

Adictividad: una dimensión independiente en el síndrome psicótico. Presentación de la Escala de Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP)

Addictiveness: an independent dimension in the psychotic syndrome. Presentation of the Addictiveness in the Psychotic Syndrome Assessment Scale (APSAS)

Martín L. Vargas Aragón^{1,2,3}, Sonia López Lorenzo^{3,4} y Natalia Jimeno Bulnes^{2,3}

¹ Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

² Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

³ Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Castilla y León (GINCYL).

⁴ Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos.

Recibido: 14/07/2021 · Aceptado: 07/09/2021

Cómo citar este artículo/citation: Vargas Aragón, M. L., López Lorenzo, S. y Jimeno Bulnes, N. (2021). Adictividad: una dimensión independiente en el síndrome psicótico. Presentación de la Escala de Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP). *Revista Española de Drogodependencias*, 46(3), 10-22. <https://doi.org/10.54108/red.2021.46.03.001>

Resumen

Los modelos de patología dual suelen considerar a los trastornos por uso de sustancias (TUS) y al resto de trastornos mentales como dos entidades nosológicas que coinciden en una misma persona. Este estudio adopta un punto de partida diferente y estima que la adictividad sería una novena dimensión clínica independiente en los trastornos psicóticos, que se añadiría a las de alucinaciones, delirio, habla desorganizada, conducta psicomotriz anormal, síntomas negativos, déficit cognitivo, depresión y manía. Todas ellas derivarían, en último término, de una disfunción fronto-subcortical común con implicación dopaminérgica, glutamatérgica y gabaérgica.

Se presenta la Escala de Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP), que busca ser un instrumento integrado y sencillo para la evaluación de la adictividad en los trastornos psicóticos. Se basa en la recogida de datos sobre el primer uso, el tiempo de consumo, el último consumo, la frecuencia de consumo y la intensidad de la adicción de doce tipos de sustancias o conductas adictivas. Los resultados de la aplicación de la EASP a una muestra de 105 sujetos psicóticos sugieren unas buenas características psicométricas, así como la independencia de la adictividad respecto a otras dimensiones clínicas.

Palabras clave

Patología dual; adicción; psicosis; escalas de evaluación clínica.

— Correspondencia:

Martín Vargas

Email: mvgargas@saludcastillayleon.es



Abstract

Models of dual pathology habitually consider substance-use disorders (SUD) and the rest of mental disorders as two pathological conditions coincident in a same person. This study adopts a different point of view and accept adictivity as the ninth clinical dimension in the psychotic disorders to be added to hallucinations, delusion, disorganised speech, abnormal psychomotor behaviour, negative symptoms, cognitive deficit, depression, and mania. In the last term, all of them seems to derive from a common fronto-subcortical disfunction with dopaminergic, glutamatergic and gabaergic implication.

The Addictiveness in the Psychotic Syndrome Assessment Scale (APSAS) is presented. It wants to be an integrated and easy to use tool for evaluating adictivity in the psychotic disorders. It is based in data collected with respect of first use, length of use, last use, frequency of use and addiction intensity regarding twelve types of substances or addictive behaviours. Results of the application of APSAS on a sample of 105 psychotic subjects suggest good psychometric characteristics as well as the independency of adictivity respect with other clinical dimensions.

Keywords

Dual pathology; adiction; psychosis; clinical assessment scales

I. INTRODUCCIÓN

El concepto de patología dual hace referencia a la comorbilidad o concurrencia de trastornos (Volkow et al., 2016, 2020). En España ha sido ampliamente utilizado en psiquiatría (Roncero Alonso & Casas Brugué, 2016) para denotar la comorbilidad de trastornos por usos de sustancias (TUS) junto con otros trastornos mentales, pero también se ha utilizado en referencia a la comorbilidad de trastornos de la personalidad con otros trastornos mentales, o de discapacidad intelectual junto con trastornos mentales. Este trabajo se ciñe a la primera acepción, en cuyo marco se han estudiado diversos aspectos específicos como por ejemplo la búsqueda de perfiles psicopatológicos, donde se ha visto en personas adictas un predominio de sintomatología depresiva, paranoide y obsesivo-compulsiva (Sáez & Ruiz, 2017).

Las relaciones de causalidad subyacentes a la patología dual entre TUS y otros trastornos mentales han merecido largos debates teóricos. En una aproximación simplificada se diferencian tres modelos: los que consideran que el uso de sustancias es factor de riesgo de trastornos mentales, los que consideran que la presencia previa de trastornos mentales es un factor de riesgo para el uso de sustancias y una tercera perspectiva que propone relaciones de causalidad complejas y bidireccionales. Este último enfoque es el más aceptado en la actualidad, de manera que la exposición repetida a sustancias con capacidad adictiva en personas socialmente vulnerables conduciría al 'ciclo de la adicción' en el que consolidan redes neuronales con implicación de la neurotransmisión dopaminérgica con el resultado de un incremento de la propensión al uso de la sustancia (Volkow et al., 2016).



Un campo de especial complejidad es el de la patología dual entre TUS y trastornos psicóticos, en el que se han estudiado especialmente los trastornos psicóticos asociados al uso de cannabis. La comorbilidad, cannabis - psicosis, es especialmente relevante en rehabilitación psicosocial ya que el uso continuado de cannabis puede inducir apatía, abulia y anergia que dificultan la interacción social y promueven el aislamiento social, debilitando así el deseable proceso de recuperación. Tras la realización en los últimos años de múltiples estudios epidemiológicos y de metaanálisis (Hasan et al., 2020) puede afirmarse actualmente que los trastornos psicóticos suceden más frecuentemente en usuarios de cannabis, con un incremento del riesgo de psicosis de 1,4 en usuarios de la sustancia, pero que asciende a un riesgo relativo de 3,4 en aquellos que desarrollan dependencia; además, los usuarios de cannabis desarrollan psicosis antes que los no usuarios.

En las distintas comunidades autónomas españolas se construyeron redes asistenciales para la atención a las personas drogodependientes durante los años 70 y 80 del siglo pasado. Ello se hizo tomando como problema patrón la atención a la dependencia por heroína, en la cual la comorbilidad psiquiátrica es menos frecuente. Es bien conocido que las sustancias actualmente más utilizadas, como son el cannabis, la cocaína o los psicoestimulantes se asocian más frecuentemente a trastornos mentales, precisamente ello ha sido un factor clave para la emergencia del concepto de patología dual. Pero una insuficiente adaptación de los recursos asistenciales a las nuevas necesidades está ocasionando problemas como el del 'síndrome de la puerta equivocada', que se da cuando las personas con concurrencia de ambos tipos de trastornos transitan sin éxito entre dispositivos sanitarios y de atención a las drogodependen-

cias, lo cual puede incluso tener implicaciones legales (Aguilar Dorta, 2016). Esta problemática asistencial no es privativa de España, sino que la escasa integración de directrices terapéuticas para el tratamiento de la concurrencia de TUS con otros trastornos mentales es un problema global tal y como señalan Hakobyan et al. (Hakobyan et al., 2020) en una reciente revisión sistemática.

En un trabajo previo (Vargas & Lopez, 2010) hemos propuesto que la adictividad es una dimensión independiente, tanto respecto al síndrome positivo de la esquizofrenia, como respecto al síndrome negativo. Según este modelo alternativo al concepto de patología dual, el núcleo del problema no consistiría en estudiar la comorbilidad de dos trastornos diferenciados, la psicosis y los TUS, sino que la adictividad sería una dimensión clínica independiente característica del síndrome psicótico. Esta novena dimensión se añadiría a las ocho ya consideradas en DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) (p.743-744): I. Alucinaciones, II. Delirio, III. Habla desorganizada, IV. Conducta psicomotriz anormal, V. Síntomas negativos (expresión emocional restringida o abulia), VI. Déficit cognitivo, VII. Depresión, VIII. Manía. Según nuestro modelo, cabría añadir una nueva dimensión clínica: IX. Adictividad.

La dimensión de adictividad tendría su justificación neurobiológica en las estructuras comunes que se saben alteradas tanto en los trastornos adictivos como en los psicóticos y en cuyo funcionamiento interviene la neurotransmisión dopaminérgica, glutamatergic y gabaérgica (Salavati et al., 2015). Tanto en los TUS como en la esquizofrenia se producirían modificaciones plásticas en circuitos fronto-subcorticales que implican a la corteza prefrontal y a núcleos subcorticales tales como el accumbens, el estriado o la amígdala, lo



cual justificaría la frecuente comorbilidad de los síntomas psicóticos y adictivos. Según el modelo clínico integrado que proponemos, tanto la psicosis (expresada según DSM-5 en ocho dimensiones) como las conductas adictivas (la dimensión de adictividad que aquí se propone) serían la expresión sintomatológica de un trastorno subyacente común en la regulación frontosubcortical de la neurotransmisión dopaminérgica, glutamatérgica y gabaérgica. Este enfoque de dimensionalidad clínica sería compatible con los modelos clásicos de comorbilidad TUS-psicosis que asumen relaciones de causalidad complejas y bidireccionales focalizándose en la diversidad de sustancias que pueden modificar la neurotransmisión dopaminérgica (Wise & Robble, 2020). En ellos, no solo son importantes la intensidad, la frecuencia, la proximidad temporal del último consumo de la sustancia o las consecuencias conductuales y funcionales de la intoxicación, sino que la edad de inicio en el consumo ha mostrado ser un factor determinante, al menos en la psicosis asociada al uso de cannabis (van der Steur et al., 2020).

De acuerdo con un marco teórico de dimensionalidad clínica, el objetivo principal de este estudio es presentar un nuevo instrumento clínico para la evaluación de la dimensión de adictividad en los trastornos psicóticos. Se busca que la nueva escala sea de fácil aplicación y que acredite validez clínica al contemplar de manera unificada las distintas características de la adictividad: tipo de sustancia, inicio, frecuencia, duración, adicción reciente y consecuencias de la adicción. Además, pretende ser compatible también con las adicciones conductuales. Como objetivos secundarios nos proponemos conocer la estructura dimensional de la escala y su asociación con otras dimensiones psicopatológicas.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio transversal sobre una muestra incidental de 105 sujetos que realizan seguimiento ambulatorio en un CSM de Zamora, el cual tiene como referencia una población con alta prevalencia de patología dual puesto que presta servicio a una comunidad terapéutica, además de prestar atención a la población general. Se incluyen en estudio pacientes que, indistintamente de que presenten o hayan presentado TUS, presenten en el momento actual en algún tipo de trastorno psicótico comprendido en el grupo diagnóstico CIE-10 F20 a F29 (esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes) y que accedan a la evaluación clínica según práctica clínica habitual. Se excluyeron los sujetos cuyo aporte de información no se considerara mínimamente fiable o que no colaboraran en la exploración clínica.

Sujetos

La muestra de estudio se compuso de 105 sujetos, 69 varones (65,7 %) y 36 mujeres (34,3 %), con una edad media de 39,90 años (DT 9,66: rango 20 a 62 años). De ellos, 13 sujetos (12,38 %) fueron escolarizados en el nivel primario (6 años o menos), 58 sujetos (55,24 %) recibieron educación secundaria (entre 7 y 10 años), 12 sujetos (11,43 %) recibieron educación en el nivel de bachillerato (11 o 12 años) y 22 sujetos (20,95 %) recibieron educación superior (11 años o más de educación). Treinta sujetos (28,57 %) fueron diagnosticados de esquizofrenia paranoide, 27 (25,71 %) presentaban un trastorno esquizoafectivo, 18 (17,14 %) fueron diagnosticados de esquizofrenia residual y los otros 30 participantes (28,57 %) presentaron otros tipos de



trastorno psicótico. En la tabla 1 se caracteriza clínicamente a la muestra mediante el resumen de la sintomatología positiva, negativa y general evaluada mediante la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Kay et al., 1987), experiencias psicóticas subjetivas evaluadas mediante la escala de síntomas básicos Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FCQ-3) (Jimeno Bulnes et al., 1996), la gravedad clínica general evaluada mediante la Impresión Clínica Global (ICG) (Rabinowitz et al., 2006) y el grado de funcionamiento evaluado con la Escala de Funcionamiento Global (GAF) (Pedersen & Karterud, 2012). El perfil clínico de la muestra puede caracterizarse como de pacientes psicóticos clínicamente estables, con síntomas residuales y con déficit funcional leve a moderado.

La dimensión adictividad se evaluó mediante la escala realizada al efecto, que hemos denominado EASP (Escala para la Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico), la cual se presenta en la tabla 2. Consta de 12 ítems y puntúa entre 0 y 262 puntos.

Estadística

Se ha realizado estadística descriptiva de las variables sociodemográficas mediante el cálculo de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y el cálculo de proporciones para las cualitativas. Para el objetivo principal se ha analizado la puntuación obtenida en la EASP obteniendo en primer lugar la puntuación total de cada uno de los 12 ítems (suma de la puntuación de cada una de las cinco características). La puntuación total de la escala se obtiene sumando la de los 12 ítems. Posteriormente se ha realizado un análisis de componentes principales con rotación Varimax (MINEIGEN 1 ITERATE 25) de las puntuaciones totales de cada sustancia para conocer la estructura dimensional de la escala. Por último, se han realizado correlaciones mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman entre las dimensiones de la EASP y las escalas clínicas. Se han comparado algunas medias utilizando el estadístico t de student. En todos los casos se ha considerado un nivel de significación estadística $p < 0,05$, test bilateral. Los cálculos se han realizado mediante el paquete estadístico SPSS v.17.

Tabla 1. Características clínicas de la muestra

	media (DT)
PANSS ¹ (n = 105)	
PANSS- positivo	11,44 (4,06)
PANSS- negativo	15,96 (7,09)
PANSS-general	26,20 (8,60)
PANSS-total	53,60 (17,84)
FCQ-3 ² (n = 78)	30,04 (25,83)
ICG ³ (n = 105)	2,86 (1,46)
GAF ⁴ (n = 105)	67,50 (13,65)

¹ Positive and Negative Syndrome Scale. ² Frankfurt Complaint Questionnaire, third version. ³ Clinical Global Impression.

⁴ Global Assessment of Functioning scale.

**Tabla 2a.** Escala para la Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP)

La Escala para la Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP) es una escala heteroaplicada que se ha construido para realizar una rápida anamnesis del uso de sustancias y de la presencia de adicciones conductuales en enfermos psicóticos. Será válida la información recogida de cualquier fuente de información fiable, si bien la principal fuente será la información facilitada por el propio paciente. En cada uno de los doce ítems se considerará:

- A. Primer uso de la sustancia
- 1) Después de los 30 años.
 - 2) Entre los 26 y los 30 años.
 - 3) Entre los 21 y los 25 años.
 - 4) Entre los 16 y los 20 años.
 - 5) Antes de los 16 años.
- B. Tiempo total durante el que se ha consumido la sustancia (o durante el cual ha existido como un problema activo la conducta adictiva), considerando cualquier nivel de intensidad de consumo. Los periodos de tiempo separados por periodos de abstinencia se sumarán para un cómputo global.
- 1) Nunca o hasta un máximo de tres días.
 - 2) Entre tres días y seis meses.
 - 3) Entre seis meses y 5 años.
 - 4) Entre 5 y 15 años.
 - 5) Más de 15 años.
- C. Último consumo de la sustancia (o última realización de la conducta adictiva):
- 1) Hace más de cinco años o nunca ha consumido la sustancia.
 - 2) Hace más de seis meses, pero menos de cinco años.
 - 3) Hace más de un mes, pero menos de seis meses.
 - 4) Hace más de una semana, pero menos de un mes.
 - 5) En la última semana.
- D. Frecuencia más representativa de consumo o realización de la conducta en las épocas de mayor actividad adictiva:
- 1) Nunca o como mucho tres veces en la vida.
 - 2) Esporádicamente: como mucho cuatro veces al año.
 - 3) Una a tres veces al mes.
 - 4) Una a dos veces a la semana.
 - 5) Tres o más veces a la semana.
- E. Intensidad de la adicción en los episodios de mayor actividad:
- 1) Ha consumido la sustancia o realizado la conducta como máximo en tres ocasiones y siempre sin problemas.
 - 2) Uso habitual, moderado y no problemático de la sustancia, o hábito no problemático.
 - 3) Abuso, uso no problemático a dosis altas o hábito problemático.
 - 4) Dependencia, problemas graves debidos al consumo o conducta claramente adictiva.
 - 5) Mantenimiento del consumo o conducta adictiva a pesar de ocasionar problemas muy graves, se cumplan o no criterios de dependencia.

SUSTANCIAS Y CONDUCTAS EVALUADAS

- 1) Tabaco.
- 2) Bebidas y alimentos potencialmente adictivos: café, té, bebidas de cola o energéticas, alimentos energéticos (chocolate, dulces, frutos secos, etc.).
- 3) Alcohol.
- 4) Cannabis.



(Continuación tabla 2a)

5)	Anfetaminas y 'pastillas' psicoestimulantes: incluye anfetaminas, éxtasis, speed, drogas de diseño y similares.
6)	Alucinógenos: LSD (tripsis, ácido), ketamina, setas alucinógenas u otros.
7)	Cocaína (sola o en mezcla con heroína).
8)	Opiáceos (solos o en mezcla con cocaína).
9)	Psicofármacos: cualquier psicofármaco prescrito cuando se hace un uso irregular, o cualquier psicofármaco adquirido en el mercado ilegal. Incluye el uso irregular de BDZ, metilfenidato o psicofármacos de prescripción similares.
10)	Sustancias volátiles: pegamentos, colas inhalables o similares.
11)	Ludopatía: tragaperras, bingo, partidas de cartas, lotería, etc.
12)	Otras adicciones conductuales: al sexo, a internet, a compras, vigorexia, anorexia, ortorexia, etc.

* En los apartados que incluyen varias sustancias o conductas, se puntuará según la más intensa, frecuente y/o grave. Cuando se consuma mezcla de cocaína y heroína, puntuar en 7 y 8.

Tabla 2b. Escala para la Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP)

Sustancia	Primer uso	Tiempo de consumo	Último consumo	Frecuencia de consumo	Intensidad de adicción	Total (0-20)
1. Tabaco	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
2. Café y otros alimentos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
3. Alcohol	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
4. Cannabis	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
5. Anfetaminas y "pastillas" psicoestimulantes	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
6. Alucinógenos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
7. Cocaína	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
8. Opiáceos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
9. Psicofármacos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
10. Sustancias volátiles	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
11. Ludopatía	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
12. Otras adicciones conductuales	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	
Total						(0- 262)



3. RESULTADOS

Las puntuaciones obtenidas en la EASP se muestran en la figura 1 y en la tabla 3. La puntuación global de la escala no se ajusta a una distribución normal, pues parece tener dos o tres picos, con una cola izquierda de aproximadamente 15 sujetos sin casi uso de sustancias, un segundo pico en torno a la puntuación de 45 y un tercer pico en torno a la puntuación de 90.

Se observa un uso predominante de sustancias legales: tabaco, café y alcohol. Le sigue el uso de cannabis, la ludopatía y otras adicciones comportamentales. Por último se encuentra el resto de las sustancias ilegales. En la puntuación de cada sustancia, el atributo más relevante es la edad precoz de inicio en el consumo, entre los 16 y los 21 años, especialmente para las sustancias legales.

Figura 1. Histograma de distribución de la puntuación EASP

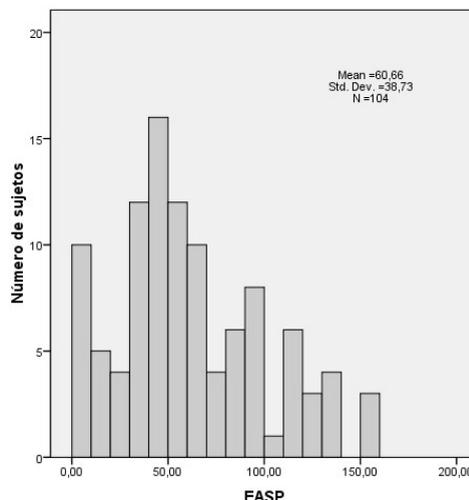


Tabla 3. Puntuaciones en la Escala para la Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP)

Sustancia	Primer uso	Tiempo de consumo	Último consumo	Frecuencia de consumo	Intensidad de adicción	Total Rango de puntuación (0-20)
1. Tabaco	2,84 (1,38)	3,08 (1,50)	2,92 (1,71)	3,19 (1,54)	1,86 (1,18)	13,89 (6,61)
2. Café y otros alimentos	2,59 (1,41)	2,97 (1,52)	2,84 (1,76)	2,83 (1,60)	1,09 (1,02)	12,31 (6,61)
3. Alcohol	2,60 (1,47)	2,70 (1,58)	1,60 (1,74)	2,08 (1,55)	1,33 (1,27)	10,30 (6,03)
4. Cannabis	1,80 (1,59)	1,53 (1,59)	0,66 (1,35)	1,57 (1,74)	1,10 (1,34)	6,67 (6,68)
5. Anfetaminas y 'pastillas' psicoestimulantes	0,78 (1,29)	0,54 (0,99)	0,04 (0,24)	0,64 (1,28)	0,42 (0,97)	2,42 (4,31)
6. Alucinógenos	0,54 (1,09)	0,33 (0,72)	0,01 (0,10)	0,32 (0,77)	0,22 (0,62)	1,43 (2,98)
7. Cocaína	0,92 (1,32)	0,99 (1,46)	0,30 (0,77)	0,96 (1,54)	0,71 (1,28)	3,60 (5,85)
8. Opiáceos	0,51 (1,10)	0,57 (1,23)	0,16 (0,57)	0,63 (1,36)	0,54 (1,20)	2,42 (4,95)



(Continuación tabla 3)

9. Psicofármacos	0,27 (0,87)	0,24 (0,78)	0,10 (0,59)	0,27 (0,91)	0,28 (0,84)	1,15 (3,56)
10. Sustancias volátiles	0,04 (0,39)	0,02 (0,19)	0,00 (0,00)	0,04 (0,39)	0,03 (0,29)	0,12 (1,27)
11. Ludopatía	0,59 (1,20)	0,81 (1,43)	0,58 (1,28)	0,88 (1,49)	0,71 (1,21)	3,60 (6,05)
12. Otras adicciones conductuales	0,42 (1,04)	0,53 (1,18)	0,32 (0,98)	0,51 (1,14)	0,95 (1,07)	2,74 (4,48)
Rango de puntuación	(0 - 48)	(0 - 48)	(0 - 48)	(0 - 48)	(0 - 48)	(0 - 262)
Total (n, DT)	42,22 (34,16)	14,31 (8,77)	9,54 (6,15)	13,91 (9,50)	9,18 (7,89)	60,66 (38,73)

En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis de componentes principales rotado, que permite explicar el 63,06 % de la varianza. Del análisis resultan tres componentes. Un primer componente general se relaciona con todos los ítems, excepto con el de sustancias volátiles. En un segundo componente pesa el consumo de café con relativa especificidad. En un tercer componente pesa exclusivamente el uso de sustancias volátiles. Este tercer factor es prescindible, pues en nuestra muestra sólo una persona usaba sustancias volátiles. Al eliminar este ítem del análisis, persisten los dos primeros factores de manera similar. Si bien el uso de café da lugar a un segundo componente, se correlaciona también de manera relevante con la primera dimensión. Por todo ello consideramos que la escala EASP puede interpretarse como una evaluación unidimensional del constructo 'adictividad' y por ello los análisis de correlación se harán utilizando la puntuación total en la escala.

En la tabla 5 se muestran las correlaciones entre las dimensiones clínicas. La EASP sólo se correlaciona, y además lo hace de manera ligera, con la experiencia de sínto-

mas psicóticos subjetivos evaluados con el FCQ-3. El resto de las escalas muestran una intensa correlación entre sí. Puesto que el consumo de café daba lugar a un segundo componente, se ha analizado la correlación del consumo de café con las dimensiones clínicas, resultando una ligera asociación negativa entre el consumo de café y el síndrome negativo ($\rho = -0,23$; p bilateral = 0,019, $n = 105$), de manera que cuanto mayor es el consumo de café menor es el síndrome negativo. No se han encontrado asociaciones significativas entre el consumo de café y el resto de dimensiones clínicas.

La EASP no se correlaciona con la edad ($\rho = 0,005$; p bilateral = 0,959 $n = 105$). Se ha realizado una comparación de la adictividad en ambos sexos encontrándose una diferencia significativa ($p < 0,001$; $t = -6,29$; 95,84 g.l.): mujeres EASP (media = 34,80; DT 24,66), varones (media = 73,78; DT 38,07), de manera que la adictividad aparece como una dimensión clínica el doble de intensa en varones que en mujeres. Es de desatascar que, respecto al sexo, no existen diferencias significativas en el resto de dimensiones clínicas (PANSS total, PANSS



Tabla 4. Matriz rotada de componentes de la Escala para la Evaluación de la Adictividad en el Síndrome Psicótico (EASP) en la muestra

	Componente (porcentaje de varianza explicada)		
	1 (31,29 %)	2 (23,00 %)	3 (8,77 %)
Tabaco	,641	,516	-,204
Café y otros alimentos	,513	,647	,011
Alcohol	,695	,513	-,070
Cannabis	,820	,082	,066
Anfetaminas y "pastillas" psicoestimulantes	,712	-,287	,036
Alucinógenos	,694	-,283	,028
Cocaína	,876	-,247	,161
Opiáceos	,778	-,344	,078
Psicofármacos	,587	-,257	,055
Sustancias volátiles	-,017	,189	,944
Ludopatía	,588	,124	-,132
Otras adicciones conductuales	,348	-,344	-,189

* Método de extracción: Análisis de Componentes Principales con rotación Varimax.

* En negrita se señalan las sustancias representativas de cada componente.

positivo, PANSS negativo, PANSS general, FCQ-3, ICG, GAF). Ello hace recomendable para la interpretación clínica de la escala EASP en pacientes psicóticos establecer los siguientes puntos de corte basados en percentiles diferenciando por sexos:

- Adictividad ausente o mínima (percentil igual o menor de 16): general EASP ≤ 23 ; varones EASP ≤ 38 ; mujeres EASP ≤ 7 .
- Adictividad habitual-baja en población clínica de pacientes psicóticos (percentil entre 17 y 50): general EASP 24 a 54; varones EASP 39 a 68; mujeres EASP 8 a 36.
- Adictividad habitual-alta en población clínica de pacientes psicóticos (percentil entre 51 y 85): general EASP 55 a 110; varones EASP 69 a 116; mujeres EASP 37 a 54.
- Adictividad alta en población clínica de pacientes psicóticos (percentil entre 85 y 98): general EASP 111 a 154; varones EASP 117 a 156; mujeres EASP 55 a 112.
- Adictividad extrema en población clínica de pacientes psicóticos (percentil mayor de 98): general EASP 154 a 262; varones EASP 157 a 262; mujeres EASP 113 a 262.

**Tabla 5.** Matriz de correlaciones entre las escalas clínicas obtenida en la muestra

Rho de Spearman ρ (bilateral) n	EASP	PANSS total	PANSS positivo	PANSS negativo	PANSS general	FCQ-3	Impresión Clínica Global	GAF
EASP	1,000 . 104	-,093 ,345 104	,049 ,624 104	-,193* ,050 104	-,041 ,676 104	,289* ,011 77	,026 ,792 104	-,042 ,674 104
PANSS total	-,093 ,345 104	1,000 . 105	,849** ,000 105	,900** ,000 105	,950** ,000 105	,416** ,000 78	,889** ,000 105	-,869** ,000 105
PANSS positivo	,049 ,624 104	,849** ,000 105	1,000 . 105	,649** ,000 105	,791** ,000 105	,542** ,000 78	,800** ,000 105	-,735** ,000 105
PANSS negativo	-,193* ,050 104	,900** ,000 105	,649** ,000 105	1,000 . 105	,762** ,000 105	,255* ,024 78	,763** ,000 105	-,798** ,000 105
PANSS general	-,041 ,676 104	,950** ,000 105	,791** ,000 105	,762** ,000 105	1,000 . 105	,412** ,000 78	,852** ,000 105	-,820** ,000 105
FCQ-3	,289* ,011 77	,416** ,000 78	,542** ,000 78	,255* ,024 78	,412** ,000 78	1,000 . 78	,572** ,000 78	-,452** ,000 78
Impresión Clínica Global	,026 ,792 104	,889** ,000 105	,800** ,000 105	,763** ,000 105	,852** ,000 105	,572** ,000 78	1,000 . 105	-,896** ,000 105
GAF	-,042 ,674 104	-,869** ,000 105	-,735** ,000 105	-,798** ,000 105	-,820** ,000 105	-,452** ,000 78	-,896** ,000 105	1,000 . 105

* Correlación significativa al nivel $p < 0.05$ (dos colas).** Correlación significativa al nivel $p < 0.01$ (dos colas).¹ Positive and Negative Syndrome Scale. ² Frankfurt Complaint Questionnaire, third version. ³ Clinical Global Impression.⁴ Global Assessment of Functioning scale.

4. DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio son coherentes con el hecho conocido de que el uso de sustancias es elevando en personas diagnosticadas de algún trastorno psicótico. En nuestra muestra sólo 10 sujetos (9,52 %) pueden considerarse libres de adicciones (establecemos para definir la situación 'libre de adicciones' el punto de corte de EASP menor de 10). El uso de sus-

tancias legales, el cannabis, y las adicciones conductuales representan el patrón adictivo más frecuente. La adictividad ha resultado mayor en los varones de nuestra muestra en comparación con las mujeres, lo cual es también coherente con el hecho conocido de una mayor prevalencia de TUS en varones (Steel et al., 2014).

Las recientes recomendaciones del grupo de trabajo de las Naciones Unidas para



el manejo de los trastornos duales (Volkow et al., 2020) advierten de la importancia de atender al ‘síndrome de la puerta equivocada’ por el que se ignora el diagnóstico y tratamiento de los TUS en los servicios de salud mental y en los servicios médicos generales, y viceversa. Además, las personas con TUS suelen excluirse de los estudios sobre nuevos tratamientos con lo cual se dificulta la creación de nueva evidencia científica. El uso de sustancias como factor de riesgo de los trastornos mentales suele investigarse mediante cuestionarios al uso, habitualmente diseñados para cada una de las sustancias de interés (Chavez et al., 2019). Pero la recogida sistemática de datos de anamnesis sobre el consumo de sustancias, más aún en personas con trastornos psicóticos, puede resultar ineficiente si no se dispone de instrumentos sencillos e integrados. Por ello consideramos que la escala EASP puede ser un instrumento de utilidad en la rehabilitación psicosocial de personas con patología dual pues muestra validez de constructo y consistencia psicométrica para evaluar la dimensión de adictividad, la cual aparece como independiente del resto de dimensiones clínicas en los trastornos psicóticos. En un trabajo complementario en este monográfico se describe la asociación de la adictividad con la disfunción cognitiva de la memoria verbal (López Lorenzo et al., 2021).

El estudio actual se ha realizado sobre una población con un probable sesgo hacia un exceso representatividad de TUS. Por ello son recomendables nuevos estudios, preferentemente multicéntricos, para establecer una adecuada baremación en población española. No obstante, pensamos que la estructura dimensional de la escala presentará pocos cambios. Así mismo, es deseable el estudio de su fiabilidad interob-

servadores y de su validez concurrente con otros instrumentos para la evaluación del uso de sustancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Dorta, I. (2016). El abordaje del término patología dual en la legislación y planificación autonómica. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(3), 85–96.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders Fifth Edition. DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Chavez, L. J., Bradley, K. A., Lapham, G. T., Wickizer, T. M., & Chisolm, D. J. (2019). Identifying problematic substance use in a national sample of adolescents using frequency questions. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(4), 550–558. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.04.180284>
- Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G., & Schutz, C. G. (2020). Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2406. <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>
- Hasan, A., von Keller, R., Friemel, C. M., Hall, W., Schneider, M., Koethe, D., Leweke, F. M., Strube, W., & Hoch, E. (2020). Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(4), 403–412. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01068-z>
- Jimeno Bulnes, N., Jimeno Valdés, A., & Vargas Aragón, M. L. (1996). *El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt. Conceptos y resultados*. Springer - Verlag Ibérica.



- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- López Lorenzo, S., Jimeno Bulnes, N., & Vargas Aragón, M. L. (2021). La adictividad como factor de riesgo del déficit de memoria en la esquizofrenia: estudio de casos y controles. *Revista Española de Drogodependencias*, 46(3), 36–47. <https://doi.org/red.2021.46.03.003>
- Pedersen, G., & Karterud, S. (2012). The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.04.007>
- Rabinowitz, J., Mehnert, A., & Eerdeken, M. (2006). To what extent do the PANSS and CGI-S overlap? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 303–307. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000218407.10362.6e>
- Roncero Alonso, C., & Casas Brugué, M. (2016). *Patología dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos*. ICG Marge, SL.
- Sáez, J. L. R., & Ruiz, A. S. (2017). Patología dual en drogodependientes en tratamiento: Resultados con el SCL-90-R. *Revista Española de Drogodependencias*, 42(3), 46–56.
- Salavati, B., Rajji, T. K., Price, R., Sun, Y., Graff-Guerrero, A., & Daskalakis, Z. J. (2015). Imaging-based neurochemistry in schizophrenia: a systematic review and implications for dysfunctional long-term potentiation. *Schizophrenia Bulletin*, 41(1), 44–56. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu132>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- van der Steur, S. J., Batalla, A., & Bossong, M. G. (2020). Factors moderating the association between cannabis use and psychosis risk: A systematic review. *Brain Sciences*, 10(2). <https://doi.org/10.3390/brainsci10020097>
- Vargas, M. L., & Lopez, S. (2010). P03-145 - Addiction syndrome in schizophrenia: one independent dimension. *European Psychiatry*, 25(December 2010), 1125. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(10\)71114-7](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(10)71114-7)
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/nejmra1511480>
- Volkow, N. D., Torrens, M., Poznyak, V., Sáenz, E., Busse, A., Kashino, W., Krupchanka, D., Kestel, D., Campello, G., & Gerra, G. (2020). Managing dual disorders: a statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. *World Psychiatry*, 19(3), 396–397. <https://doi.org/10.1002/wps.20796>
- Wise, R. A., & Robble, M. A. (2020). Dopamine and Addiction. *Annu. Rev. Psychol.*, 71, 79–106.