras era seguida por la falta de creencia y expectativas y la



**Figura 3** Problemas farmacológicos relacionados con la falta de adherencia



**Figura 4** Consecuencias derivadas de la mala adherencia

dificultad de acceder al servicio. En el caso de los médicos especialistas en drogodependencias, era seguida por la falta de soporte familiar/social y por las de creencias y expectativas por parte de los pacientes. En el caso del grupo de psicólogos la segunda opción era el deterioro cognitivo y falta de memoria y finalmente la falta de soporte familiar/social.

### Uso de tratamientos farmacológicos

Se estudió la percepción de uso de tratamientos farmacológicos, únicamente en el grupo de profesionales formado

por médicos (N=96). Los profesionales refieren que la mayoría de los pacientes están polimedicados, El 60% de los profesionales señalaron que los pacientes reciben tres fármacos, el 25% que reciben dos y el 10% que reciben cuatro, siendo la media de 2,85. La opción de más de cinco fármacos fue elegida. Al indagar sobre los fármacos utilizados, todos señalaron que los fármacos más usados eran los antidepresivos y los antipsicóticos, seguidos por los fármacos anticraving.

En cuanto a los fármacos antidepresivos los profesionales referían que los que los pacientes más recibían fueron los ISRS, seguido por los antidepresivos duales y por los antidepresivos dopaminérgicos/noradrenérgicos. Ello coincidía, tanto en los médicos que trabajan en drogodependencias, como en el grupo de psiquiatras.

En relación a los antipsicóticos, se solicitó que clasificaran los fármacos que más recibían los pacientes. Los más referidos fueron la olanzapina, la risperidona oral e inyectable de larga duración, los neurolépticos convencionales, sobre todo orales y la quetiapina, este último elegido sobre todo por los psiquiatras. El patrón de uso es muy parecido en función del tipo de centro, excepto en los CSM dónde los neurolépticos, tanto orales como depot, son los más usados.

De los fármacos llamados "anticraving" los más citados fueron el disulfiram y la naltrexona, de manera muy similar. También se refiere utilizar el acamprosato y la cianamida, aunque fueron citados claramente menos. Entre los agonistas opiáceos, la metadona era el más utilizado. Dentro del grupo de "otros medicamentos" que se suelen utilizar aparecen los antimicobiales-eutimizantes, siendo el topiramato el más utilizado en todos los ámbitos, seguido por la gabapentina y el litio en los profesionales de la red de drogodependencias, y seguido por el valproato y el litio en los psiquiatras. En el caso que los pacientes presenten Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, los profesionales consultados creen que el metilfenidato de liberación prolongada es el tratamiento más usado. Finalmente, se debe destacar que, según el 50% de los profesionales, las benzodiazepinas son utilizadas o muy utilizadas, en los pacientes duales.

### Consecuencias derivadas del incumplimiento del tratamiento

Se estudió las consecuencias más importantes que provocaba el incumplimiento del tratamiento. Tanto el conjunto de los médicos como los psicólogos opinan que la recaída en el consumo de sustancias es la consecuencia principal, seguida de la reagudización de los síntomas psicopatológicos y de los problemas sociofamiliares. Cuando se analiza en función de los tres grupos, existen mínimas diferencias (Figura 4).

Al evaluar las consecuencias, en función de los centros de trabajo, existen algunas diferencias. Las opciones más

mencionadas por los profesionales de los centros especializados en drogodependencias son, a un mismo nivel, la reagudización de los síntomas psicopatológicos y la recaída en el consumo de sustancias. Seguido muy de lejos por la pérdida de calidad de vida. En cambio, para los profesionales de los CSM, las dos opciones más elegidas son la recaída en el consumo y el empeoramiento del pronóstico y en tercer lugar, la reagudización de la psicopatología. En los centros de hospitalización psiquiátrica, las respuestas fueron en primer lugar la reagudización de la psicopatología, en segundo lugar la recaída en el consumo y en tercer lugar el empeoramiento en la calidad de vida. Por último, en los centros privados la primera opción es la recaída en el consumo, la segunda la reagudización de la psicopatología y la tercera el empeoramiento en el pronóstico.

### Mejoría de la adherencia

Las tres intervenciones no farmacológicas, que mejoran la adherencia al tratamiento de los pacientes con patología dual, más citadas fueron: psicoeducación, estrategias motivacionales y tratamiento individualizado. Aunque, entre los profesionales, existen mínimas diferencias en la clasificación, todos coincidían en señalar la psicoeducación como la primera opción para mejorar la adherencia al tratamiento. No se detectaron diferencias en función del tipo de centro.

### Formación de los profesionales

Se consultó sobre el tipo de recursos formativos que se necesitan para mejorar la práctica clínica. De la lista de las estrategias que podían ser beneficiosas para mejorar el manejo de estos pacientes (manuales, guías, cursos, monografías y talleres), las valorados como las más eficaces fueron los talleres (30,5%) y los cursos (30,6%).

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era evaluar, según la percepción de los clínicos, el grado de cumplimiento, y los factores asociados por las que los pacientes con patología dual no se adhieren al tratamiento. Conocer la percepción de los profesionales es importante, ya que son los que realmente prescriben y aplican los distintos tratamientos<sup>29,30</sup>, detectan cuando un paciente incumple<sup>28</sup> y lo más importante, pueden aportar razones, basadas en la experiencia, que ayuden a mejorar la adherencia.

Los profesionales perciben que cerca del 50% de los pacientes atendidos, en los distintos recursos, son duales, dato cercano a lo descrito en los estudios epidemiológicos<sup>1,4,13</sup>.

Se percibe al paciente dual, asociado al consumo de cocaína, como mayoritariamente incumplidor, con evolución

complicada, en el que el incumplimiento agrava la enfermedad. La asociación de los pacientes duales con el consumo de cocaína se ha detectado en los estudios epidemiológicos objetivos<sup>13</sup> y se podría explicar tanto por la frecuente presencia de alteraciones psicopatológicas graves en los dependientes de cocaína<sup>3,31</sup>, como por su frecuente consumo en los pacientes con trastornos mentales graves<sup>16,18,24</sup>.

La percepción sobre las dificultades del tratamiento es concordante con los estudios que señalan la complejidad del tratamiento, y la necesidad de abordar tanto las alteraciones psicopatológicas como la adicción, para evitar la mala evolución y la menor respuesta al tratamiento<sup>10</sup>.

Independientemente del tipo de profesional o del centro donde trabajan, no existen grandes diferencias en la percepción de que existe un mal cumplimiento y adherencia al tratamiento, lo que coincidiría con las revisiones de estudios objetivos<sup>19,32</sup>. Los profesionales que trabajan en la red de salud mental presentan una mayor percepción de mal cumplimiento, lo que se podría explicar porque los profesionales de la red de drogodependencias, por el perfil de sus pacientes no duales, contemplan frecuentemente la escasa adherencia de sus pacientes<sup>19,32</sup>.

La falta de cumplimiento se relaciona claramente con la mala evolución, lo que coincide nuevamente con las revisiones de estudios objetivos<sup>16,20</sup>. Una de las principales causas que explicarían la falta de adherencia sería la poca capacidad de estos pacientes para tomar conciencia de su enfermedad (*insight*), este dato se ha señalado también como muy importante cuando se ha investigado la opinión sobre las causas del incumplimiento de los profesionales de enfermería<sup>33</sup>. En los pacientes duales todos los grupos de profesionales coinciden y se percibe la conciencia de enfermedad como baja o muy baja, en el 68,3% de los casos, dato ligeramente superior a estudios objetivos, realizados en pacientes duales dependientes de heroína, que lo sitúa sobre el 55%<sup>34</sup>.

Los problemas de adherencia a los tratamientos no farmacológicos, se han relacionado con la falta de conciencia de enfermedad, coincidiendo con las explicaciones generales sobre la percepción de mala adherencia<sup>12,33</sup>. Según los profesionales, el mal cumplimiento del tratamiento farmacológico estaría muy relacionado con los efectos secundarios, lo que coincidiría con estudios previos sobre lo que refieren los propios pacientes<sup>35</sup>. Los otros factores más citados son la no efectividad y las pautas posológicas complicadas, la importancia de un factor u otro varía en función del centro de trabajo. La asociación entre percepción de falta de eficacia e incumplimiento es un factor ya descrito en nuestro medio<sup>35</sup>. En relación a la prescripción, Douglas y cols. (2005) describieron que la utilización de pautas posológicas sencillas era uno de los principales factores que influyen en el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes duales<sup>10</sup>. Por el contrario, la polimedición es un factor asociado al mal cumplimen-

to<sup>30,35</sup>. Por ello, es esperable que, dentro de los fármacos citados como más utilizados aparezcan aquellos con una vida media-larga, ya que tiene una posología sencilla y se ha planteado su utilidad en pacientes con trastornos mentales graves y con mal cumplimiento<sup>36</sup>. Esto es concordante con la idea de que cuanto más fácil y más sencilla es la posología, existe mayor probabilidad de que la evolución sea buena<sup>30</sup> y que el cumplimiento y la adherencia sea adecuadas<sup>16</sup>. Finalmente, los menos citados son la vía de administración y las interacciones farmacológicas. Existen pocos estudios sobre la importancia de la vía de administración, se ha descrito que aspectos como la preferencia de la zona de administración, puede variar dependiendo del área geográfica en la que se pregunte a los pacientes<sup>37</sup>, por lo que se puede hipotetizar que la vía de administración podría ser un factor de menor importancia. Debido a la influencia de múltiples factores, todos los aspectos relacionados con la efectividad de los fármacos en los pacientes duales deben ser permanentemente investigados<sup>38</sup>.

Al preguntar sobre número de fármacos utilizados, se percibe que la mayoría reciben casi 3 fármacos, lo que coincide con los estudios objetivos en los que se describe que estos pacientes están polimedicados<sup>5,21</sup> y que reciben más fármacos que los pacientes no duales<sup>12</sup>. Además, no se debe olvidar que la propia polifarmacia es un factor asociado al incumplimiento<sup>35</sup>. En relación al tipo de medicación que recibe el paciente dual, la distribución de los fármacos que se refiere utilizar (gran uso de antidepresivos y antipsicóticos), coincide con estudios sobre prescripción realizados en España<sup>5</sup>. Es reseñable que, según los profesionales, se utilizan ampliamente las benzodiazepinas en los pacientes duales. Sin embargo, la prescripción de estos fármacos debe realizarse con precaución, debido al gran riesgo de abuso<sup>39</sup>. El fenómeno de gran uso de benzodiazepinas se ha descrito en pacientes duales<sup>39</sup> y en drogodependientes<sup>40,41</sup>. En España cerca del 75% de los drogodependientes hospitalizados consumían benzodiazepinas, tanto prescritas como no prescritas<sup>40</sup> y en pacientes de un programa de mantenimiento con metadona, un 46% consumía benzodiazepinas de una manera abusiva<sup>41</sup>. Todo ello, a pesar de que se ha recomendado evitar y controlar su uso en pacientes duales<sup>24,39</sup>.

En relación a las consecuencias del incumplimiento, los clínicos no coinciden sobre si se produce más frecuentemente descompensación psicopatológica o el reinicio del consumo de sustancias. Aunque, se conoce que ambas situaciones pueden evolucionar hacia una recaída<sup>7,21</sup> este dato no está aclarado suficientemente en los estudios objetivos. Existen pequeñas diferencias sobre la percepción de las consecuencias, en función del tipo de centro de trabajo. En los CSM perciben que la recaída en el consumo provoca la reagudización, sin embargo en los centros de drogodependencias se reparten las consecuencias entre la recaída en el consumo y la descompensación.

Se ha documentado la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar la adherencia terapéutica<sup>30</sup>. En el tratamiento de los pacientes duales se podría optimizar el tratamiento farmacológico, la atención psicoterapéutica y aumentar la formación de los clínicos. Lo recomendable sería mejorar los tres aspectos. Desde el punto de vista farmacológico, se debe intentar realizar prescripciones con posologías sencillas y con buena tolerancia. Ello se debe completar con intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a mantener la abstinencia<sup>10</sup>, que incluyan el fomentar la adherencia y el cumplimiento. Las intervenciones más citadas por los profesionales para lograr estos objetivos, son la psicoeducación, el uso de estrategias motivacionales y el tratamiento individual, lo que coinciden con las señaladas en la literatura<sup>42</sup>.

Finalmente, a nivel formativo, más del 60% de los clínicos explicitaban la necesidad de más información sobre el manejo de estos pacientes mediante cursos y talleres, ello coincide con trabajos previos en los que se ha constatado la importancia de que los profesionales puedan acceder a recursos formativos para realizar una adecuada intervención<sup>10</sup>.

Como limitaciones al estudio se puede citar que no se incluyeron preguntas para averiguar los tipos de psicoterapias que se realizaban en los centros, y este punto debería ser abarcado en próximos estudios. Las respuestas recibidas pertenecen a profesionales, que posiblemente están motivados e interesados en participar en un estudio sobre patología dual, por lo que se debería comparar con grupos de profesionales que no presenten este perfil. Los resultados obtenidos en este estudio piloto podrían no representar las opiniones de todos los profesionales que atienden a pacientes duales. Sin embargo, dado la importancia del tema, el número de personas que respondieron, que hay representación de profesionales que trabajan en todas las comunidades autónomas, que existen muy pocos estudios previos y que las dificultades reseñadas para estudiar la población de profesionales que atienden a los pacientes duales son poco resolubles, los resultados aportados deben ser considerados. Además, es muy destacable que cuando se ha comparado la percepción sobre aspectos en las que existen trabajos objetivos se ha comprobado que existe gran concordancia entre las percepciones de los profesionales y los estudios publicados. Por otra parte, a pesar de la relevancia del tema son, escasísimos los trabajos publicados sobre la percepciones o actitudes de los profesionales y el cumplimiento<sup>12,33</sup>.

Como conclusión final, aunque existen mínimas diferencias en función del perfil profesional y del tipo de centro de trabajo donde se ejerce, se puede afirmar que los profesionales perciben que los pacientes con patología dual presentan poca adherencia al tratamiento y consideran que ello influye en el curso y evolución. Por ello, se deben implementar algunas de las estrategias propuestas para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Socidrogalcohol, Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) y Sociedad Española de toxicomanías (SET), que difundieran la encuesta en sus páginas Web y entre sus socios. Así mismo, los autores también agradecen a la Dra. Lara Grau-López su colaboración, en el proceso de corrección del presente artículo, y a Segi Valero (psicólogo psicómetra), por sus aportaciones sobre la parte estadística.

## BIBLIOGRAFÍA

- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:313-21.
- Rodríguez-Jiménez R, Aragües M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagny A, et al. Dual diagnosis in psychiatric inpatients: Prevalence and general characteristics. *Investigación Clínica*. 2008;49:195-205.
- 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*. 2013;28:141-6.
- 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 Probl*. 2011;13(3):5-16.
- Gual A. Dual diagnosis in Spain. *Drug Alcohol Rev*. 2007;26:65-71.
- Volkow ND. Adicción and co-occurring mental disorders. Director's perspective. 2007. NIDA Notes, 21,2.
- Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002;14:195-219.
- Santamaria S, Iglesias C. Esquizofrenia y sustancias psicótropas de consumo frecuente en nuestro medio. *Adicciones*. 2001;13:385-91.
- Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164:402-8.
- Douglas M, Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, et al. Improving the care of individual with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatr Pract*. 2005;11:315-39.
- Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorders patients. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2008;23:95-105.
- Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP, Simons JS. Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness. Clinician's perspectives. *J Subs Abuse Treat*. 2000;19:189-98.
- Szerman Bolotner N, Arias Horcajadas F, Vega Astudillo P, Babin Vich F, Mesías Perez B, Basurte Villamor I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*. 2011;23:249-55.
- Havassy BE, Alvidrez J, Owen KK. Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *Am J Psychiatry*. 2004;161:139-45.
- Donald M, Downer J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Soc Sci Med*. 2005;60:1371-83.
- Roncero C, Barral C, Grau-Lopez L, Bachiller D, Szerman N, Casas M, Ruiz P. Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2011;10(3):131-54.
- Warren JI, Stein JA, Grella CE. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89:267-74.
- Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características socio-demográficas en la población Latina. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:123-30.
- Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Fuste G, Daigre C, Ramos-Quiroga JA, et al. Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(2):63-9.
- Bellack A, Gearon JS. Substance abuse treatment for people with schizophrenia. *Addict Behav*. 1998;23:749-66.
- Sánchez-Peña JF, Alvarez-Cotoli P, Rodríguez-Solano JJ. Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(3):129-35.
- Miquel L, Roncero C, López-Ortiz C, Casas M. [Epidemiological and diagnostic axis I gender differences in Dual Diagnosis patients]. *Adicciones*. 2011;23:165-72.
- Tsuang JW, Fong TW, Ho AP. Dual Diagnosis and Treatment Compliance. *Psychiatric Services*. 2003;54:576.
- Casas M, Franco MD, Goikolea JM, Jimenez-Arriero MA, Martínez-Raga J, Roncero C, et al. Bipolar Disorder associated to substance use disorders (dual diagnosis). Systematic review of the scientific evidence and expert consensus. *Actas Esp de Psiquiatr*. 2008;36:350-61.
- Casas M, Arranz FJ. Grupo de estudio sobre intervenciones clínicas en conductas adictivas (GICCA). Barcelona: Drug Farma, 2009. ISBN 878-84-95552-86-0.
- Sociedad Española de Psiquiatría. [www.sep.es](http://www.sep.es). consultado 28 agosto 2012.
- Roncero C, Gómez-Baeza S, Vázquez JM, Serzman N, Terán A, Rodríguez-Cintas L, et al. Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. XXXIX Jornadas de Sociodrogalcohol. Tarragona, Marzo 2012. Disponible en: [www.patologiadual.es](http://www.patologiadual.es)
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract*. 2010;16(1):34-45.
- Nuñez-Domingo LA. Uso de neurolépticos atípicos en esquizofrénicos consumidores de cannabis. *Adicciones*. 2001;13:67-73.
- Oller-Canet S, Fernández-San Martín MI, García-Lecina R, Castro Rodríguez JI, Font-Canal T, Lacasta-Tintorer D, et al. Do depressed patients comply with treatments prescribed?: a cross-sectional study of adherence to the antidepressant treatment. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(5):288-93.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, et al. Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(3):121-8. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.09.002.
- Roncero Alonso C, Trasovares Navarrete MV, Lusilla Palacios P, Casas Brugué. 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; pp 53-62.
33. Gajski A, Karlovi D. Assessment of nurse attitudes on psychiatric patient compliance with pharmacotherapy. *Acta Clin Croat.* 2008;47(3):149-53.
  34. Maremmani AG, Rovai L, Rugani F, Pacini M, Lamanna F, Bacciardi S, et al. Correlations between awareness of illness (insight) and history of addiction in heroin-addicted patients. *Front Psychiatry.* 2012;3:61. doi: 10.3389/fpsyt.2012.00061.
  35. Martín MJ, García-Toro M, Campoamor F, Pareja A, Aguirre I, Salvá J, Roca M. Use of antidepressant treatment. Patients' perception. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(5):276-81.
  36. Benabarre A, Castro P, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Salamero M, Murru A, et al. Efficacy and safety of long-acting injectable risperidone in maintenance phase of bipolar and schizoaffective disorder. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(3):143-7.
  37. Hough D, Lindenmayer JP, Gopal S, Melkote R, Lim P, Herben V, et al. Safety and tolerability of deltoid and gluteal injections of paliperidone palmitate in schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2009 31;33(6):1022-31.
  38. McHugo GJ, Drake RE, Brunette MF, Xie H, Essock SM, Green AI. Enhancing Validity in Co-occurring Disorders Treatment Research. *Schizophrenia Bulletin.* 2006;32:655-65.
  39. Brunette MF, Noordsy DL, Xie H, Drake RE. Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1395-401.
  40. Roncero C, Grau-López L, Díaz-Morán S, Miquel L, Martínez-Luna N, Casas M. Percepción de las alteraciones de sueño en drogodependientes hospitalizados. *Med Clin.* 2012;7;138(8):332-5.
  41. Fernandez Sobrino AM, Fernandez R, V, Lopez CJ. [Benzodiazepine use in a sample of patients on a treatment program with opiate derivatives (PTDO)]. *Adicciones.* 2009;21:143-6.
  42. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav.* 2012;37(1):11-24.

Anexo 1	Encuesta sobre percepción de los profesionales en patología dual			
<b>1. Profesión:</b> Médico que trabaja en drogas Médico generalista Médico psiquiatra Médico residente Psicólogo clínico Diplomado enfermería Otros:	<b>11. Indique el grado de cumplimiento con el tratamiento de sus pacientes con Patología Dual:</b> Cumplidor Parcial Incumplidor	<b>17. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 factores no farmacológicos que dificulten la adherencia terapéutica en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Falta de conciencia de enfermedad 0 1 2 3 Falta de soporte familiar 0 1 2 3 Creencias o expectativas de los pacientes 0 1 2 3 Deterioro cognitivo 0 1 2 3 Dificultad de acceso al equipo asistencial 0 1 2 3 Mala relación con el equipo terapéutico 0 1 2 3 Dificultades burocráticas 0 1 2 3		
<b>2. Edad:</b> Menos de 30 años Entre 30 y 45 años Más de 45 años	<b>12. Indique cuánto agrava el incumplimiento terapéutico la evolución de sus pacientes con Patología Dual:</b> Nada Poco Bastante Mucho	<b>18. Evalúe el grado de utilización de cada una de los siguientes tipos de fármacos en el tratamiento de sus pacientes con Patología Dual.</b> Antidepresivos Muy Utilizado Utilizado Poco utilizado Nada utilizado Antipsicóticos Muy Utilizado Utilizado Poco utilizado Nada utilizado Agonistas opiáceos Muy Utilizado Utilizado Poco utilizado Nada utilizado Litio y/o anticomieciales Muy Utilizado Utilizado Poco utilizado Nada utilizado Fármacos anticraving Muy Utilizado Utilizado Poco utilizado Nada utilizado Benzodiacepinas Muy Utilizado Utilizado Poco utilizado Nada utilizado Psicoestimulantes Muy Utilizado Utilizado Poco utilizado Nada utilizado		
<b>3. Género:</b> Hombre Mujer	<b>13. Califique el grado de conciencia de enfermedad que cree que tienen sus pacientes con Patología Dual</b> Muy bajo Bajo Medio Elevado Muy Elevado	<b>19. Seleccione según su preferencia de uso, 5 de los siguientes antipsicóticos en sus pacientes con Patología Dual, ordenándolos del 1 al 5 (1 más usado/5 menos usado).</b> Olanzapina 1 2 3 4 5 Risperidona Oral 1 2 3 4 5 Risperidona Inyectable de larga duración 1 2 3 4 5 Quetiapina 1 2 3 4 5 Paliperidona 1 2 3 4 5 Neuroléptico Oral 1 2 3 4 5 Aripiprazol 1 2 3 4 5 Amilsupiride 1 2 3 4 5 Neuroléptico Depot 1 2 3 4 5 Clozapina 1 2 3 4 5 Ziprasidona 1 2 3 4 5		
<b>4. C.C.A.A. en la que trabaja:</b>	<b>14. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 factores farmacológicos que dificultan la adherencia terapéutica en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Efectos secundarios 0 1 2 3 Falta de Eficacia 0 1 2 3 Pautas terapéuticas complicadas 0 1 2 3 Vías de administración 0 1 2 3 Interacciones 0 1 2 3	<b>20. Seleccione según su preferencia de uso, 4 de los siguientes anticomieciales-eutimizantes en sus pacientes con Patología Dual, ordenándolos del 1 al 4 (1 más usado/4 menos usado)</b> Litio 1 2 3 4 Valproato 1 2 3 4 Carbamazepina 1 2 3 4 Gabapentina 1 2 3 4 Lamotrigina 1 2 3 4 Topiramato 1 2 3 4 Oxcarbamacepina 1 2 3 4 Pregabalina 1 2 3 4 Zonisamida 1 2 3 4		
<b>5. Centro de Trabajo:</b> Ambulatorio de Drogodependencias Centro Privado Hospitalización de Drogodependencias Ambulatorio Salud Mental Hospitalización Psiquiátrica Atención Primaria	<b>15. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 consecuencias del incumplimiento terapéutico en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Recaída en el consumo de sustancias 0 1 2 3 Reagudización de la psicopatología 0 1 2 3 Empeoramiento del pronóstico 0 1 2 3 Empeoramiento del funcionamiento sociofamiliar 0 1 2 3 Pérdida de calidad de vida 0 1 2 3 Aumento e la utilización de recursos sanitarios 0 1 2 3	<b>21. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3		
<b>6. Años Experiencia:</b> Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Entre 5 y 15 años Más de 15 años	<b>16. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3	<b>22. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3		
<b>7. Nacionalidad:</b> Española Resto países europeos Latinoamérica Otras	<b>16. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3	<b>23. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3		
<b>8. ¿Es usted miembro de alguna Sociedad Profesional?</b> SI NO ¿Cuál?	<b>16. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3	<b>24. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3		
<b>9. Qué cantidad de pacientes que demandan tratamiento en tu centro de trabajo presentan Patología Dual?</b>	<b>16. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3	<b>25. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3		
<b>10. ¿Cuál es la principal droga de abuso/ dependencia por la que demandan tratamiento los pacientes con patología Dual?</b> Cocaína Cannabis Heroína Alcohol Benzodiacepinas Tabaco Éxtasis, otras	<b>16. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3	<b>26. Seleccione en orden de importancia, según su experiencia, 3 intervenciones no farmacológicas para mejorar la adherencia al tratamiento en sus pacientes con Patología Dual. (1 primero en importancia/2 segundo en importancia/ 3 tercero en importancia)</b> Psicoeducación a paciente y familiares 0 1 2 3 Estrategias motivacionales 0 1 2 3 Tratamiento psicológico individualizado 0 1 2 3 Monitorización de cumplimiento 0 1 2 3 Servicios de rehabilitación 0 1 2 3 Psicoterapia de grupo 0 1 2 3 Simplificación barreras burocráticas 0 1 2 3		

Anexo 1	Continuación		
<p>21. Seleccione según su preferencia de uso, 4 de los siguientes antidepresivos en sus pacientes con Patología Dual, ordenándolos del 1 al 4. (1 más usado/4 menos usado)</p> <p>Tricíclicos 1 2 3 4</p> <p>ISRS 1 2 3 4</p> <p>Duales 1 2 3 4</p> <p>ISRN 1 2 3 4</p> <p>Dopaminérgicos/Noradrenérgicos 1 2 3 4</p> <p>NASSA 1 2 3 4</p>	<p>23. Seleccione según su preferencia de uso, 3 de las siguientes benzodiacepinas en sus pacientes con Patología Dual, ordenándolos del 1 al 3. (1 más usado/3 menos usado)</p> <p>Vida corta 1 2 3</p> <p>Vida media 1 2 3</p> <p>Vida larga 1 2 3</p> <p>24. Seleccione según su preferencia de uso, 3 de los siguientes fármacos más utilizados para el TDAH en sus pacientes con Patología Dual, ordenándolos del 1 al 3. (1 más usado/3 menos usado)</p> <p>Metilfenidato 1 2 3</p> <p>Metilfenidato de liberación prolongada 1 2 3</p> <p>Atomoxetina 1 2 3</p> <p>Bupropión 1 2 3</p>	<p>25. Seleccione según su preferencia de uso, 3 de los siguientes agonistas opiáceos en sus pacientes con Patología Dual, ordenándolos del 1 al 3. (1 más usado/3 menos usado)</p> <p>Metadona 1 2 3</p> <p>Morfina 1 2 3</p> <p>Heroína 1 2 3</p> <p>Buprenorfina 1 2 3</p> <p>Buprenorfina y Naloxona 1 2 3</p> <p>Otros opiáceos sintéticos 1 2 3</p>	
<p>22. Seleccione según su preferencia de uso, 3 de los siguientes anticavir/interdictores en sus pacientes con Patología Dual, ordenándolos del 1 al 3. (1 más usado/3 menos usado)</p> <p>Disulfiram 1 2 3</p> <p>Naltrexona 1 2 3</p> <p>Cianamida 1 2 3</p> <p>Acamprosato 1 2 3</p>		<p>26. ¿Cuántos fármacos de media utiliza usualmente por paciente con Patología Dual?</p> <p>1 2 3 4 5 más de 5</p> <p>27. ¿Qué opiáceos le parecen de mayor utilidad para mejorar su desarrollo profesional en el manejo de la Patología Dual?</p> <p>1. Manuales</p> <p>2. Guías</p> <p>3. Cursos</p> <p>4. Monografías</p> <p>5. Talleres</p>	