



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Trabajo de
fin de grado

**ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES DUALES DEL PROGRAMA DE
TRASTORNO MENTAL SEVERO DE LA UNIDAD
ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
(ACLAD) DE A CORUÑA**

**ESTUDO DE SATISFACCIÓN DOS PACIENTES
DUAIS DO PROGRAMA DE TRASTORNO
MENTAL GRAVE DA UNIDADE ASISTENCIAL
DE DROGOEPENDENCIAS (ACLAD) DE A
CORUÑA**

**DUAL DIAGNOSIS PATIENT SATISFACTION
WITH THE SEVERE MENTAL DISORDER
PROGRAM OF THE DRUG DEPENDENCY UNIT
(ACLAD) FROM A CORUÑA**

Autor/a/es/as: Laura Prado Argibay

Titor/a: Indalecio Carrera Machado

Cotitor/a: Tania Rodríguez Barca

Departamento: Psiquiatría, Radiología, Salud
Pública, Enfermería y Medicina

Curso 2020-2021 - setembro

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
2.1. Justificación.....	3
2.2. Patología dual.....	3
2.3. Abordaje terapéutico.....	4
2.3.1. Antipsicóticos inyectables de larga duración (APLD).....	5
2.4. Criterios de calidad asistencial.....	8
3. Objetivo.....	9
4. Metodología.....	10
4.1. Tipo de estudio.....	10
4.2. Muestra y criterios de selección	10
4.3. Instrumentos.....	10
4.4. Consideraciones éticas.....	11
4.5. Análisis de datos.....	11
5. Resultados	
5.1. Descriptores sociodemográficos.....	11
5.2. Patología dual.....	15
5.3. Proceso asistencial.....	15
5.4. APLD: mejoría y efectos adversos.....	16
5.5. Grado de satisfacción con el programa y calidad asistencial.....	18
6. Discusión.....	19
7. Conclusiones.....	22
8. Bibliografía.....	23
9. Anexos.....	25
9.1. Tablas.....	25
9.1.1. Frecuencias.....	25
9.1.2. Tratamiento con APLD.....	28
9.1.3. Gravedad y mejoría según variables.....	30
9.1.4. Variables según gravedad.....	32
9.2. CRD.....	34

1. Resumen

En el presente trabajo se valoran los pacientes duales incluidos en el programa APLD del circuito asistencial del ACLAD durante cinco años centrándonos en el análisis conjunto de su diagnóstico y su correspondiente tratamiento farmacológico, ahondando en el grado de satisfacción percibido por el enfermo y su relación con la mejoría clínica objetiva y con la calidad de dicho programa.

Palabras clave: patología dual, APLD (antipsicóticos inyectables de larga duración), CGI (impresión clínica global), UAD (unidad asistencial de drogodependencias), grado de satisfacción

1. Resumo

No presente traballo valóranse os pacientes duais incluídos no programa APLD do circuito asistencial do ACLAD durante cinco anos centrándonos no análise conxunto do seu diagnóstico e o seu correspondente tratamento farmacolóxico, afondando no grado de satisfacción percibido polo enfermo e a súa relación coa melloría clínica obxectiva e coa calidade de dito programa.

Palabras chave: patoloxía dual, APLD (antipsicóticos inxectables de larga duración), CGI (impresión clínica global), UAD (unidade asistencial de drogodependencias), grado de satisfacción

1. Abstract

In the following paper dual patients included in the APLD program of the assistance circuit from ACLAD along 5 are evaluated focusing on the overall diagnosis and its following pharmacotherapy, digging deeper into the satisfaction degree perceived by the patient and its relationship with the mentioned program's quality.

Key words: dual disorder, LAIs (long-acting injectable antipsychotics), CGI (clinical global impressions), UAD (drug dependency unit), patient satisfaction

2. Introducción

Los pacientes duales con trastorno mental severo comórbido disponen de un programa asistencial específico en las diferentes UAD (Unidad Asistencial de Drogodependencias) de la red asistencial sanitaria gallega.

El proyecto a análisis se basa en un estudio internacional: “Evaluación de los pacientes a tratamiento en las redes asistenciales de adicciones de Galicia y el norte de Portugal con neurolépticos inyectables de larga duración”. Nos centraremos en los pacientes a tratados en el ACLAD (Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga) de A Coruña que recibieron los mencionados APLD (antipsicóticos inyectables de larga duración).

2. 1. Justificación

Las personas con trastornos duales requieren de un tratamiento que abarque diferentes esferas, dada su alta morbilidad que se ve intensificada por la reticencia o dificultad en lo que se refiere a la búsqueda de tratamiento y por la pobre adherencia al tratamiento de estos enfermos.

Estas dificultades se ven afectadas por la situación actual mundial, la pandemia está afectando la salud mental de la población en general, y se espera que este impacto sea mayor en algunos individuos (por ejemplo, grupos de edad específicos, personas con trastornos de salud mental preexistentes) que en otros (1).

Con el desarrollo en las dos últimas décadas de los tratamientos integrados y los planes de tratamiento individualizados, cada vez es mayor la demanda de pautas de tratamiento multidisciplinarias, en las que se integren simultáneamente intervenciones para los pacientes con ambos trastornos (2).

Este trabajo pretende reunir información adicional acerca de los pacientes con diferentes trastornos mentales asociados al consumo de distintas sustancias adictivas y conocer mejor la respuesta a tratamiento (especialmente en lo referido a los antipsicóticos de larga duración) para así poder valorar la efectividad conjunta en el trastorno dual y en función de esto poder modificar y mejorar la asistencia integral en estos pacientes, teniendo en cuenta expresamente el nivel de satisfacción del usuario.

2.2. Patología dual

La comorbilidad entre un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otro trastorno psiquiátrico se conoce como diagnóstico dual, pudiendo presentarse primero uno u otro y coexistir o bien ocurrir

a lo largo del ciclo vital del individuo. Lo más frecuente (en un 80% de los casos) es que aparezca antes el trastorno mental (3).

Este trastorno comórbido es muy frecuente como así señalan grandes estudios epidemiológicos en población general y en muestras clínicas (4), y en lo que respecta al campo de la psiquiatría, según el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area) (5), que contaba con 20.291 personas, más de la mitad de los drogodependientes sufrían trastornos mentales (TM) siendo la prevalencia de esquizofrenia y trastornos afectivos del 7 y el 26%, respectivamente.

En relación con el consumo, las drogas de abuso más prevalentes según la literatura entre los pacientes duales son: alcohol (78'1%), cannabis (62'5%), cocaína (51'6%) (8) y nicotina; sin embargo, la mayoría de los pacientes no se van a limitar al consumo de una sola, por lo que si es posible se deben clasificar en función de la sustancia o clase de sustancias más utilizadas (7), como es el caso de este estudio.

En el programa se tratan pacientes con TM severo, en cuanto a este concepto de severidad del trastorno mental, se deben cumplir unos requisitos estimados en cuanto a sintomatología (normalmente psicótica), evolución prolongada (más de dos años) y discapacidad (en diferentes ámbitos funcionales).

Estos pacientes se encuadran en el término de pacientes crónicos complejos (PCC), es decir, pacientes crónicos con una situación de complejidad de difícil gestión (9) (*Terminologia de l'atenció integrada* | TERMCAT, 2016) ya que reúnen múltiples (exceptuando las edades extremas o enfermedades minoritarias, cumplen todos los criterios) características de este perfil (10):

- Multimorbilidad (coincidencia de dos o mas problemas de salud, generalmente crónicos (*Terminologia de la cronicitat* | TERMCAT, 2013))
- Patología grave o progresiva (trastorno mental severo)
- Condición de gravedad o progresión en cuanto a la fragilidad, la funcionalidad y el deterioro cognitivo
- Alta probabilidad de sufrir descompensaciones
- Síntomas persistentes intensos y refractarios
- Evolución dinámica, variable y que requiere evaluación continua
- Alta utilización de servicios, polimedicación y consumo alto de recursos

2.3. Abordaje terapéutico

Al analizar la información existente en este campo, se observó la existencia de una gran variabilidad en el tratamiento de los pacientes con un trastorno dual, variabilidad que generaba cierta incertidumbre entre los clínicos a la hora de la toma de decisiones, fundamentalmente en relación con el tratamiento (2).

Estos pacientes son de difícil abordaje, por lo general no son ellos propiamente los que desean recibir tratamiento, pero también es necesario decir que el “rechazo” es bidireccional, por parte de las instituciones y la sociedad en general y además son pacientes costosos que viven vidas indignas, sufren y causan mucho sufrimiento a sus familiares. Sin tratamiento, el pronóstico es desfavorable (6).

Existen varios modelos terapéuticos posibles (11), entre los más comunes están el secuencial (era el más frecuente, cursa por etapas), el paralelo (a la vez en dos redes asistenciales separadas), y el integrado (trata ambas patologías de adicción y de trastorno mental con profesionales especializados en la materia).

Es especialmente importante en estos PCC abordar su multimorbilidad de la manera más eficaz posible, de una manera unificada que disminuya las hospitalizaciones por descompensación o recaída, que disminuya los problemas sociales que conllevan estos trastornos y que disminuya las pérdidas por no adherencia al tratamiento.

Esto se puede alcanzar en mayor medida (3) utilizando el modelo integrado, compuesto por un único equipo asistencial multidisciplinar que ayude al paciente en las diferentes esferas, médica, psicológica, social y familiar, mediante (SEPD, 2009) terapias cognitivo-conductuales, motivacionales y psicoeducativas, terapias grupales y familiares y por supuesto terapia farmacológica (antidepresivos, estabilizadores del ánimo, tratamientos específicos de deshabitación a opioides/alcohol), especialmente APLD bajo supervisión directa o ILD (inyectables de larga duración) para mejorar la adherencia al tratamiento.

Todo ello permite proporcionar una asistencia más individualizada y flexible que potencia la alianza médico-paciente que mejore la retención de los pacientes en el tratamiento (11) y con la ventaja añadida de la mejor utilización de los recursos y servicios.

2.3.1. Antipsicóticos inyectables de larga duración (APLD)

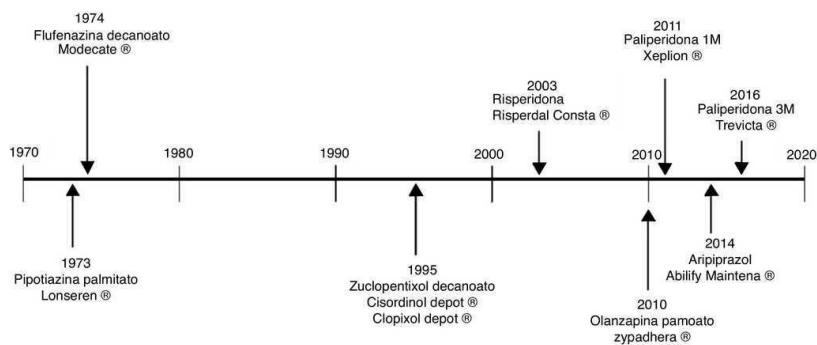
Son la base del tratamiento en este programa. El término de neuroléptico (del griego *neuro*, “nervio”, y *lepto*, “atar”) proviene del complejo síndrome farmacológico que producen en la especie humana y en los animales (12) y son un grupo de fármacos que actúan al nivel del sistema nervioso. Estos fármacos se desarrollaron en los años 50 dando lugar a los primeros antipsicóticos, los llamados clásicos o típicos, como la clorpromazina o el haloperidol. Se utilizan fundamentalmente en el tratamiento de las psicosis, orgánicas, tóxicas, y especialmente en las idiopáticas, por ello la denominación de antiesquizofrénicos o antipsicóticos (12), actuando de manera muy eficaz contra los síntomas positivos y en menor medida contra el resto de sintomatología.

Su mecanismo de acción se produce antagonizando la dopamina, bloqueando todos los receptores dopaminérgicos, aunque con máxima afinidad por los D_2 pre y postsinápticos. Sin embargo, aún no está totalmente esclarecido su funcionamiento a largo plazo en cuanto a qué

neurotransmisores afecta y cómo, lo que sí está demostrado es que disminuye la actividad de la dopamina y reestablece el equilibrio neurohormonal cerebral.

Más tarde salen al mercado los nuevos o atípicos (algunos de estos son la clozapina, la quetiapina, la risperidona, el aripiprazol o la paliperidona) con importantes diferencias y ventajas como la menor tasa de efectos adversos, en especial los extrapiramidales, y la menor incidencia de catalepsia y de hiperprolactinemia. No todos actúan bloqueando los mismos receptores, pero a groso modo se pueden explicar sus diferencias con los clásicos por su mayor selectividad por los sistemas dopaminérgicos mesolímbico y mesocortical que por el nigroestriado (12), por bloquear con más afinidad además de los D_2 los D_4 y receptores de otros sistemas como el serotoninérgico $5-HT_{2A}$, muscarínicos y α -adrenérgicos.

En el programa a estudio se utilizan fundamentalmente estos últimos, en su presentación inyectable, mayormente la paliperidona (Xeplion®) y el aripiprazol (Abilify Maintena®). Los ILD (Inyectables de Larga Duración) surgen para mejorar la adherencia a tratamiento y así disminuir las subsecuentes recaídas. Esta falta de cumplimiento terapéutico esta presente en casi la mitad de los pacientes con esquizofrenia (14 - *Lacro et al., 2002*). Clásicamente son conocidos como *depot*, puesto que se administran por vía intramuscular lo cual permite que se liberen paulatinamente, al encontrarse esterificados y disueltos en un aceite vegetal (12).



Rev Psiquiatr Salud Ment. 2019;12:92-105

Esquema 1. Fecha de comercialización en España de los NILD - (Arango et al., 2019)

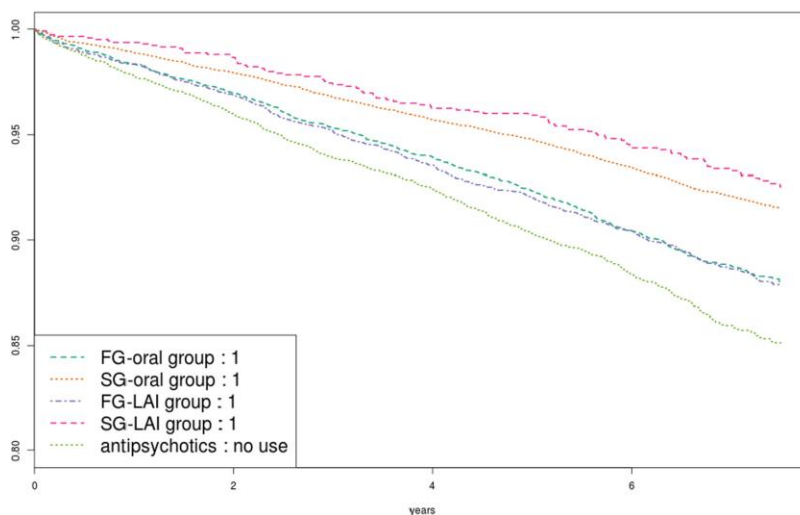
A pesar de sus múltiples ventajas tanto para el paciente como para su entorno y para el coste sanitario (a pesar de su elevado precio disminuyen los costes directos de las complicaciones por falta de adherencia) y de que se dispone de ellos desde hace muchos años, se utilizan muy poco, siendo España uno de los países en los que más se usan aún cuando solo representan el 15% de los antipsicóticos de segunda generación con respecto a los orales (13), reservándose para los casos más rebeldes en cuanto a eficacia, tolerancia o adherencia.

En cuanto a efectos secundarios, los antipsicóticos clásicos son conocidos por sus múltiples reacciones adversas (variables según el fármaco en concreto) que incluyen entre las más importantes: sedación, bloqueo vegetativo, reacciones extrapiramidales (parkinsonismo,

discinesia, acatisia, discinesia tardía), aumento de peso, impotencia, reducción de la libido, irregularidades menstruales, etc.

Respecto a los antipsicóticos atípicos, reducen los efectos secundarios no sólo por interactuar con diferentes receptores si no también por actuar en lugares diferentes (paleoestriado, sistema límbico, corteza prefrontal y frontal) (12). Igualmente, sus diferentes mecanismos de acción dentro de este mismo grupo influyen en sus reacciones adversas (15). De entre los más utilizados en este estudio, Paliperidona y Aripiprazol, un ensayo clínico aleatorizado con 295 pacientes (15 - *Qualify: A Randomized Head-to-Head Study of Aripiprazole Once-Monthly and Paliperidone Palmitate in the Treatment of Schizophrenia*, 2015) los efectos adversos fueron el motivo más frecuente de interrupción del tratamiento, siendo más frecuentes específicamente con la Paliperidona. Para ambos fármacos, se registraron efectos adversos emergentes en más de un 5% de los pacientes: dolor en el lugar de inyección, insomnio, náuseas, desórdenes psicóticos y aumento de peso.

Y en lo que atañe a la reducción de la mortalidad, se han encontrado mejoras en las preparaciones inyectables e incluso superiores en los ILD atípicos. En una cohorte con casi treinta mil pacientes con esquizofrenia (16 - *Taipale et al., 2018*) seguidos durante 5.7 años, se constató una reducción de la tasa de mortalidad de aproximadamente un 30%.



Gráfica - Curva de Kaplan-Meier - (Taipale et al., 2018)

En la gráfica superior podemos observar como la mayor mortalidad se encuentra en el grupo sin ningún tratamiento antipsicótico y va aumentando la supervivencia con los diferentes regímenes farmacológicos hasta el que presenta una menor tasa de mortalidad acumulada: un 7.5% con el uso de antipsicóticos inyectables de larga duración de segunda generación (SG-LAI).

2.4. Criterios de calidad asistencial

Existen múltiples definiciones en lo que se refiere a la ‘satisfacción del paciente’, puesto que se trata de una dimensión subjetiva, es decir, relativa al modo de pensar o sentir del sujeto y a los valores actuales en el sistema de atención médica y la sociedad de la que forma parte (17), lo que conlleva a que sea difícil estimar e interpretar un grado o nivel de satisfacción, pero podría definirse como *la evaluación cognitiva y la reacción emocional de un individuo a su experiencia de atención médica* (18 - Müller et al., 2020).

Una revisión de la literatura acerca de estas diferentes teorías determinó que un modelo inclusivo general de satisfacción del paciente debería cubrir los siguientes puntos clave (19):

1. Acceso adecuado a los servicios de salud, incluido el entorno en el que se lleva a cabo el tratamiento y el nivel de coordinación asistencial
2. El suministro de información sanitaria
3. La relación entre el paciente y el personal sanitario, específicamente la empatía con el paciente
4. Participación en la toma de decisiones con respecto al tratamiento, incluidos los temores asociados y la sensación de pérdida de control, así como el uso adecuado de terapias y medicamentos
5. Satisfacción con el tratamiento proporcionado, es decir, la calidad técnica de la atención prestada
6. La eficacia del tratamiento, incluyendo la medida en que el tratamiento cumple con las expectativas del paciente y lo ayuda en su vida diaria
7. Satisfacción general

Las herramientas de medición de la satisfacción del paciente utilizadas en este trabajo son la valoración del grado de satisfacción y la tendencia a la recomendación del programa con APLD por parte del paciente y de la familia (ambas escalas analógico-visuales) y la Escala de Impresión Clínica Global o CGI (Clinical Global Impression Scale) (recogidas en el Anexo 2. CRD), también valorada por el paciente y la familia, herramienta en un principio desarrollada para su empleo en ensayos clínicos y ahora extendida también a la práctica clínica, que proporciona una medida resumida general de la evolución del paciente que tiene en cuenta: el conocimiento del historial del paciente, las circunstancias psicosociales, los síntomas, el comportamiento y el impacto de los síntomas en la capacidad funcional del paciente (20) o en nuestro caso, de también aplicar la escala por parte del propio paciente PGI (Patient Global Impression Scale), tendrá en cuenta los síntomas subjetivos, para cuantificar la mejoría percibida según su gravedad inicial y su mejoría global (SI – Severity Index y GI – Global Improvement). En esta última escala se ha demostrado (según un estudio multicéntrico doble ciego controlado con placebo con 472 pacientes con trastorno bipolar o depresión mayor) una alta concordancia con la CGI realizado por el profesional clínico y a su vez una gran validez convergente con otras escalas de valoración psiquiátrica (21).

En este caso, no estamos midiendo resultados objetivos o fácilmente medibles (tasas de recuperación, de supervivencia, etc.) si no que queremos valorar la satisfacción del paciente (como

puede ser su grado de rehabilitación física y social, su grado de discapacidad, o incluso, el éxito o fracaso terapéutico, que tampoco tiene validez absoluta) (17).

Esta parte de la evaluación de la percepción del paciente es de gran importancia, puesto que al fin y al cabo si el paciente no experimenta sensación de mejoría, por mucho que los parámetros clínicos sean favorables, no estaremos ayudando al máximo a mejorar su calidad de vida. Su relevancia en el presente estudio es incluso mayor, dadas las consecuencias negativas en diferentes ámbitos de la vida de dichos pacientes, que además de una enfermedad psiquiátrica se ven inmersos en un trastorno por uso de sustancias.

Hoy día existe evidencia de que la calidad de vida mejorará en función del tratamiento y la recuperación en pacientes con TUS (Trastorno por Uso de Sustancias) y de que la satisfacción del paciente predice mejores resultados físicos, mentales y psicológicos (18).

Debe medirse tempranamente y de forma regular (18), sin embargo, los parámetros a medir aún no están lo suficientemente estudiados y contrastados como para establecer qué relación tienen con la atención clínica y así poder mejorar los programas de tratamiento función a ello. Además, las estimaciones de calidad (17) son menos estables y definitivas que las que derivan de la medición de resultados, pero pueden ser más importantes para saber si se está practicando correctamente la medicina.

3. Objetivo

El objetivo del presente trabajo es elaborar un estudio del perfil de dichos pacientes con enfermedad dual con trastorno mental severo comórbido y de sus niveles de satisfacción con el programa de la unidad asistencial de drogodependencias de ACLAD (Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga) de A Coruña.

El proyecto se basa en un estudio internacional: “Evaluación de los pacientes a tratamiento en las redes asistenciales de adicciones de Galicia y el norte de Portugal con neurolépticos inyectables de larga duración” que busca mejorar la calidad asistencial a los enfermos duales tratados con APLD en A Coruña a lo largo de 5 años.

Se evalúan los siguientes aspectos fundamentales acerca de este circuito asistencial:

- Las características sociodemográficas y clínicas de los enfermos que reciben este tipo de fármacos (APLD)
- La eficacia y seguridad del tratamiento en estos pacientes duales
- El nivel de mejora con dicho tratamiento, evaluado por parte del profesional sanitario, del paciente y de las familias
- El grado de satisfacción percibido por parte de los enfermos y sus familias, así como la recomendación del programa

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Es un estudio abierto, observacional, longitudinal que abarca un periodo de cinco años. Evalúa la utilidad de fármacos en fase de postcomercialización, siendo clasificado como “Estudio Postautorización de seguimiento prospectivo (EPA-PS)” por la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios).

4.2. Muestra y criterios de selección

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes a tratamiento con ILD en el centro ACLAD de A Coruña desde octubre de 2014 hasta octubre de 2019, totalizando una muestra de 265 pacientes a estudio. Todos los participantes tenían que cumplir los siguientes requisitos: ser mayor de edad y haber comprendido y firmado el correspondiente consentimiento informado. De esta muestra total se ha valorado a más del 25% de la muestra para evaluar el actual grado de satisfacción con este programa entre los pacientes de ACLAD que participan en el mismo. Esta evaluación se ha hecho por alumnos de enfermería durante su rotación en el centro.

Se excluyeron aquellos que formaban parte de otros estudios en los centros participantes, aquellos con una alteración de sus competencias (incapacitación, retraso mental, descompensación de enfermedad mental severa) o otras patologías que les impidiesen participar y por supuesto aquellos que no cumpliesen los criterios de inclusión.

4.3. Instrumentos

Para la realización del estudio se emplearon cuadernos de recogida de datos (CRD) que se cubrieron recabando la información necesaria de las fuentes siguientes:

- Historia Clínica (obtenida de historias clínicas convencionales y de IANUS)
- Sistema de Evaluación Asistencial (SEA): recoge y unifica los datos de los pacientes tanto de Galicia como del norte de Portugal en relación con el programa
- Escala para Monitorización Sistemática de Acontecimientos Asociados a Tratamientos (SMARTS)
- Escalas de Impresión Clínica Global (CGI): una realizada por el personal asistencial y otras dos realizadas bajo la supervisión de profesionales EIR por parte del paciente y su familia
- Escalas analógico-visuales para evaluar el grado de satisfacción con el programa y el nivel de recomendación de este por parte del paciente y de la familia

4.4. Consideraciones éticas

Todos los participantes y los investigadores han firmado los consentimientos informados correspondientes al estudio. Para garantizar la confidencialidad y anonimidad los CRD muestran únicamente un código de registro autonómico. Tampoco se podrá identificar a los pacientes en el análisis de datos, puesto que éstos se analizan conjuntamente. Asimismo, los datos recabados en el estudio se tratarán según la normativa vigente actualmente en esta materia.

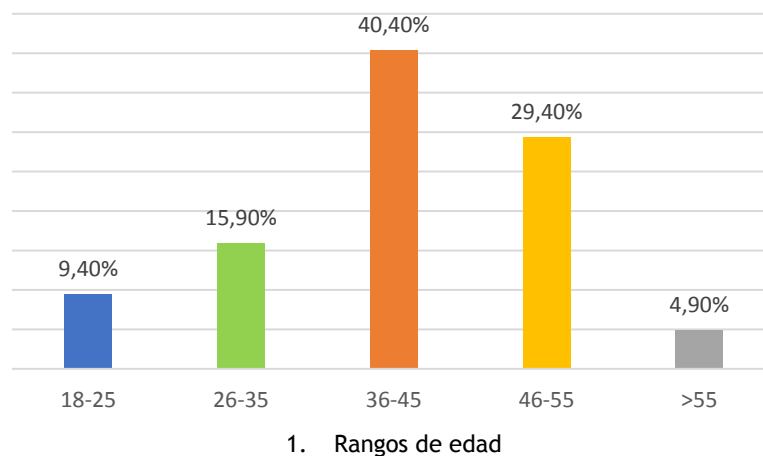
4.5. Análisis de datos

La clasificación de los datos recogidos y el consiguiente análisis estadístico de la muestra se ha realizado mediante el programa informático SPSS, contando con un tamaño muestral de 265 y cruzando las más de doscientas variables a estudio para lo que se ha empleado la prueba Chi-Cuadrado de Pearson (para las variables categóricas) y ANOVA (para las cualitativas), utilizando un nivel de significación de 0'05 para el intervalo de confianza del 95%.

5. Resultados

5.1. Descriptores sociodemográficos

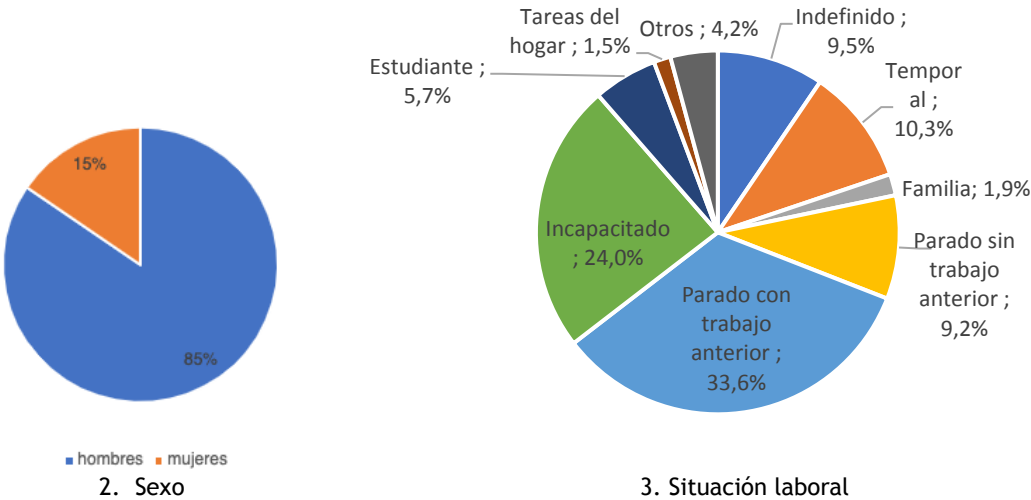
Del total de pacientes de la muestra (N=265), la media de edad es de 40,73 años (con una desviación típica de 9'739)(Gráfico 1) de los cuales un 84'5% son hombres y un 15'5% mujeres (Gráfico 2).



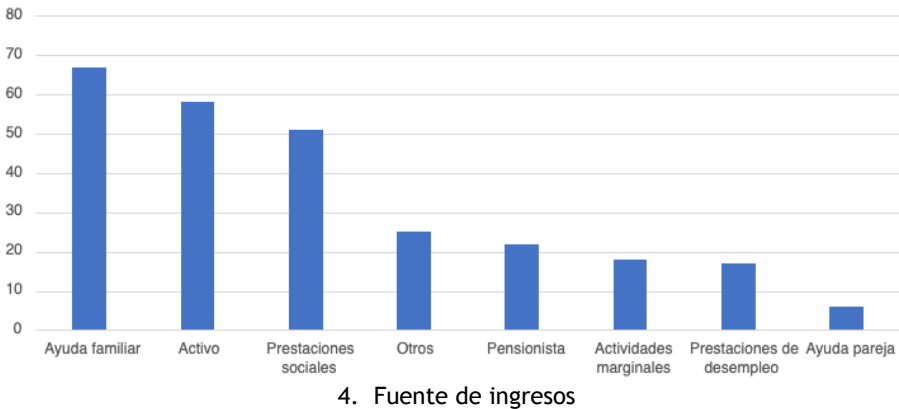
La mitad cuentan con un nivel de estudios de Educación Secundaria Obligatoria o con un título de Formación Profesional de Primer Grado (FP-I), un 30'7% cuentan únicamente con estudios de

Educación Primaria (un 3'8% incompleta) y un 9'8% no están alfabetizados. Solo un 0'8% y un 2'7% cuentan con estudios universitarios completos e incompletos, respectivamente.

El 12'1% están casados, el 9'1% divorciados y el 1'5% viudos. La mayoría viven con su familia (44'9%) y el resto en porcentajes similares viven en pareja, solos o de otro modo. El 78'1% residen en un piso o casa, mientras que los que no lo hacen, por orden de frecuencia, habitan en alguna institución, en una prisión o internamiento, en un alojamiento inestable o precario o en una pensión u hotel.



En cuanto a su situación laboral (Gráfico 3) lo más habitual es que se encuentren en el paro habiendo trabajado antes (33'6%) o que se hallen incapacitados legalmente (24%). Solo un 10'3% y un 9'5% tienen respectivamente un trabajo temporal o permanente. Obtienen sus ingresos (Gráfico 4) mayoritariamente (el 25'4%) de las ayudas familiares, seguido de la actividad laboral (22%), las prestaciones sociales (19'3%) y en menor medida, por orden: de otras fuentes, pensiones, actividades marginales, prestaciones de desempleo o ayuda de la pareja.



Estos pacientes duales reflejan un elevado número de problemas legales: la media de detenciones ha sido de 5'6 (la primera a una edad media de 21'16 años), la media de encarcelamientos de 1'35 y la media de procesos judiciales pendientes de 0'86.

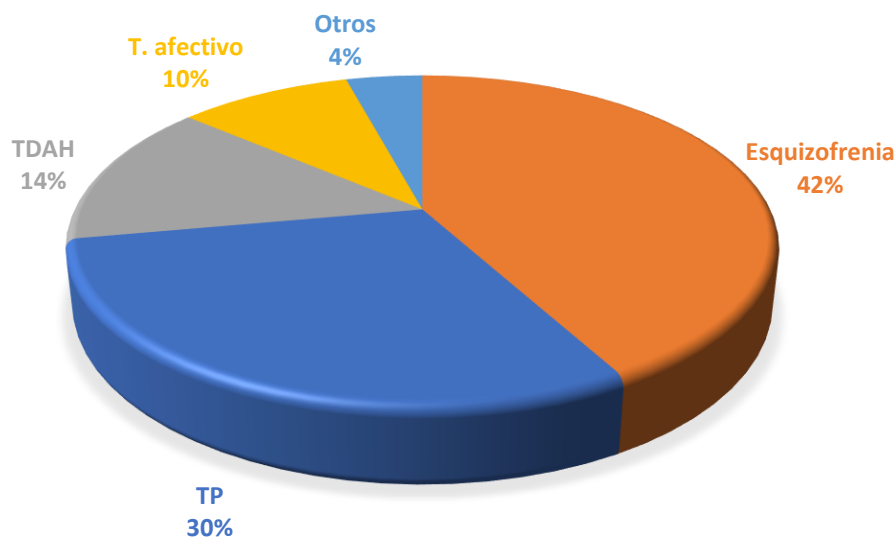
Además, también presentan un mayor número de patologías orgánicas en comparación con la población general:

- Enfermedades de transmisión sexual: 9'9% VIH +, 4'2% VHB+, 18'6% VHC+ y 23'6% VHC seronegativizado
- Otras comorbilidades (las de mayor frecuencia halladas): 12'6% pulmonares, 6'8% endocrinas, 6'4% digestivas, 6'1% de otra índole, 5'4% quirúrgicas, 5'3% neurológicas, 3'8% cardiológicas, etc.

5.2. Patología dual

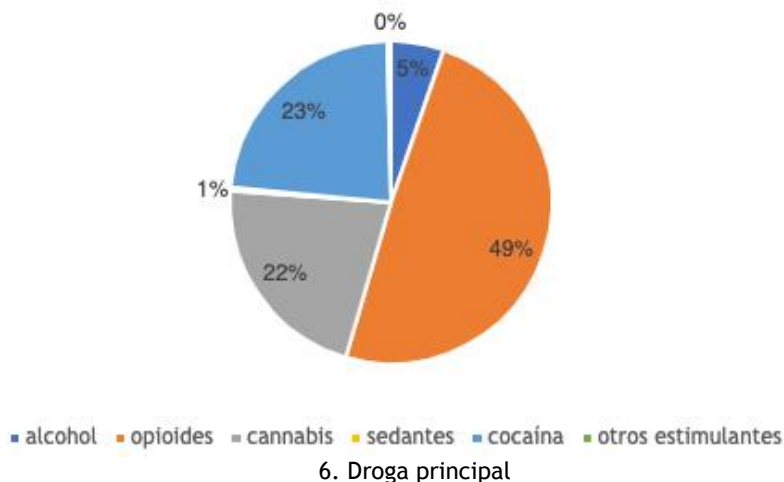
Si separamos por diagnóstico principal, tienen un 41'8% esquizofrenia, un 14'1% TDAH, un 9'5% trastorno afectivo, un 4'2% otros trastornos (Gráfico 5). Un 30% de los pacientes estarían diagnosticados únicamente de TP.

Las formas más frecuentes de TP fueron las Mixtas (37%): con rasgos predominantes del B un 23'5% y del B y C un 12'4%; las del Clúster B (27'9%): 12'4% tipo inestabilidad emocional tipo límite, 10'4% tipo disocial; y por último las Clúster A (5'3%).



5. Diagnóstico principal

Respecto a las conductas adictivas, como droga principal consumida se encontraron las siguientes frecuencias de mayor a menor (Gráfico 6): el 49'1% de las personas utilizaban opioides, el 23'0% cocaína, el 21'5% cannabis, el 5'3% alcohol, el 0'4% otros estimulantes y también el 0'4% sedantes. La droga secundaria más utilizada fue la cocaína (25'7%) seguida del tabaco (24'9%) y el alcohol (21'5%) y la terciaria más frecuente el tabaco (29'4%), el cannabis (21'9%) y el alcohol (16'6%). La vía de administración principal fue la pulmonar (56'6%) seguida de la intranasal (21'1%) y la parenteral (13'6%) y la oral (8'7%).



El número medio de drogas consumidas por los pacientes fue de 4'14. Resultó ser significativamente distinto en los diferentes grados de gravedad inicial: los que presentaban enfermedad leve fue de 4'67, los que presentaban enfermedad moderada de 4, los marcadamente enfermos de 4'15, los gravemente enfermos de 4'22 y por último los extremadamente enfermos de 6'5.

La edad de inicio media de la droga principal (18'35 años de media para el total de la muestra) resultó estar cerca de la significatividad en cuanto a la gravedad inicial:

- En los levemente enfermos: 25 años
- Moderadamente enfermos: 17'41
- Marcadamente enfermos: 18'95
- Gravemente enfermos: 17'94
- Extremadamente enfermos: 17

También se hallaron diferencias cercanas a la significación en la relación de la droga principal consumida y la media de gravedad inicial que presentaban los enfermos, de menor a mayor:

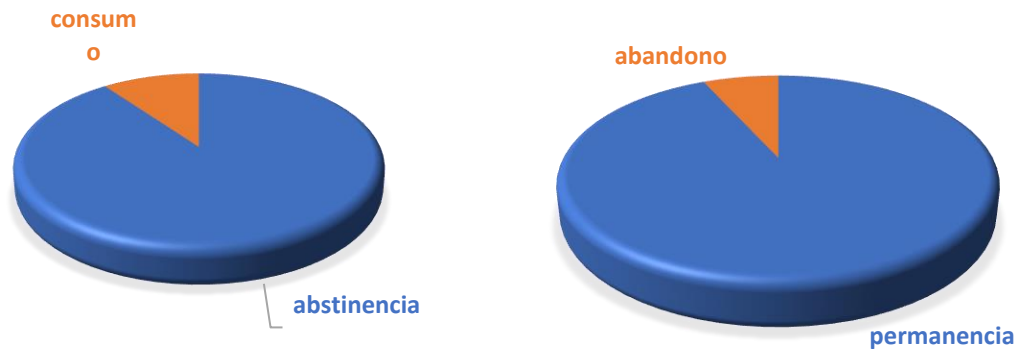
- Alcohol: 4'43
- Opioides: 4'86
- Cocaína: 4'89
- Sedantes: 5
- Otros estimulantes: 5
- Cannabis: 5'1

5.3. Proceso asistencial

En cuanto a los dos programas de tratamiento principales, un 46'6% (123 pacientes) estaban incluidos en el de sustitución de opiáceos (TSO) y la mayoría (141 pacientes, un 53'4%) estaban en programa libre de drogas (PLD) a tratamiento por otras sustancias. En el TSO el tratamiento en un 78'9% se llevaba a cabo con metadona y en el 20'3% con buprenorfina/naloxona. Se utilizaron modalidades de internamiento de tipo residencial en un 30'9% de los pacientes y semirresidencial en un 27'5%.

Respecto a la conducta evolutiva (Gráfico 7), en el último mes valorado en el programa, su conducta de consumo fue la abstinencia en un 74%, la recaída parcial en un 14'3% y únicamente el consumían habitualmente o recayeron un 1'1% y un 5'3% respectivamente.

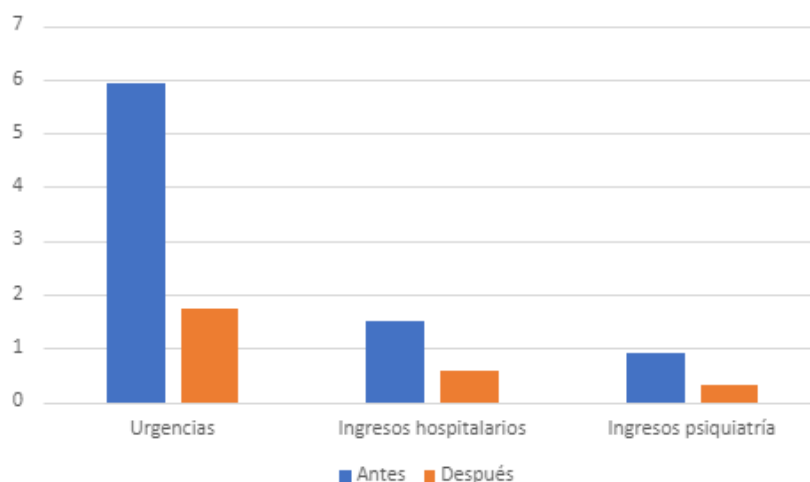
La retención en el programa fue elevada, siendo la permanencia de un 93%. En cuanto a cambios en su participación en el programa un 20'0% fueron derivados; un 7'9% se les dio de alta del ILD, pero continuaron en el programa; un 2'3% salieron del programa, pero continuaron en el centro, abstinentes; y por último a un 0'8% se les dio el alta.



7. Conducta evolutiva

El consumo de recursos sanitarios disminuyó considerablemente, el número de ingresos tanto hospitalarios como en una unidad de psiquiatría y el número de visitas al servicio de urgencias previos al inicio del tratamiento en la UAD (antes del 2010) disminuyeron de manera significativamente estadística (Gráfico 8).

Los ingresos por patología médica disminuyeron de media de 1'51 a 0'57. Las hospitalizaciones en unidades hospitalarias de psiquiatría (UHP) disminuyeron de 0'91 a 0'32. El número medio de urgencias post-tratamiento disminuyó de un 5'93 de media previa a un 1'74.



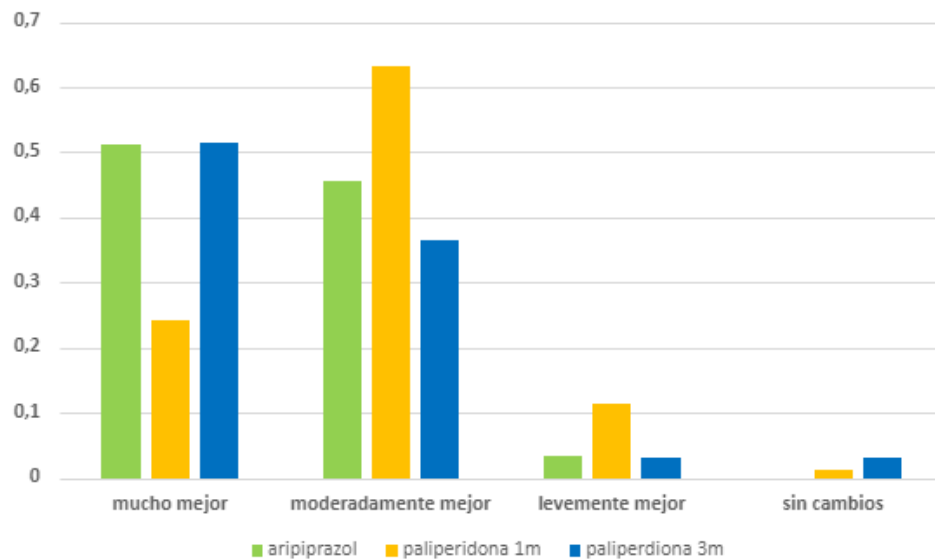
8. Utilización media de servicios médicos antes y después del tratamiento con ILD

5.4. APLD: mejoría y efectos adversos

El análisis se ha centrado en los principales APLD utilizados en el programa, Aripiprazol (56'6%, 150 pacientes) y Paliperidona (42'3%, 112 pacientes). El coste anual medio de los tratamientos ha sido de 8032'8€ y 8403'5€ respectivamente, sin diferencias significativas entre ambos.

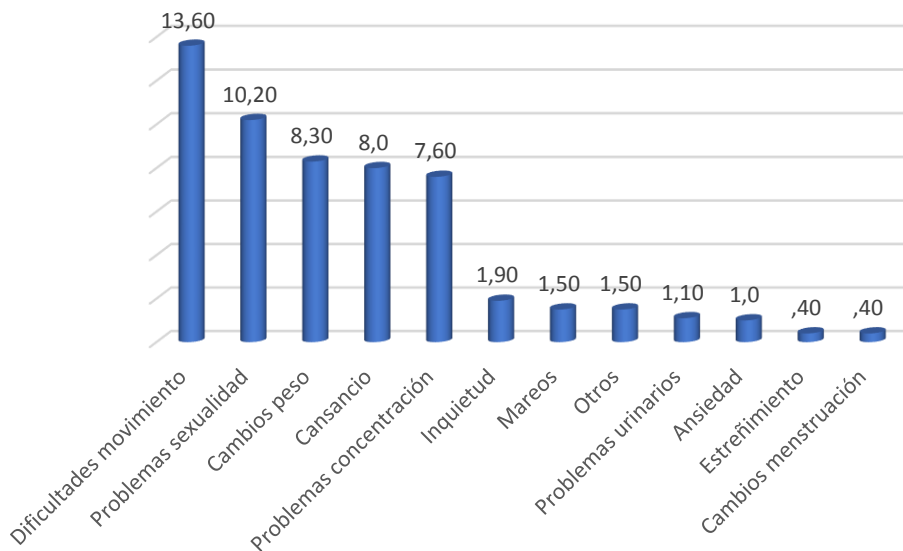
Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a mejoría (Gráfico 9):

- En el tratamiento con Aripiprazol un 51% se encontraron mucho mejor, un 45'6% moderadamente mejor y un 3'4% levemente mejor.
- Con la utilización de Paliperidona (una inyección al mes, el 70'5%, 79 pacientes) el 24% se encontraron mucho mejor, el 63'3% moderadamente mejor, el 11'4% levemente mejor y el 1'3% no experimentaron cambios. Con la modalidad minoritaria de una inyección cada 3 meses (29'5%, 33 pacientes) el 51'5% se halló mucho mejor, el 36'4% moderadamente, el 9'1% levemente y un 3% sin cambios.



9. Porcentaje atribuido a cada ILD en los distintos grupos de mejoría

En cuanto a los efectos adversos (Gráfico 10), los más frecuentes fueron las dificultades de movimiento (13'6%), problemas en la sexualidad (10'2%), cambios de peso (8'3%), cansancio (8%) y problemas en la concentración (7'6%).



10. Efectos adversos (porcentajes en orden decreciente)

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0'05$) en cuanto a los efectos adversos experimentados de media en los dos grupos de comparación, pero sin tener en cuenta la mayor gravedad inicial en el grupo a tratamiento con Paliperidona:

- 0'1 con Aripiprazol con un intervalo de confianza para la media del 95% [0'04-0'17]

- 1'12 con Paliperidona [0'84-1'4]

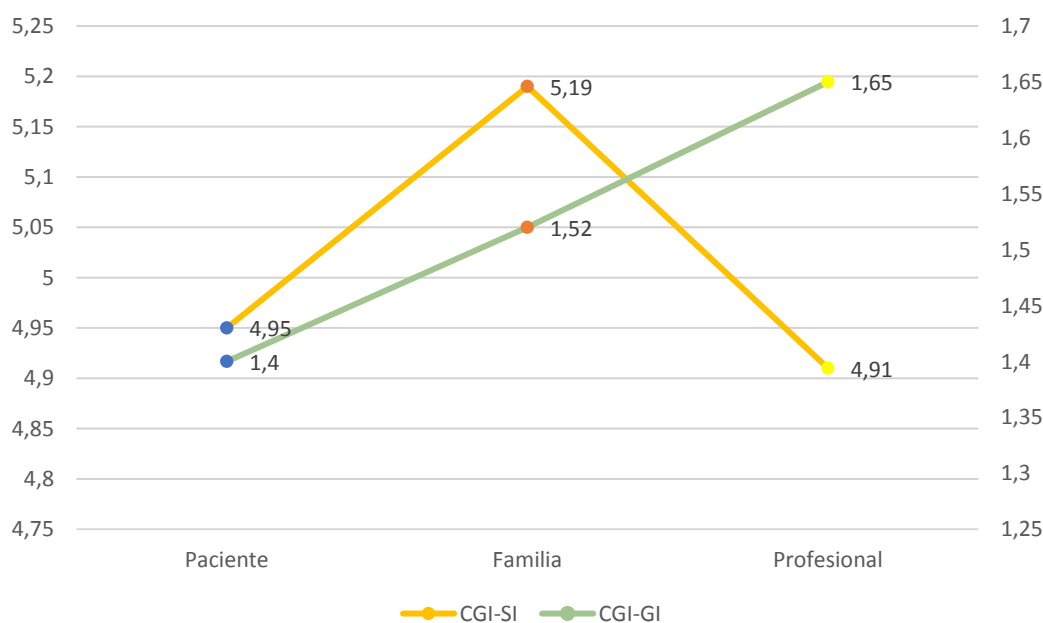
Se halló una correlación significativa entre la aparición de efectos adversos y la menor mejoría clínica (GI), siendo los que experimentaron un cambio leve los que más incidencia de efectos adversos reportaron y los que experimentaron mucha mejoría los que menos.

5.5. Grado de satisfacción con el programa y calidad asistencial

Como primera herramienta de calidad se evaluaron los resultados de los CGI (desde 1 – normal/no enfermo, hasta 7 – entre los pacientes más extremadamente enfermos):

- Gravedad inicial media (SI): 4'95 por los pacientes y 5'19 por las familias.
- Mejoría global media (GI): 1'40 por el paciente y 1'52 por la familia.

Si comparamos estas escalas (Gráfico 11) con la realizada por el profesional clínico, observamos resultados similares en cuanto a gravedad inicial (de 4'91 a 5'19) siendo mayor la observada por la familia y también en mejoría global (1'4-1'65) siendo la menor la percibida por el paciente y la mayor la percibida por el profesional.



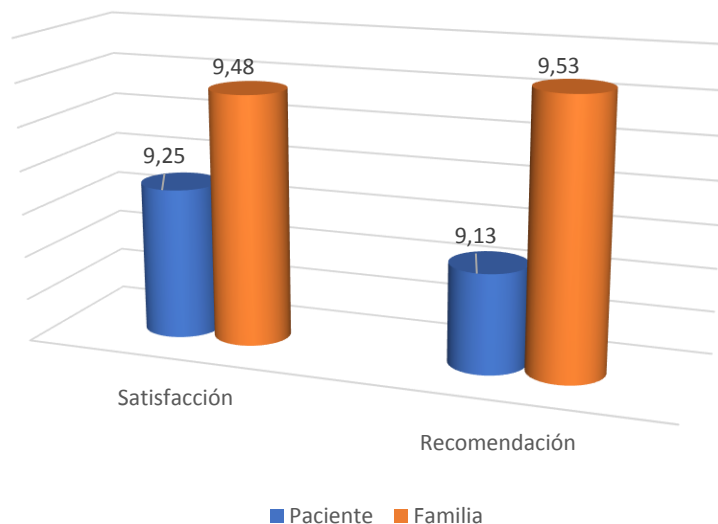
11. Comparación escala CGI paciente - familia- profesional (SI- gravedad inicial, GI- mejoría global)

Por otra parte, en la valoración con las escalas analógico-visuales (Gráfico 12), la media de satisfacción con el programa:

- Por parte de los pacientes 9'25 y de las familias 9'48.

Y en cuanto al grado medio de recomendación del programa:

- Un 9'13 por parte de los pacientes y 9'53 por parte de las familias.



12. Puntuación media de satisfacción y recomendación

En relación con la mejoría experimentada por los enfermos después del tratamiento, los pacientes que mejoraron más ('mucho') reflejaron medias más altas de satisfacción y de recomendación y tanto por parte de los enfermos como de las familias en comparación con los que mejoraron menos ('moderadamente').

Se recogieron además varios comentarios escritos por los pacientes en la parte final del cuestionario: 1 negativo y 8 favorables con respecto al tratamiento recibido en el centro.

6. Discusión

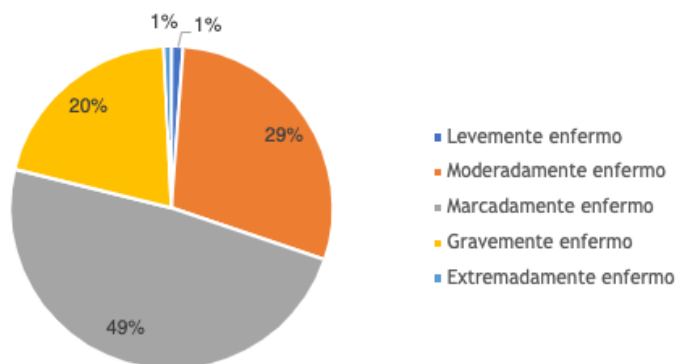
Los pacientes del programa a estudio presentaron características comparables con la literatura disponible acerca de PD (Patología Dual). Presentaban las siguientes características sociodemográficas más destacables: 41 años de media, 85% hombres, un 40% estudios primarios o menos, 80% sin trabajo.

Esto concuerda con los resultados obtenidos en la muestra del Estudio Madrid realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (4) que contaba con 837 pacientes (208 de consultas de salud mental y 629 drogodependientes), 517 de ellos (61'8%) duales, con características más parecidas a las de los de adictos a drogas que a las del grupo de personas solo con trastorno mental: mayor proporción de jóvenes, varones, peor situación laboral, menor nivel educativo y mayor prevalencia

de VIH, VHC y VHB. En cuanto a estas patologías infecciosas, en nuestra muestra se hallaron los siguientes porcentajes: 9'9% VIH +, 4'2% VHB+, 18'6% VHC+, siendo la prevalencia estimada por el MSCBS en la población española de un 0'4%, 5'5% y 1'7% respectivamente, lo cual señala una prevalencia muy superior en VIH y VHC.

Con respecto a la prevalencia de la PD, en el estudio ECA se concluyó que de todos los individuos con trastorno mental el 29% también asociaba un TUS (2'7 veces más que la prevalencia esperada en la población general) (5). A la inversa, dentro de la población con TUS, presentaban a mayores otro diagnóstico psiquiátrico según diferentes investigaciones: el 42'7% según el estudio NCS (22); el 56'3% según el estudio de la COPSIAD (23), que contó con 2300 pacientes de UADs de Galicia; el 39'6% de la UAD de A Coruña (24).

El diagnóstico psiquiátrico principal más prevalente en la muestra fue la esquizofrenia (N=138, 41'8%), aunque no se puede precisar la mayor prevalencia exacta de un trastorno u otro dado que no se tuvieron en cuenta los múltiples diagnósticos que muy frecuentemente presentan estos pacientes. Según otros estudios, los trastornos afectivos (42'5%) (23) fueron los más prevalentes entre los pacientes duales. Hay que tener en cuenta que en este estudio los pacientes tienen TMS (trastorno mental severo) que se asocia a patologías psiquiátricas psicóticas o de mayor gravedad, el 70% acuden con enfermedad marcada, grave o extrema (Gráfico inferior):

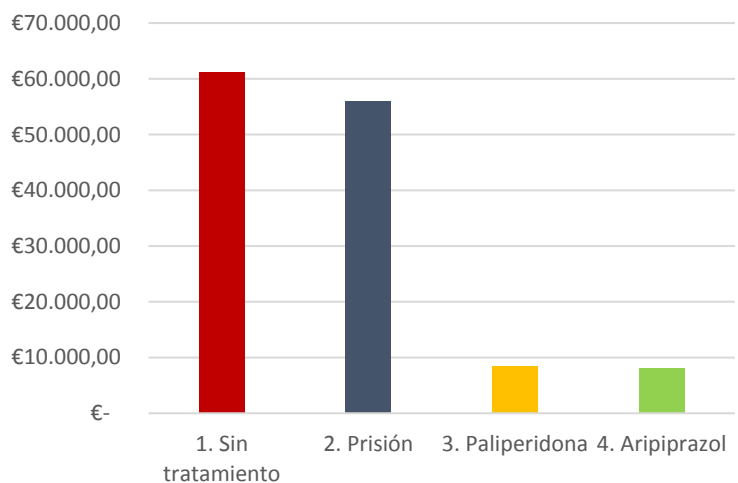


13. Gravedad inicial (CGI-SI)

Las drogas de consumo principal por parte de los sujetos duales resultaron ser mayoritariamente los opioides (49%) seguidos de la cocaína y el cannabis. De nuevo se aprecia el contraste con otros estudios con PD sin únicamente TMS, en los que aparecieron prevalencias más altas de alcohol (4) (Gual, 2007) (Weaver et al., 2003); y otros en los que se asociaba más la dependencia de cocaína. Cercana a la significación resultó la relación entre la edad de inicio de consumo con la gravedad, y resultó significativo resultó el número de drogas consumidas: los pacientes que ingresaban en el programa con enfermedad leve o moderada comenzaban a consumir a una edad media de 21'2 años y una media de 4'33 drogas, mientras que los que presentaban enfermedad marcada, grave o extremadamente grave comenzaban a los 18'3 años y 4'95 drogas de media.

En cuanto al tratamiento, los APLD resultaron ser realmente eficaces, encontrándose mucho o moderadamente mejor el 96'6% de pacientes a tratamiento con Aripiprazol, el 87'3% de los pacientes con Paliperidona 1 mes y el 87'9% de los que estaban con Paliperidona 3m. Se encontraron datos también muy significativos: los efectos adversos fueron 11 veces menos frecuentes y la mejoría global observada por el profesional resultó ser mayor en el grupo a tratamiento con Aripiprazol. No obstante, hay que tener en cuenta que los pacientes a tratamiento con Paliperidona presentaban una mayor gravedad inicial.

El coste del tratamiento farmacológico medio anual fue de 8.172€, puede parecer un alto precio, pero resulta insignificante si lo comparamos con lo que costarían anualmente estos pacientes sin tratamiento alguno o estando en la cárcel (Gráfico 14), debido a la gran frecuencia de problemas legales (presentan una media de 5'6 detenciones), al coste sanitario de los pacientes sin tratamiento (más ingresos, urgencias e intentos de suicidio) y al coste social (indigencia, mayor discapacidad, problemas laborales y financieros (3)).



14. Coste anual de los pacientes duales

(fuente 1 y 2 → ONU-UNODC, 2003; fuente 3 y 4 → IANUS)

Por tanto, se podría concluir que el uso de APLD en el programa es satisfactorio, disminuye significativamente las urgencias (3'4 veces menos) y los ingresos tanto por patología médica como psiquiátrica (2'84 veces menos). Estos datos del programa del ACLAD concuerdan con los estudios naturalísticos (25) que demuestran las tasas más bajas de recaída y hospitalización con inyectables de larga duración en comparación con el tratamiento oral. Por todo esto y por lo expuesto anteriormente resultan ser muy eficientes en cuanto a costes, a pesar de ser un tratamiento infrutilizado en los países occidentales en los que la tasa de prescripción es menor del 10% respecto a otros AP (25).

Respecto a la calidad del programa, en la parte valorada por los pacientes y las familias se hallaron resultados muy buenos en cuanto a satisfacción: una puntuación media de 9'25 y 9'48 respectivamente, y en cuanto a recomendación: 9'13 y 9'53.

Cabe destacar que los pacientes que entraron en el programa con enfermedad más grave puntuaron una menor satisfacción: 8'83 de media; y en esos mismos pacientes las familias dieron la máxima puntuación: 10. En cambio, en cuanto a recomendación, estos pacientes puntuaron un 9'4 (incluso por encima de la media) y sus familias un 10 igualmente.

Por tanto, las familias otorgan puntuaciones más altas en satisfacción y recomendación cuanto mayor es la gravedad del paciente, se puede entender que por mayor necesidad de ayuda y apoyo. Esto también se refleja en los resultados significativos que se obtuvieron en cuanto al tipo de programa: en el de sustitución de opiáceos las familias percibieron una mayor mejoría (casi el doble) de los pacientes. También se podría explicar esta mayor satisfacción por parte de las familias por la siguiente cuestión (casi significativo): los pacientes más graves fueron los que más permanencia reflejaron.

Esto es importante en cuanto a la necesidad de intensificar el tratamiento a los pacientes más enfermos, puesto que los pacientes más satisfechos (9'6 de media) son los menos graves y también los que mejoraron más.

En síntesis, se debe profundizar más en las causas y la posible prevención de la patología dual dada su alta prevalencia (hasta un 18'2% de las USM (24) o más de una tercera parte (4)) y gravedad (mayor riesgo de suicidio y de marginación social (3), mayor criminalidad, mayores comorbilidades) para ayudar a optimizar los recursos sanitarios (4). Una forma mejorar calidad de la asistencia es conociendo la satisfacción y recomendación de los usuarios, especialmente si se evalúa de manera regular y desde el comienzo ya que está demostrado que una satisfacción temprana se relaciona con una mejoría mayor de la calidad de vida relacionada con la salud (18).

7. Conclusiones

- Tratamiento eficaz con antipsicóticos inyectables de larga duración, con significativamente menos efectos secundarios y mayor mejoría objetivada con Aripiprazol
- Tratamiento muy eficiente en cuanto a costes
- Mayor mejoría objetivada en los abstinentes, objetivo logrado por el 74% del total de pacientes a estudio
- Todos los pacientes con gravedad inicial leve estaban diagnosticados principalmente de TP
- Programa de tratamiento con alto índice de calidad: satisfacción (9'36) y recomendación (9'33) por parte de los pacientes y de sus familias

8. Bibliografía

1. da Silva, A. G., Miranda, D. M., Diaz, A. P., Teles, A., Malloy-Diniz, L. F., & Palha, A. P. (2020). Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 42(3), 229–231. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>
2. San, L., Arranz, B., Bernardo, M., Arrojo, M., & Grupo de Expertos de la Guía de Práctica Clínica de Patología Dual (2016). ¿Por qué la necesidad de una Guía de Práctica Clínica de Patología Dual? Análisis de la evidencia [Why a Dual Pathology Clinical Guideline? Analysis of the evidence]. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 9(2), 67–69. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.004>
3. Marín-Navarrete R, Szerman N. Repensando el concepto de adicciones: Pasos hacia la patología dual. *Salud Ment.* 2015;38(6):395–6.
4. Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127. [doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.59](http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.59)
5. Regier D a, 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(19):2511–8
6. Skjøtskift S. (2002). Dobbelt diagnose--mangedobbelt problem [Dual diagnosis--many times the problem]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 122(25), 2428.
7. *CIE 10.* (1992). MEDITOR.
8. Rodríguez-Jiménez, R., Aragiés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A., Hoenicka, J., & Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales [Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics]. *Investigacion clinica*, 49(2), 195–205.
9. *Terminologia de l'atenció integrada | TERMCAT.* (2016). Terminologia de l'atenció integrada. <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/230>
10. Programa de prevención y atención a la cronicidad & Instituto Catalán de la Salud. (2017). *BASES PARA UN MODELO CATALÁN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON NECESIDADES COMPLEJAS.*
11. Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. (2006). *Rehabilitación Psicosocial*, 3(1), 26–32.
12. Flórez, J. (2013). *Farmacología humana* (3ED ed.). Elsevier.
13. Arango, C., Baeza, I., Bernardo, M., Cañas, F., de Dios, C., Díaz-Marsá, M., García-Portilla, M. P., Gutiérrez-Rojas, L., Olivares, J. M., Rico-Villademoros, F., Rodríguez-Jiménez, R., Sánchez-Morla, E. M., Segarra, R., & Crespo-Facorro, B. (2019). Antipsicóticos inyectables de liberación prolongada para el tratamiento de la esquizofrenia en España. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 12(2), 92–105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.006>

14. Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892–909. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1007>
15. *Qualify: a randomized head-to-head study of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate in the treatment of schizophrenia*. (2015, 1 octubre). ScienceDirect. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996415003461>
16. Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Alexanderson, K., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enksson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A., & Tiihonen, J. (2018). Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 197, 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.12.010>
17. DONABEDIAN, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
18. Müller, O., Baumann, C., Di Patrizio, P., Viennet, S., Vlamynck, G., Collet, L., Clerc-Urmès, I., Schwan, R., & Bourion-Bédès, S. (2020). Patient's early satisfaction with care: a predictor of health-related quality of life change among outpatients with substance dependence. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1267-x>
19. Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. (2014, 1 mayo). *ScienceDirect*. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435614000043>
20. Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(7), 28–37.
21. Mohebbi, M., Dodd, S., Dean, O. M., & Berk, M. (2018). Patient centric measures for a patient centric era: Agreement and convergent between ratings on The Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) scale and the Clinical Global Impressions - Improvement (CGI-S) scale in bipolar and major depressive disorder. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 53, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.006>
22. Kessler RC. National Comorbidity Survey: Baseline (NCS-1), 1990-1992. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor]; 2008.
23. Pereiro C, Pino C, Flórez G, Arrojo M, Becoña E. Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. *PLoS One*. 2013;8(6):1–8.
24. Vicente Alba J, García Mahía M., Ortega Ruibal F, Buján López A, Carrera Machado I, Pardal M., et al. Análisis de patología dual en el área sanitaria de A Coruña. 2013;(12):29–34.
25. Heres S. (2014). Long-acting injectable antipsychotics: an underutilized treatment option. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(11), 1263–1265. <https://doi.org/10.4088/JCP.14com09541>

9. Anexos

9.1. Tablas

En cuanto a las diferencias en el color de la fuente, se ha utilizado el verde para los resultados de los cruces de datos significativamente estadísticos ($p < 0'05$) y el azul para los cercanos a la significatividad ($p \cong 0'05$).

9.1.1. Frecuencias

MUESTRA	N	%
Hombres	224	84'5
Mujeres	41	15'5
TOTAL	265	100

Tabla 1. Sexo

EDAD	N	%
18-25	25	9'4
26-35	42	15'9
36-45	107	40'4
46-55	78	29'4
>56	13	4'9

Tabla 2. Edad

LUGAR DE RESIDENCIA	N	%
Casa/piso	207	78,1
Prisión/internamiento	16	6,0
Otras instituciones	20	7,5
Pensión/hotel	9	3,4
Alojamiento inestable/precario	13	4,9
Total	265	100,0

Tabla 3. Lugar de residencia

CONVIVENCIA	N	%
Solo	44	16,7
Con familia	118	44,9
En pareja	46	17,5
Otros	55	20,9
Total	263	100,0

Tabla 4. Convivencia

NIVEL DE ESTUDIOS	N	%
Analfabeto	26	9'8
Primarios incompletos	10	3'8
Primarios completos	71	26'9
Secundarios/FPI	132	50
Bachillerato/FPII	16	6'1
Universitarios incompletos	2	0'8
Universitarios completos	7	2'7
Total	264	100

Tabla 5. Nivel de estudios

ESTADO CIVIL	N	%
Soltero	201	77'3
Casado	32	12'1
Viudo	4	1'5
Divorciado	24	9'1
Total	264	100

Tabla 6. Estado civil

SITUACIÓN LABORAL	N	%
Indefinido	25	9,5
Temporal	27	10,3
Familia/no normalizado	5	1,9
Parado sin trabajo anterior	24	9,2
Parado con trabajo anterior	88	33,6
Incapacitado	63	24,0
Estudiante	15	5,7
Tareas del hogar	4	1,5
Otros	11	4,2
Total	262	100,0

Tabla 7. Situación laboral

FUENTE DE INGRESOS	N	%
Actividad laboral	58	22,0
Ayuda familiar	67	25,4
Ayuda pareja	6	2,3
Actividades marginales	18	6,8
Prestaciones sociales	51	19,3
Prestaciones desempleo	17	6,4
Otros	25	9,5
Pensionista	22	8,3
Total	264	100,0

Tabla 8. Fuente de ingresos

COMORBILIDADES ORGÁNICAS		Frecuencia	%
VIH		26	9'9
VHB		11	4'2
VHC	+	49	18'6
	negativizado	62	23'6
SÍFILIS		1	0'4
CARDIOLÓGICAS		10	3'8
DIGESTIVAS		18	6'4
ENDOCRINAS		18	6'8
GINECOLÓGICAS		1	0'4
PULMONARES		33	12'6
QUIRÚRGICAS		14	5'4
ACCIDENTES		7	2'7
NEUROLÓGICAS		14	5'3
OTRAS		16	6'1

Tabla 9. Comorbilidades orgánicas

CALIDAD	N	Media	Moda
Gravedad inicial	265	4'91	5
Mejoría	263	1'65	2
CGSI paciente	55	4'95	5
CGGI paciente	55	1'40	1
CGSI familia	21	5'19	5
CGGI familia	21	1'52	1
Satisfacción paciente	55	9'25	10
Satisfacción familia	21	9'48	10
Recomendación paciente	53	9'13	10
Recomendación familia	19	9'53	10

Tabla 10. CGI (Clinical Global Impressions) del profesional, del paciente, de la familia, satisfacción y recomendación

	Media	N
Detenciones	5'60	265
Edad de la primera detención	21'16	160
Encarcelamientos	1'35	265
Procesos judiciales pendientes	0'86	265

Tabla 11. Situación legal

	N	%
PERMANENCIA	207	93
ABSTINENCIA	169	74

Tabla 12. Pacientes que permanecieron en el programa y se mantuvieron abstinentes

Diagnóstico psiquiátrico	N	%
Esquizofrenia	110	41'8
TP	79	30
TDAH	37	14'1
T. afectivo	25	9'5
Otros	11	4'2
T	263	100'0

Tabla 13. Diagnóstico principal

	N	%
Intoxicaciones	23	8'7
Intentos autolíticos	150	56'6

Tabla 14. Intoxicaciones e intentos autolíticos

9.1.2. Tratamiento con APLD

APLD SEGÚN MEJORÍA	ARIPIPRAZOL			PALIPERIDONA 1m			PALIPERIDONA 3m		
	N	%dentro de inyectable	%dentro de mejoría	N	%dentro de inyectable	%dentro de mejoría	N	%dentro de inyectable	%dentro de mejoría
Mucho mejor	75	51'0%	67'0%	19	24'1%	17'0%	17	51'5%	15'2%
Moderadamente mejor	67	45'6%	51'1%	50	63'3%	38'2%	12	36'4%	9'2%
Levemente mejor	5	3'4%	27'8%	9	11'4%	50'0%	3	9'1%	16'7%
Sin cambios	0	0'0%	0'0%	1	1'3%	50'0%	1	3'0%	50'0%
Total	147	100%	55'9%	79	100%	30%	33	100%	12'5%

Tabla 15. Tratamiento inyectable según grado de mejoría

SMARTS	N	Media	Límite inferior	Límite superior
Paliperidona	109	1'12	0'84	1'4
Aripiprazol	149	0'1	0'04	0'17
Total	263	0'54	0'4	0'68

Tabla 16. Efectos adversos según inyectable

	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
Urgencias	5'93	1'74
Ingresos hospitalarios	1'51	0'57
Ingresos en psiquiatría	0'91	0'32

Tabla 17. Urgencias e ingresos antes y después del tratamiento

Efectos adversos	N	%
Dificultades movimiento	36	13'6
Cambios peso	22	8'3
Inquietud	5	1'9
Estreñimiento	1	0'4
Problemas urinarios	3	1'1
Problemas concentración	20	7'6
Problemas sexualidad	27	10'2
Mareos	4	1'5
Cansancio	21	8'0
Ansiedad	3	1'1
Cambios menstruación	1	0'4
Otros	4	1'5

Tabla 18. Efectos adversos del tratamiento

CAMBIOS APLD SEGÚN MEJORÍA	Sin cambios		De PLP 1m a ARP		De ARP a PLP 1m		De PLP 1m a 3m		Otros cambios						
	N	%dent ro de cambios NILD	%dent ro de mejora	N	%dent ro de cambios NILD	%dent ro de mejora	N	%dent ro de cambios NILD	%dent ro de mejora	N	%dent ro de cambios NILD	%dent ro de mejora			
Mucho mejor	91	43'5%	81'3%	2	18'2%	1'8%	0	0'0%	0'0%	16	53'3%	14'3%	3	30'0%	2'7%
Moderadamente mejor	105	50'2%	80'8%	8	72'7%	6'2%	0	0'0%	0'0%	10	33'3%	7'7%	7	70'0%	5'4%
Levemente mejor	12	5'7%	66'7%	1	9'1%	5'6%	2	100%	11'1%	3	10'0%	16'7%	0	0'0%	0'0%
Sin cambios	1	0'5%	50'0%	0	0'0%	0'0%	0	0'0%	0'0%	1	3'3%	50'0%	0	0'0%	0'0%
Total	209	100%	79'8%	11	100%	4'2%	2	100%	0'8%	30	100%	11'5%	10	100%	3'8%

Tabla 19. Cambios realizados en el tratamiento inyectable según grado de mejoría

(PLP- Paliperidona, ARP - Aripiprazol, 1m - un mes, 3m - tres meses)

	Paliperidona		Aripiprazol	
	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	109	5'17	151	4'72
Mejoría	107	1'81	151	1'53
CGSI paciente	7	5'00	31	5'00
CGGI paciente	7	1'00	31	1'29
CGSI familia	3	5'67	13	5'00
CGGI familia	3	1'00	13	1'38
Satisfacción paciente	7	9'00	31	9'48
Satisfacción familia	3	8'67	13	9'69
Recomendación paciente	6	9'33	30	9'37
Recomendación familia	3	9'67	12	9'58

Tabla 20. Gravedad, mejoría y satisfacción medias según inyectable

COSTE ANUAL (€)	N	Media
Paliperidona	108	8403'5
Aripiprazol	150	8032'8
Total	263	8172'8

Tabla 21. Coste anual con cada inyectable

9.1.3. Gravedad y mejoría según variables

	Hombre		Mujer	
	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	224	4'94	41	4'73
Mejoría	222	1'67	41	1'59
CGSI paciente	35	5'09	4	4'50
CGGI paciente	35	1'26	4	1'25
CGSI familia	14	5'29	2	4'00
CGGI familia	14	1'29	2	1'50

Tabla 22. Según sexo

DROGA PRINCIPAL	Alcohol		Opioides		Cannabis		Sedantes		Cocaína		Otros estimulantes	
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	14	4'43	130	4'86	57	5'14	1	5	61	4'89	1	5
Mejoría	13	1'54	130	1'69	57	1'63	1	2	60	1'62	1	2
CGSI paciente	2	5'50	20	4'90	5	5'40	0		12	5'00	0	
CGGI paciente	2	1'50	20	1'30	5	1'00	0		12	1'25	0	
CGSI familia	0		8	5'00	2	5'50	0		6	5'17	0	
CGGI familia	0		8	1'50	2	1'00	0		6	1'17	0	

Tabla 23. Según la droga principal consumida

SMARTS	0		1		2		3		4		5		6		7	
	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	188	4'80	41	5'22	18	5'11	9	5'11	2	4'00	2	4'50	1	6'00	2	6'00
Mejoría	188	1'59	39	1'79	18	1'78	9	1'78	2	2'5	2	2'00	1	2'00	2	2'50
CGSI paciente	32	5'00	2	4'50	2	5'00	2	5'00	0		1	7'00	0		0	
CGGI paciente	32	1'31	2	1'00	2	1'00	2	1'00	0		1	1'00	0		0	
CGSI familia	13	5'08	1	5'00	1	4'00	0		0		1	7'00	0		0	
CGGI familia	13	1'38	1	1'00	1	1'00	0		0		1	1'00	0		0	

Tabla 24. Según número medio de efectos adversos

PROGRAMA DE TRATAMIENTO	SUSTITUTIVO OPIÁCEOS		OTROS	
	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	123	4'85	141	4'95
Mejoría	123	1'72	139	1'60
CGSI paciente	17	4'88	22	5'14
CGGI paciente	17	1'35	22	1'18
CGSI familia	8	4'88	8	5'38
CGGI familia	8	1'75	8	0'88
Satisfacción paciente	17	9'12	22	9'64
Satisfacción familia	7	9'14	9	9'78
Recomendación paciente	17	9'18	20	9'55
Recomendación familia	6	9'5	9	9'67

Tabla 25. Según el programa de tratamiento

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO	Metadona		BUP/NLX	
	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	97	4'86	25	4'84
Mejoría	97	1'73	25	1'72
CGSI paciente	14	4'64	4	5'75
CGGI paciente	14	1'43	4	1
CGSI familia	7	4'57	1	7
CGGI familia	7	1'86	1	1
Satisfacción paciente	14	9'07	4	9'5
Satisfacción familia	6	9	1	10
Recomendación paciente	14	9'14	3	9'33
Recomendación familia	5	9'4	1	10

Tabla 26. Según el tipo de tratamiento de sustitución de opiáceos (BUP/NLX - Buprenorfina/Naloxona)

	PERMANENCIA		ABANDONO	
	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	105	4'79	9	4'33
Mejoría	105	1'56	9	1'89
CGSI paciente	27	5'3	1	5
CGGI paciente	27	1'3	1	1
CGSI familia	12	5'17	1	5
CGGI familia	12	1'42	1	1
Satisfacción paciente	27	9'33	1	10
Satisfacción familia	10	9'2	1	10
Recomendación paciente	25	9'24	1	10
Recomendación familia	9	9'33	1	10

Tabla 27. Según permanecieron o abandonaron el programa

	ABSTINENCIA		RECAÍDA	
	N	Media	N	Media
Gravedad inicial	91	4'76	23	4'74
Mejoría	91	1'53	23	1'83
CGSI paciente	26	5'31	2	5
CGGI paciente	26	1'26	2	1'5
CGSI familia	12	5'17	1	5
CGGI familia	12	1'42	1	1
Satisfacción paciente	26	9'35	2	9'5
Satisfacción familia	10	9'2	1	10
Recomendación paciente	24	9'21	2	10
Recomendación familia	9	9'33	1	10

Tabla 28. Según abstinencia o recaída

9.1.4. Variables según gravedad inicial

EDAD DE INICIO DE LA DROGA PRINCIPAL

	N	Media
Levemente enfermo	3	25'00
Moderadamente enfermo	76	17'41
Marcadamente enfermo	129	18'95
Gravemente enfermo	54	17'94
Extremadamente enfermo	2	17'00
Total	264	18'35

Tabla 29. Edad de inicio de la droga principal según grado de gravedad inicial

NÚMERO DE DROGAS

	N	Media
Levemente enfermo	3	4,67
Moderadamente enfermo	77	4,00
Marcadamente enfermo	129	4,15
Gravemente enfermo	54	4,22
Extremadamente enfermo	2	6'50
Total	265	4'14

Tabla 30. Número medio de drogas consumidas según grado de gravedad inicial

PSICOSIS

		Levemente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Gravemente enfermo	Extremadamente enfermo	Total
TP	N	3	57	60	17	1	138
	% dentro de psicosis	2'2%	41,3%	43'5%	12'3%	0'7%	100%
	% dentro de gravedad inicial	100'0%	74,0%	46'5%	31'5%	50'0%	52'1%
	% del total	1'1%	21,5%	22'6%	6'4%	0'4%	52'1%
Psicótico	N	0	18	66	36	1	121
	% dentro de psicosis	0,0%	14,9%	54'5%	29'8%	0'8%	100%
	% dentro de gravedad inicial	0,0%	23,4%	51'2%	66'7%	50'0%	45'7%
	% del total	0,0%	6,8%	24'9%	13'6%	0'4%	45'7%
Sin TP ni psicosis	N	0	2	3	1	0	6
	% dentro de psicosis	0,0%	33'3%	50'0%	16'7%	0'0%	100%
	% dentro de gravedad inicial	0'0%	2'6%	2'3%	1'9%	0'0%	2'3%
	% del total	0'0%	0'8%	1'1%	0'4%	0'0%	2'3%
Total	N	3	77	129	54	2	265
	% dentro de psicosis	1'1%	29'1%	48'7%	20'4%	0'8%	100%
	% dentro de gravedad inicial	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	1'1%	29'1%	48'7%	20'4%	0'8%	100%

Tabla 31. Diagnóstico psiquiátrico desglosado por psicosis y grados de gravedad inicial (TP - Trastorno de la Personalidad)

NÚMERO DE INGRESOS	Pre - tratamiento		Post- tratamiento	
	N	Media	N	Media
Levemente enfermo	3	2'33	3	0'00
Moderadamente enfermo	77	0'92	77	0'29
Marcadamente enfermo	128	1'36	128	0'41
Gravemente enfermo	52	2'56	53	1'40
Extremadamente enfermo	2	5'00	2	0'50
Total	262	1'51	263	1'303

Tabla 32. Número de ingresos por patología médica antes y después del tratamiento según grado de gravedad inicial

NÚMERO DE INGRESOS EN PSIQUIATRÍA	Pre - tratamiento		Post- tratamiento	
	N	Media	N	Media
Levemente enfermo	3	0'33	3	0'00
Moderadamente enfermo	77	0'62	77	0'13
Marcadamente enfermo	129	0'71	129	0'16
Gravemente enfermo	52	1'71	52	1'02
Extremadamente enfermo	2	5'00	2	0'00
Total	263	0'91	263	0'32

Tabla 33. Número medio de ingresos en unidad de psiquiatría antes y después del tratamiento según grado de gravedad inicial

NÚMERO DE URGENCIAS	Pre - tratamiento		Post- tratamiento	
	N	Media	N	Media
Levemente enfermo	3	5'33	3	2'67
Moderadamente enfermo	76	6'17	76	1'03
Marcadamente enfermo	129	5'26	128	1'73
Gravemente enfermo	53	6'53	53	2'72
Extremadamente enfermo	2	24'50	2	2'00
Total	263	5'93	262	1'74

Tabla 34. Número medio de visitas a urgencias antes y después del tratamiento según grado de gravedad inicial

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS ESTUDIO TRANS-NILD: APLD-ACLAD (TFGM-2020)

BLOQUE I: DATOS IDENTIFICATIVOS

Nº Historial: _____
 IDENTIFICACIÓN DE UAD/ MÉDICO: UAD: _____ /MÉDICO: _____

Sexo:	Edad (actual):	Estado Civil:
1 Hombre	en años cumplidos	1 Soltero/a
2 Mujer	_____ años	2 Casado/a
		3 Viudo/a
		4 Divorciado/a/ Separado/a
		5 Desconocido

BLOQUE II: ESTILO DE VIDA (referido al momento actual). Preguntar al paciente

Nivel de estudios:	Lugar de residencia actual	Convivencia actual
1 No sabe leer ni escribir	1 Casas/Pisos	1 Solo/a
2 Estudios primarios incompletos	2 Prisión/ Internamiento menores	2 Con padres o familia de origen
3 Estudios primarios completos = 6º AÑO	3 Otras instituciones	3 En pareja
4 Estudios secundarios/FP I = 9º AÑO	4 Personas/Hostales	4 Otras
5 Bachillerato/FP II = 12º AÑO	5 Alojamiento inestable/ en precario	0 Desconocido
6 Estudios Universitarios INCOMPLETOS		
7 Estudios Universitarios COMPLETOS		
8 Otros		
0 Desconocido		

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	ACTUAL FUENTE DE INGRESOS PRINCIPAL*
1 Contrato o relación laboral indefinida o autónoma (aunque esté de baja)	1 Actividad Laboral
2 Contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja)	2 Ayuda familiar
3 Trabajando para familia, sin relación laboral normalizada	3 Ayuda pareja
4 Parado sin trabajo anterior	4 Actividades marginales
5 Parado con trabajo anterior	5 Prestaciones Sociales
6 Incapacitado permanente/Pensionista	6 Prestaciones desempleo
7 Estudiando/Opositando/...	7 Otros
8 Exclusivamente tareas del hogar	8 Pensionista
9 Otros	0 Desconocido
0 Desconocido	

* Actual fuente de ingresos PRINCIPAL: En el caso de AMAS DE CASA, se codificará esta variable, según la procedencia del dinero que maneja.

BLOQUE IV.B: DIAGNÓSTICO CLÍNICO ACTUAL ADICIONES, COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y ORGÁNICA - Nº CLÍNICA (posible respuesta múltiple). A cumplimentar por médico

IV.B.1: DIAGNÓSTICOS ADICIONES:

DIAGNÓSTICOS ADICIONES (Abuso y/o Dependencia)	SI	NO	FIX.5 TR. PSICÓTICO INDUCIDO
1 ALCOHOL (F10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 NO
2 OPIOIDES (F11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 F1X.50. Esguizofrenia
3 CANNABIS (F12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 F1X.51. 2º/3º días delirantes
4 SEDANTES/HIPNÓTICOS (F13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 F1X.52. 2º/3º días delirantes
5 COCAÍNA (F14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 OTROS (F1X.53-56)
6 Otras estimulantes (F15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIX.7 TR. PSICÓTICO RESIDUAL
7 ALUCINOGENOS (F16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 NO
8 TABACO (F17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 F1X.71. T. Personalidad
9 DISOLVENTES VOLÁTILES (F18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 F1X.72. T. Afectivo residual
10 OTRAS DROGAS (F19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 F1X.73. Demencia
11 ADICIONES COMPORTAMENTALES - Juego patológico (F63.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 OTROS (F1X.70, 74-75)

IV.B.2: OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS:

0 NO
1 F00-F09: Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
2 F20-F29: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: 1º/2º episodio agudo - 3º/4º/5º días delirantes - 6º/7º días delirantes - 8º/9º días delirantes - 10º/11º días delirantes - 12º/13º días delirantes - 14º/15º días delirantes - 16º/17º días delirantes - 18º/19º días delirantes - 20º/21º días delirantes - 22º/23º días delirantes - 24º/25º días delirantes - 26º/27º días delirantes - 28º/29º días delirantes - 30º/31º días delirantes - 32º/33º días delirantes - 34º/35º días delirantes - 36º/37º días delirantes - 38º/39º días delirantes - 40º/41º días delirantes - 42º/43º días delirantes - 44º/45º días delirantes - 46º/47º días delirantes - 48º/49º días delirantes - 50º/51º días delirantes - 52º/53º días delirantes - 54º/55º días delirantes - 56º/57º días delirantes - 58º/59º días delirantes - 60º/61º días delirantes - 62º/63º días delirantes - 64º/65º días delirantes - 66º/67º días delirantes - 68º/69º días delirantes - 70º/71º días delirantes - 72º/73º días delirantes - 74º/75º días delirantes - 76º/77º días delirantes - 78º/79º días delirantes - 80º/81º días delirantes - 82º/83º días delirantes - 84º/85º días delirantes - 86º/87º días delirantes - 88º/89º días delirantes - 90º/91º días delirantes - 92º/93º días delirantes - 94º/95º días delirantes - 96º/97º días delirantes - 98º/99º días delirantes - 100º/101º días delirantes - 102º/103º días delirantes - 104º/105º días delirantes - 106º/107º días delirantes - 108º/109º días delirantes - 110º/111º días delirantes - 112º/113º días delirantes - 114º/115º días delirantes - 116º/117º días delirantes - 118º/119º días delirantes - 120º/121º días delirantes - 122º/123º días delirantes - 124º/125º días delirantes - 126º/127º días delirantes - 128º/129º días delirantes - 130º/131º días delirantes - 132º/133º días delirantes - 134º/135º días delirantes - 136º/137º días delirantes - 138º/139º días delirantes - 140º/141º días delirantes - 142º/143º días delirantes - 144º/145º días delirantes - 146º/147º días delirantes - 148º/149º días delirantes - 150º/151º días delirantes - 152º/153º días delirantes - 154º/155º días delirantes - 156º/157º días delirantes - 158º/159º días delirantes - 160º/161º días delirantes - 162º/163º días delirantes - 164º/165º días delirantes - 166º/167º días delirantes - 168º/169º días delirantes - 170º/171º días delirantes - 172º/173º días delirantes - 174º/175º días delirantes - 176º/177º días delirantes - 178º/179º días delirantes - 180º/181º días delirantes - 182º/183º días delirantes - 184º/185º días delirantes - 186º/187º días delirantes - 188º/189º días delirantes - 190º/191º días delirantes - 192º/193º días delirantes - 194º/195º días delirantes - 196º/197º días delirantes - 198º/199º días delirantes - 200º/201º días delirantes - 202º/203º días delirantes - 204º/205º días delirantes - 206º/207º días delirantes - 208º/209º días delirantes - 210º/211º días delirantes - 212º/213º días delirantes - 214º/215º días delirantes - 216º/217º días delirantes - 218º/219º días delirantes - 220º/221º días delirantes - 222º/223º días delirantes - 224º/225º días delirantes - 226º/227º días delirantes - 228º/229º días delirantes - 230º/231º días delirantes - 232º/233º días delirantes - 234º/235º días delirantes - 236º/237º días delirantes - 238º/239º días delirantes - 240º/241º días delirantes - 242º/243º días delirantes - 244º/245º días delirantes - 246º/247º días delirantes - 248º/249º días delirantes - 250º/251º días delirantes - 252º/253º días delirantes - 254º/255º días delirantes - 256º/257º días delirantes - 258º/259º días delirantes - 260º/261º días delirantes - 262º/263º días delirantes - 264º/265º días delirantes - 266º/267º días delirantes - 268º/269º días delirantes - 270º/271º días delirantes - 272º/273º días delirantes - 274º/275º días delirantes - 276º/277º días delirantes - 278º/279º días delirantes - 280º/281º días delirantes - 282º/283º días delirantes - 284º/285º días delirantes - 286º/287º días delirantes - 288º/289º días delirantes - 290º/291º días delirantes - 292º/293º días delirantes - 294º/295º días delirantes - 296º/297º días delirantes - 298º/299º días delirantes - 300º/301º días delirantes - 302º/303º días delirantes - 304º/305º días delirantes - 306º/307º días delirantes - 308º/309º días delirantes - 310º/311º días delirantes - 312º/313º días delirantes - 314º/315º días delirantes - 316º/317º días delirantes - 318º/319º días delirantes - 320º/321º días delirantes - 322º/323º días delirantes - 324º/325º días delirantes - 326º/327º días delirantes - 328º/329º días delirantes - 330º/331º días delirantes - 332º/333º días delirantes - 334º/335º días delirantes - 336º/337º días delirantes - 338º/339º días delirantes - 340º/341º días delirantes - 342º/343º días delirantes - 344º/345º días delirantes - 346º/347º días delirantes - 348º/349º días delirantes - 350º/351º días delirantes - 352º/353º días delirantes - 354º/355º días delirantes - 356º/357º días delirantes - 358º/359º días delirantes - 360º/361º días delirantes - 362º/363º días delirantes - 364º/365º días delirantes - 366º/367º días delirantes - 368º/369º días delirantes - 370º/371º días delirantes - 372º/373º días delirantes - 374º/375º días delirantes - 376º/377º días delirantes - 378º/379º días delirantes - 380º/381º días delirantes - 382º/383º días delirantes - 384º/385º días delirantes - 386º/387º días delirantes - 388º/389º días delirantes - 390º/391º días delirantes - 392º/393º días delirantes - 394º/395º días delirantes - 396º/397º días delirantes - 398º/399º días delirantes - 400º/401º días delirantes - 402º/403º días delirantes - 404º/405º días delirantes - 406º/407º días delirantes - 408º/409º días delirantes - 410º/411º días delirantes - 412º/413º días delirantes - 414º/415º días delirantes - 416º/417º días delirantes - 418º/419º días delirantes - 420º/421º días delirantes - 422º/423º días delirantes - 424º/425º días delirantes - 426º/427º días delirantes - 428º/429º días delirantes - 430º/431º días delirantes - 432º/433º días delirantes - 434º/435º días delirantes - 436º/437º días delirantes - 438º/439º días delirantes - 440º/441º días delirantes - 442º/443º días delirantes - 444º/445º días delirantes - 446º/447º días delirantes - 448º/449º días delirantes - 450º/451º días delirantes - 452º/453º días delirantes - 454º/455º días delirantes - 456º/457º días delirantes - 458º/459º días delirantes - 460º/461º días delirantes - 462º/463º días delirantes - 464º/465º días delirantes - 466º/467º días delirantes - 468º/469º días delirantes - 470º/471º días delirantes - 472º/473º días delirantes - 474º/475º días delirantes - 476º/477º días delirantes - 478º/479º días delirantes - 480º/481º días delirantes - 482º/483º días delirantes - 484º/485º días delirantes - 486º/487º días delirantes - 488º/489º días delirantes - 490º/491º días delirantes - 492º/493º días delirantes - 494º/495º días delirantes - 496º/497º días delirantes - 498º/499º días delirantes - 500º/501º días delirantes - 502º/503º días delirantes - 504º/505º días delirantes - 506º/507º días delirantes - 508º/509º días delirantes - 510º/511º días delirantes - 512º/513º días delirantes - 514º/515º días delirantes - 516º/517º días delirantes - 518º/519º días delirantes - 520º/521º días delirantes - 522º/523º días delirantes - 524º/525º días delirantes - 526º/527º días delirantes - 528º/529º días delirantes - 530º/531º días delirantes - 532º/533º días delirantes - 534º/535º días delirantes - 536º/537º días delirantes - 538º/539º días delirantes - 540º/541º días delirantes - 542º/543º días delirantes - 544º/545º días delirantes - 546º/547º días delirantes - 548º/549º días delirantes - 550º/551º días delirantes - 552º/553º días delirantes - 554º/555º días delirantes - 556º/557º días delirantes - 558º/559º días delirantes - 560º/561º días delirantes - 562º/563º días delirantes - 564º/565º días delirantes - 566º/567º días delirantes - 568º/569º días delirantes - 570º/571º días delirantes - 572º/573º días delirantes - 574º/575º días delirantes - 576º/577º días delirantes - 578º/579º días delirantes - 580º/581º días delirantes - 582º/583º días delirantes - 584º/585º días delirantes - 586º/587º días delirantes - 588º/589º días delirantes - 590º/591º días delirantes - 592º/593º días delirantes - 594º/595º días delirantes - 596º/597º días delirantes - 598º/599º días delirantes - 600º/601º días delirantes - 602º/603º días delirantes - 604º/605º días delirantes - 606º/607º días delirantes - 608º/609º días delirantes - 610º/611º días delirantes - 612º/613º días delirantes - 614º/615º días delirantes - 616º/617º días delirantes - 618º/619º días delirantes - 620º/621º días delirantes - 622º/623º días delirantes - 624º/625º días delirantes - 626º/627º días delirantes - 628º/629º días delirantes - 630º/631º días delirantes - 632º/633º días delirantes - 634º/635º días delirantes - 636º/637º días delirantes - 638º/639º días delirantes - 640º/641º días delirantes - 642º/643º días delirantes - 644º/645º días delirantes - 646º/647º días delirantes - 648º/649º días delirantes - 650º/651º días delirantes - 652º/653º días delirantes - 654º/655º días delirantes - 656º/657º días delirantes - 658º/659º días delirantes - 660º/661º días delirantes - 662º/663º días delirantes - 664º/665º días delirantes - 666º/667º días delirantes - 668º/669º días delirantes - 670º/671º días delirantes - 672º/673º días delirantes - 674º/675º días delirantes - 676º/677º días delirantes - 678º/679º días delirantes - 680º/681º días delirantes - 682º/683º días delirantes - 684º/685º días delirantes - 686º/687º días delirantes - 688º/689º días delirantes - 690º/691º días delirantes - 692º/693º días delirantes - 694º/695º días delirantes - 696º/697º días delirantes - 698º/699º días delirantes - 700º/701º días delirantes - 702º/703º días delirantes - 704º/705º días delirantes - 706º/707º días delirantes - 708º/709º días delirantes - 710º/711º días delirantes - 712º/713º días delirantes - 714º/715º días delirantes - 716º/717º días delirantes - 718º/719º días delirantes - 720º/721º días delirantes - 722º/723º días delirantes - 724º/725º días delirantes - 726º/727º días delirantes - 728º/729º días delirantes - 730º/731º días delirantes - 732º/733º días delirantes - 734º/735º días delirantes - 736º/737º días delirantes - 738º/739º días delirantes - 740º/741º días delirantes - 742º/743º días delirantes - 744º/745º días delirantes - 746º/747º días delirantes - 748º/749º días delirantes - 750º/751º días delirantes - 752º/753º días delirantes - 754º/755º días delirantes - 756º/757º días delirantes - 758º/759º días delirantes - 760º/761º días delirantes - 762º/763º días delirantes - 764º/765º días delirantes - 766º/767º días delirantes - 768º/769º días delirantes - 770º/771º días delirantes - 772º/773º días delirantes - 774º/775º días delirantes - 776º/777º días delirantes - 778º/779º días delirantes - 780º/781º días delirantes - 782º/783º días delirantes - 784º/785º días delirantes - 786º/787º días delirantes - 788º/789º días delirantes - 790º/791º días delirantes - 792º/793º días delirantes - 794º/795º días delirantes - 796º/797º días delirantes - 798º/799º días delirantes - 800º/801º días delirantes - 802º/803º días delirantes - 804º/805º días delirantes - 806º/807º días delirantes - 808º/809º días delirantes - 810º/811º días delirantes - 812º/813º días delirantes - 814º/815º días delirantes - 816º/817º días delirantes - 818º/819º días delirantes - 820º/821º días delirantes - 822º/823º días delirantes - 824º/825º días delirantes - 826º/827º días delirantes - 828º/829º días delirantes - 830º/831º días delirantes - 832º/833º días delirantes - 834º/835º días delirantes - 836º/837º días delirantes - 838º/839º días delirantes - 840º/841º días delirantes - 842º/843º días delirantes - 844º/845º días delirantes - 846º/847º días delirantes - 848º/849º días delirantes - 850º/851º días delirantes - 852º/853º días delirantes - 854º/855º días delirantes - 856º/857º días delirantes - 858º/859º días delirantes - 860º/861º días delirantes - 862º/863º días delirantes - 864º/865º días delirantes - 866º/867º días delirantes - 868º/869º días delirantes - 870º/871º días delirantes - 872º/873º días delirantes - 874º/875º días delirantes - 876º/877º días delirantes - 878º/879º días delirantes - 880º/881º días delirantes - 882º/883º días delirantes - 884º/885º días delirantes - 886º/887º días delirantes - 888º/889º días delirantes - 890º/891º días delirantes - 892º/893º días delirantes - 894º/895º días delirantes - 896º/897º días delirantes - 898º/899º días delirantes - 900º/901º días delirantes - 902º/903º días delirantes - 904º/905º días delirantes - 906º/907º días delirantes - 908º/909º días delirantes - 910º/911º días delirantes - 912º/913º días delirantes - 914º/915º días delirantes - 916º/917º días delirantes - 918º/919º días delirantes - 920º/921º días delirantes - 922º/923º días delirantes - 924º/925º días delirantes - 926º/927º días delirantes - 928º/929º días delirantes - 930º/931º días delirantes - 932º/933º días delirantes - 934º/935º días delirantes - 936º/937º días delirantes - 938º/939º días delirantes - 940º/941º días delirantes - 942º/943º días delirantes - 944º/945º días delirantes - 946º/947º días delirantes - 948º/949º días delirantes - 950º/951º días delirantes - 952º/953º días delirantes - 954º/955º días delirantes - 956º/957º días delirantes - 958º/959º días delirantes - 960º/961º días delirantes - 962º/963º días delirantes - 964º/965º días delirantes - 966º/967º días delirantes - 968º/969º días delirantes - 970º/971º días delirantes - 972º/973º días delirantes - 974º/975º días delirantes - 976º/977º días delirantes - 978º/979º días delirantes - 980º/981º días delirantes - 982º/983º días delirantes - 984º/985º días delirantes - 986º/987º días delirantes - 988º/989º días delirantes - 990º/991º días delirantes - 992º/993º días delirantes - 994º/995º días delirantes - 996º/997º días delirantes - 998º/999º días delirantes - 1000º/1001º días delirantes - 1002º/1003º días delirantes - 1004º/1005º días delirantes - 1006º/1007º días delirantes - 1008º/1009º días delirantes - 1010º/1011º días delirantes - 1012º/1013º días delirantes - 1014º/1015º días delirantes - 1016º/1017º días delirantes - 1018º/1019º días delirantes - 1020º/1021º días delirantes - 1022º/1023º días delirantes - 1024º/1025º días delirantes - 1026º/1027º días delirantes - 1028º/1029º días delirantes - 1030º/1031º días delirantes - 1032º/1033º días delirantes - 1034º/1035º días delirantes - 1036º/1037º días delirantes - 1038º/1039º días delirantes - 1040º/1041º días delirantes - 1042º/1043º días delirantes - 1044º/1045º días delirantes - 1046º/1047º días delirantes - 1048º/1049º días delirantes - 1050º/1051º días delirantes - 1052º/1053º días delirantes - 1054º/1055º días delirantes - 1056º/1057º días delirantes - 1058º/1059º días delirantes - 1060º/1061º días delirantes - 1062º/1063º días delirantes - 1064º/1065º días delirantes - 1066º/1067º días delirantes - 1068º/1069º días delirantes - 1070º/1071º días delirantes - 1072º/1073º días delirantes - 1074º/1075º días delirantes - 1076º/1077º días delirantes - 1078º/1079º días delirantes - 1080º/1081º días delirantes - 1082º/1083º días delirantes - 1084º/1085º días delirantes - 1086º/1087º días delirantes - 1088º/1089º días delirantes - 1090º/1091º días delirantes - 1092º/1093º días delirantes - 1094º/1095º días delirantes - 1096º/1097º días delirantes - 1098º/1099º días delirantes - 1100º/1101º días delirantes - 1102º/1103º días delirantes - 1104º/1105º días delirantes - 1106º/1107º días delirantes - 1108º/1109º días delirantes - 1110º/1111º días delirantes - 1112º/1113º días delirantes - 1114º/1115º días delirantes - 1116º/1117º días delirantes - 1118º/1119º días delirantes - 1120º/1121º días delirantes - 1122º/1123º días delirantes - 1124º/1125º días delirantes - 1126º/1127º días delirantes - 1128º/1129º días delirantes - 1130º/1131º días delirantes - 1132º/1133º días delirantes - 1134º/1135º días delirantes - 1136º/1137º días delirantes - 1138º/1139º días delirantes - 1140º/1141º días delirantes - 1142º/1143º días delirantes - 1144º/1145º días delirantes - 1146º/1147º días delirantes - 1148º/1149º días delirantes - 1150º/1151º días delirantes - 1152º/1153º días delirantes - 1154º/1155º días delirantes - 1156º/1157º días delirantes - 1158º/1159º días delirantes - 1160º/1161º días delirantes - 1162º/1163º días delirantes - 1164º/1165º días delirantes - 1166º/1167º días delirantes - 1168º/1169º días delirantes - 1170º/1171º días delirantes - 1172º/1173º días delirantes - 1174º/1175º días delirantes - 1176º/1177º días delirantes - 1178º/1179º días delirantes - 1180º/1181º días delirantes - 1182º/1183º días delirantes - 1184º/1185º días delirantes - 1186º/1187º días delirantes - 1188º/1189º días delirantes - 1190º/1191º días delirantes - 1192º/1193º días delirantes - 1194º/1195º días delirantes - 1196º/1197º días delirantes - 1198º/1199º días delirantes - 1200º/1201º días delirantes - 1202º/1203º días delirantes - 1204º/1205º días delirantes - 1206º/1207º días delirantes - 1208º/1209º días delirantes - 1210º/1211º días delirantes - 1212º/1213º días delirantes - 1214º/1215º días delirantes - 1216º/1217º días delirantes - 1218º/1219º días delirantes - 1220º/1221º días delirantes - 1222º/1223º días delirantes - 1224º/1225º días delirantes - 1226º/1227º días delirantes - 1228º/1229º días delirantes - 1230º/1231º días delirantes - 1232º/1233º días delirantes - 1234º/1235º días delirantes - 1236º/1237º días delirantes - 1238º/1239º días delirantes - 1240º/1241º días delirantes - 1242º/1243º días delirantes - 1244º/1245º días delirantes - 1246º/1247º días delirantes - 1248º/1249º días delirantes - 1250º/1251º días delirantes - 1252º/1253º días delirantes - 1254º/1255º días delirantes - 1256º/1257º días delirantes - 1258º/1259º días delirantes - 1260º/1261º días delirantes - 1262º/1263º días delirantes - 1264º/1265º días delirantes - 1266º/1267º días delirantes - 1268º/1269º días delirantes - 1270º/1271º días delirantes - 1272º/1273º días delirantes - 1274º/1275º días delirantes - 1276º/1277º días delirantes - 1278º/1279º días delirantes - 1280º/1281º días delirantes - 1282º/1283º días delirantes - 1284º/1285º días delirantes - 1286º/1287º días delirantes - 1288º/1289º días delirantes - 1290º/1291º días delirantes - 1292º/129

TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS ASOCIADOS:
 Ficha psicofármacos prescritos en el momento actual (posible respuesta múltiple):

APS ORAL-I	APS NILD TÍPICOS	APS NILD ATÍPICOS	Tiempo a Tto desde 1º NILD	Dosis/ periodo
0 No	0 No	0 No		
1 QUIETAPINA	1 FLUFENAZINA	1 PALIPERIDONA-IP		
2 OLANZAPINA	2 HALOPERIDOL	2 PALIPERIDONA-IP		
3 PALIPERIDONA	3 CLOPICOZOL	3 RISPERIDONA-IP		
4 RISPERIDONA		4 ARIPIPRAZOL-IP		
5 AMISPIRAZOL		5 OLANZAPINA-IP		
6 AMISULPRIDA				
7 ALLENAPINA				
8 ZIPRASIDONA				
9 TIAPICOL				
10 FLUFENAZINA				
11 CLONORFAXINA	17 CARIPRAZINA-I	0 No		
12 HALOPERIDOL	18 LURASIDONA	1 Bupren		
13 LIXOFIPREOMAZINA	19 BREXIPRAZOL	2 Otros		
14 CLOZAPINA				
15 ZUCLORENTIXOL				
16 PISUZIDA				

HIPNOTICOS-ANSIOLITICOS	ANTIDEPRESIVOS	ESTABILIZADORES	FARMACOS OH
0 No	0 No	0 No	0 NO
1 DIAZEPAN	1 MIRTAZAPINA	1 PREGABALINA	1 DISULFRAM
2 LORAZEPAN	2 TRAZODONA	2 GABAPENTINA	2 CIANAMIDA Cs
3 CLONAZEPAN	3 VENLAFAXINA	3 TOPIRAMATO	3 NALMEFENO
4 ALPRAZOLAM	4 DESVENLAFAXINA	4 VALPROICO	4 NALTREXONA
5 CLORACEPATO	5 DULOXETINA	5 CARBAMAZEPINA	5 ACAMPROSATO
6 KETAZOLAM	6 BUPROPION	6 OXCARBAZEPINA	6 OTROS
7 LORMETAZEPAN	7 ESCITALOPRAM	7 LAMOTRIGINA	
8 QUIAZEPAN	8 CITALOPRAM	8 LITIO	
9 LOPRAZOLAM	9 PAROXETINA	9 ZONISAMIDA	
10 CLORDIAZEPÓXIDO	10 SERTRALINA	10 ESUCARBAZEPINA	
11 BROMAZEPAN	11 FLUOXETINA	11 LEVETIRACETAM	
12 MIDAZOLAM	12 APIL TRIPTILINA	FARMACOS TDAH	
13 FLUNITRAZEPAN	13 CLOMIFRAMINA	0 No	
14 ZOLPIDEM	14 IMIPRAMINA	1 RTT DRGS	
15 ZOPICLONA	15 FLUVOXAMINA	2 RTT BRB	
	16 MAPROTILINA	3 LDR	
	17 AGOMELATINA	4 ATK	
	18 VORTIOXETINA	5 GUANF	
	19 TIAMPTINA	6 OTROS	

Coste anual TOTAL TRATAMIENTO (Fuente IANUS) €

Evolución de conducta de consumo en último mes de Tratamiento:

1 Abstinencia (con o sin confirmación de urinario), pero con datos favorables en historial clínico
2 Recaida parcial (consumos 1-3 veces/semana o 1-2 veces/día), pero continua a TTO en centro
3 Consumo habitual (consumos 3-5 veces/semana o a diario), pero continua a TTO en centro
4 Recaida y abandono del centro
5 Derivación otro centro asistencia, incluida unidad interapientaria
6 Fallecimiento
7 Alta NILD/APLD, pero continua TTO en centro
8 Baja NILD/APLD, pero continua a Tto en Centro
9 Alta NILD/APLD y alta del Centro (ALTA TERAPÉUTICA)
0 Desconocido

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO: _____ Galicia Portugal
 N° HISTORIA CLÍNICA EN EL CENTRO: _____

LUDOPATÍA:

PROFESIONAL: En su evaluación clínica, ¿la conducta ludopática (SL) del presente caso, cumple los criterios de juego patológico (PJ) del DSM-5?	Siempre entre 0-3	NO	SI
PROFESIONAL: En este caso, ¿los problemas con el juego estaban presentes antes de iniciar tratamiento con NILD?		NO	SI
PROFESIONAL: En el plan de tratamiento del paciente, ¿los problemas con el juego han motivado algún tipo de intervención terapéutica específica para su abordaje?		NO	SI

TRAUMA:

- Existe evidencia en el historial clínico del/de la paciente sobre la existencia de malos tratos físicos y/o psicológicos, violencia sexual (de género)?
 1.- NO 2.- SI
- En que época de su vida?
 - De inicio en la infancia/juventud
 - De inicio en vida adulta
 - A lo largo de la vida del/de la paciente
- En qué ambiente se desarrolló/desarrolla esta situación de malos tratos/violencia...?
 - Familiar
 - Pareja
 - 3=1+2
 - Extra-familiar
 - Todos

Algún comentario acerca de este tipo de experiencia de violencia en la vida del/de la paciente?

EFFECTOS ADVERSOS (SMARTS): Monitorización Sistemática de Acontecimientos Adversos Asociados a Tratamientos (Systematic Monitoring of Adverse Events Related to Treatments)

Instrucciones: queremos asegurarnos que está recibiendo el mejor tratamiento posible, por lo que nos gustaría comprobar si tiene algún problema que pueda ser resultado de tomar su medicación. Por favor, rodee cualquiera de los siguientes aspectos que le afectan, para que su médico o enfermera puedan hablar de ellos con usted!

Efectos secundarios: (Le afecta alguno de los siguientes?) (en BD=NO ES)	NO	SI
1.- Dificultades del movimiento, como temblores, rigidez o dolores musculares	7/10	3/10
2.- Cambios en su peso o su apetito	7/10	3/10
3.- Problemas en su vida sexual	7/10	3/10
4.- Cambios en su menstruación o mamas	7/10	3/10
5.- Mareos o embobamiento	7/10	3/10
6.- Cansancio o somnolencia	7/10	3/10
7.- Irritabilidad o nerviosismo	7/10	3/10
8.- Estrés, problemas de sueño, problemas de atención o falta de interés	7/10	3/10
9.- Problemas para orinar o necesidad de orinar muy frecuentemente	7/10	3/10
10.- Problemas de concentración o de memoria	7/10	3/10
11.- Sentirse ansioso o deprimido	7/10	3/10
12.- Cualquier otro problema que usted crea que está asociado con su medicación. Por favor indique:	7/10	3/10

Interferencia de los efectos secundarios sobre el funcionamiento diario del paciente

0: Sin efectos secundarios	1	2	3
1. Sin interferencia significativas			
2. Interferencia moderada			
3. Interferencia marcada			

CONSECUENCIA:

0: Ninguna acción		
1: No reducción de la dosis/tratamiento de efectos secundarios		
2: Reducción de la dosis		
3: Retirada Tto-ILD		
4: Cambio Tto-ILD		

¿Se realizaron cambios en el ILD inicialmente prescrito?

0: Sin cambios		
1: Cambio a PLP-1Mes a ARP-1Mes		
2: Cambio a ARP-1Mes a PLP-1Mes		
3: Cambio a PLP-1Mes a PLP-3Meses		
4: otros cambios de ILD		

CGI: IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (PROFESIONAL)

CGI: IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (PROFESIONAL)	
Gravedad enfermedad (CGI-SI)	Mejoría Global (CGI-GI)
0 No evaluado	0 No evaluado
1 Normal, no enfermo	1 Mucho mejor
2 Dudosamente enfermo	2 Moderadamente mejor
3 Levemente enfermo	3 Levemente mejor
4 Moderadamente enfermo	4 Sin cambios
5 Marcadamente enfermo	5 Levemente peor
6 Gravemente enfermo	6 Moderadamente peor
7 Entre los pacientes más extremadamente enfermos	7 Mucho peor

CGI-SI BASAL: _____ CGI-GI ACTUAL: _____

(*)BASAL: En estudio TRANSNILD la evaluación de la gravedad en el momento BASAL ha de realizarse RETROSPECTIVAMENTE, según la información clínica disponible sobre el momento en que se inició el tratamiento NILD.

N° HISTORIAL: _____ UAD: _____

IMPRESIÓN GENERAL: Estamos muy interesados en que nos sugiera todo aquello que nos ayude a mejorar el servicio asistencial en este Centro. ¿Cómo valora Ud. este programa de tratamiento con la aplicación de medicación inyectable, teniendo en cuenta su valoración sobre la gravedad de su enfermedad y el grado de mejoría logrado con este tipo de tratamiento?

CGI: IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (PACIENTE/FAMILIA-CUIDADOR)

CGI: IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (PACIENTE)	
Gravedad enfermedad (CGI-SI)	Mejoría Global (CGI-GI)
0 No evaluado	0 No evaluado
1 Normal, no enfermo	1 Mucho mejor
2 Dudosamente enfermo	2 Moderadamente mejor
3 Levemente enfermo	3 Levemente mejor
4 Moderadamente enfermo	4 Sin cambios
5 Marcadamente enfermo	5 Levemente peor
6 Gravemente enfermo	6 Moderadamente peor
7 Entre los pacientes más extremadamente enfermos	7 Mucho peor

CGI: IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (FAMILIA-CUIDADOR)	
Gravedad enfermedad (CGI-SI)	Mejoría Global (CGI-GI)
0 No evaluado	0 No evaluado
1 Normal, no enfermo	1 Mucho mejor
2 Dudosamente enfermo	2 Moderadamente mejor
3 Levemente enfermo	3 Levemente mejor
4 Moderadamente enfermo	4 Sin cambios
5 Marcadamente enfermo	5 Levemente peor
6 Gravemente enfermo	6 Moderadamente peor
7 Entre los pacientes más extremadamente enfermos	7 Mucho peor

En general, califique su grado de satisfacción con este programa asistencial (rótulo con una X, lo que desee)

PACIENTE NADA SATISFECHO- 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10 -MUY SATISFECHO

FAMILIA-CUIDADOR NADA SATISFECHO- 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10 -MUY SATISFECHO

Si quiere hacer cualquier comentario acerca del tratamiento que ha recibido en este Centro, tomaremos nota al objeto de mejorar el tratamiento que podemos ofrecer.

Gracias por su ayuda.
 Con esto concluye nuestro entrevista. Muchas gracias por su participación