






Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



TESIS DOCTORAL

---

IMPLEMENTACIÓN INFORMÁTICA Y  
VALIDACIÓN DE LA PRISM 5  
(PSYCHIATRIC RESEARCH INTERVIEW FOR  
SUBSTANCE AND MENTAL DISORDERS FOR  
DSM 5)

---

Claudio Tamarit Francés  
Junio 2022



**Universitat Autònoma de Barcelona**  
Facultat de Medicina  
Departament de Psiquiatria  
y Medicina Legal

*Este jardín nos cede su delicia,  
nos cede el árbol de manzanas lleno.*

*Fuente de dioses a la sed propicia,  
pan del instinto, para el hambre, bueno.*

*Mas blanco mármol sin igual pudicia  
fija en nosotros su mirar sereno:  
muslo desnudo, vigoroso el seno,  
puro, como la luz que lo acaricia.*

*Se hacen tus ojos demasiado azules,  
cubren tus manos impalpables tules  
y algo divino te levanta en vuelo.*

*No cortemos la fruta deleitosa  
y mira el alma en una nube rosa,  
cómo es de azul la beatitud del cielo.*

*(Noche divina;  
Alfonsina Storni)*

# IMPLEMENTACIÓN INFORMÁTICA Y VALIDACIÓN DE LA PRISM 5 (PSYCHIATRIC RESEARCH INTERVIEW FOR SUBSTANCE AND MENTAL DISORDERS FOR DSM 5)

Claudio Tamarit Francés

DIRECTORES DE TESIS:

Dra. Marta Torrens Melich

Dr. Juan Ignacio Mestre Pinto

TUTORA DE TESIS:

Dra. Marta Torrens Melich

*Memoria que se presenta para optar al título de doctor por la:*



**Universitat Autònoma de Barcelona**

Facultat de Medicina

**Departament de Psiquiatria  
y Medicina Legal**

# Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a la Dra. Marta Torrens Melich y al Dr. Juan Ignacio Mestre Pinto, por la luz que me han proporcionado desde el horizonte en este camino recorrido a lo largo de todos estos años.

También me gustaría agradecer a Begoña, Alejandro y Claudia, mis más que fieles compañeros en mi día a día, por su paciencia en mis ausencias.

A Nacho Martí, a Samuel Pombo y a Albert Guarque, por su desinteresado apoyo en esas últimas cinceladas.

No caben menos gratificaciones al Instituto de Salud Carlos III, por la aportación de los fondos, y a todos aquellos que en el Parc de Salut Mar y en centros afines participaron en el proyecto de investigación “Adaptación de los instrumentos de diagnóstico de patología dual a los criterios DSM-5” (Exp. Nº: PI14/00178).

Gracias a todos ellos sin distinción ya que han permitido el desarrollo de este proyecto que ha dado como fruto esta tesis doctoral.

Gracias, mamá, gracias, papá, porque desde dónde y cuándo estéis, yo estoy y soy yendo.

*No las grandes verdades yo te pregunto, que  
No las contestarías; solamente investigo  
Si, cuando me gestaste, fue la luna testigo,  
Por los oscuros patios en flor, paseándose.*

*Y si, cuando en tu seno de fervores latinos  
Yo escuchando dormía, un ronco mar sonoro  
Te adormeció las noches, y miraste, en el oro  
Del crepúsculo, hundirse los pájaros marinos.*

*Porque mi alma es toda fantástica, viajera,  
Y la envuelve una nube de locura ligera  
Cuando la luna nueva sube al cielo azulino.*

*Y gusta, si el mar abre sus fuertes pebeteros.  
Arrullada en un claro cantar de marineros  
Mirar las grandes aves que pasan sin destino.*

*(Palabras a mi madre;  
Alfonsina Storni)*

# Índice

<b>Índice</b>	<b>6</b>
<b>Abreviaturas</b>	<b>9</b>
<b>Índice de Figuras, Tablas, Ilustraciones y Anexos</b>	<b>11</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Salud Mental</b>	<b>18</b>
<b>1.2. Trastorno Mental</b>	<b>24</b>
<b>1.3. Patología Dual</b>	<b>26</b>
1.3.1. Patología Dual: Definición	26
1.3.2. Patología Dual: Etiopatogenia	27
1.3.3. Patología Dual: Evolución como concepto	27
1.3.4. Patología Dual: Dificultad en el Diagnóstico y Tratamiento	30
1.3.5. Patología Dual: Problemas de Salud y Sociales	32
<b>1.4. Entrevistas psiquiátricas</b>	<b>34</b>
1.4.1. DIS-IV (The Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV)	36
1.4.2. WHO WMH-CIDI (The World Health Organization World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview)	37
1.4.3. SCAN-2.1 (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)	38
1.4.4. SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders)	40
<b>1.5. PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders)</b>	<b>41</b>
1.5.1. PRISM: Historia de las diferentes versiones	41
1.5.2. PRISM-IV: validación en español	44
<b>2. Justificación</b>	<b>52</b>
<b>3. Hipótesis</b>	<b>54</b>
<b>4. Objetivos</b>	<b>56</b>
<b>4.1. Objetivo Principal</b>	<b>57</b>
<b>4.2. Objetivos Específicos</b>	<b>57</b>
<b>5. Métodos</b>	<b>58</b>
<b>5.1. Diseño</b>	<b>59</b>
5.1.1. Procedimiento	59
<b>5.2. Criterios de Inclusión y Exclusión</b>	<b>62</b>
5.2.1. Criterios de Inclusión	62
5.2.2. Criterios de Exclusión	62
<b>5.3. Cálculo del Tamaño Muestral</b>	<b>62</b>
<b>5.4. Procedimiento de Evaluación y Estrategia de Análisis</b>	<b>63</b>
5.4.1. Procedimiento de Evaluación	63
5.4.2. Variables Principales	64



5.4.3. Análisis estadístico	64
5.4.4. Coeficiente kappa de Cohen	64
5.4.5. Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo, Razón de Verosimilitud Positiva, Razón de Verosimilitud Negativa	66
5.4.6. Software SPSS® y Microsoft® Excel®	70
<b>5.5. Aspectos Éticos</b>	<b>70</b>
<b>6. Resultados</b>	<b>71</b>
6.1. Principales cambios entre el DSM-IV-TR y el DSM 5	72
6.2. Actualización de la PRISM-IV a la PRISM 5	76
6.2.1. Revisión y adaptación de los módulos de la PRISM-IV	76
6.2.2. Traducción, retro-traducción y adaptación cultural de la PRISM 5	76
6.3. Elaboración de la versión informatizada de la PRISM 5	76
6.4. Cursos PRISM-5 para la formación de entrevistadores	87
6.5. Validación de la PRISM 5	87
6.5.1. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos por Consumo de Sustancias	87
6.5.2. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos Inducidos por Sustancias y Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos	88
6.6. PRISM-5: Validez (Sensibilidad, Especificidad), Seguridad (Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo), Razón de Verosimilitud Positiva y Razón de Verosimilitud Negativa	92
6.6.1. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos por Consumo de Sustancias	92
6.6.2. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos Inducidos por Sustancias y Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos	93
<b>7. Discusión</b>	<b>102</b>
<b>8. Conclusiones</b>	<b>114</b>
<b>9. Bibliografía</b>	<b>116</b>
<b>10. Anexos</b>	<b>132</b>

# Abreviaturas

AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVD	Años Vividos con Discapacidad
AVP	Años de Vida Perdidos
CAS	Centros de Atención y Seguimiento de las Adicciones
CIE-10	Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª revisión
CSP	Consumo de Sustancias Psicoactivas
DIS-IV	The Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
E	Especificidad
ECA	The Epidemiologic Catchment Area
ICPE	International Consistorium in Psychiatric Epidemiology
LEAD	Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available
NIAAA	National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
NIMH	National Institute of Mental Health
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PD	Patología Dual
PIB	Producto Interior Bruto
PRISM 5	Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5
RDC	Research Diagnostic Criteria
RVN	Razón de Verosimilitud Negativa
RVP	Razón de Verosimilitud Positiva
S	Sensibilidad
SCAN-2.1	Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCID-5	Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders
TCS	Trastorno por Consumo de Sustancias
TD	Trastorno Depresivo
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TM	Trastorno Mental
TM-IS	Trastorno Mental Inducido por Sustancias
TM-P	Trastorno Mental Primario
UHD	Unidad Hospitalaria de Desintoxicación
UPD	Unidad de Patología Dual
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPN	Valor Predictivo Negativo
VPP	Valor Predictivo Positivo
WHO WMH-CIDI	The World Health Organization World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview

# Índice de Figuras, Tablas, Ilustraciones y Anexos

# Figuras

*Figura 1. Número de visitas realizadas al especialista en salud mental en las últimas dos semanas en los países de la Unión Europea (UE) en 2014 según su Producto Interior Bruto (PIB). \_\_\_\_\_ 19*

*Figura 2. Cronograma del año de publicación de las distintas versiones de las principales entrevistas diagnósticas en psiquiatría. (DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); SCID (Structured Clinical Interview); SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry); PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders); DIS (The Diagnostic Interview Schedule); y CIDI (Composite International Diagnostic Interview). \_\_\_\_\_ 35*

# Tablas

Tabla 1. Mortalidad (Mort), Años de Vida Perdidos (AVP), Años Vividos con Discapacidad (AVD) y Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) a nivel mundial (MUN), europeo (EUR) y español (ESP) en los Trastornos mentales (TM) y por consumo de sustancias (TCS), en valores absolutos: Total (Tot.), y relativos: Tanto por ciento (%) y Tasa Bruta (TB) por 10<sup>5</sup> habitantes (Global Health Estimates, 2016). \_ 23

Tabla 2.- Prevalencia de los trastornos actuales en 105 pacientes diagnosticados según la PRISM-IV (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV), la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004). \_\_\_\_\_ 47

Tabla 3.- Prevalencia de los trastornos pasados en 105 pacientes diagnosticados según la PRISM-IV (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV), la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004). \_\_\_\_\_ 48

Tabla 4.- Concordancia en 105 pacientes entre los diagnósticos actuales y pasados realizados por la PRISM-IV (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV), y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004). \_\_\_\_\_ 49

Tabla 5.- Concordancia en 105 pacientes entre los diagnósticos actuales y pasados realizados por la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004). \_\_\_\_\_ 50

Tabla 6.- Cronograma del estudio de "Implementación informática y Validación de la PRISM 5". (PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders); DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition); IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available); e INAD (Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones)). \_\_\_\_\_ 61

Tabla 7.- Escala de valoración (Grado de Acuerdo) del índice Kappa ( $\kappa$ ) (Landis y Koch, 1977; Gómez González y Pérez Castán 2007) \_\_\_\_\_ 65

Tabla 8.- Representación de los resultados de una prueba diagnóstica en una Tabla 2x2. (Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN), Verdadero Positivo (VP), Falso Positivo (FP), Falso Negativo (FN), Verdadero Negativo (VN), N (tamaño de la muestra), P (Prevalencia), RVP (Razón de Verosimilitud Positiva) y RVN (Razón de Verosimilitud Negativa)) (Gómez González y Pérez Castán 2007; Donis 2012; Perez et al 2021). \_\_\_\_\_ 69

Tabla 9.- Potencia Diagnóstica. Capacidad diagnóstica de una prueba según el valor de la Razón de Verosimilitud. (RVP (Razón de Verosimilitud Positiva) y RVN (Razón de Verosimilitud Negativa)) (Donis 2012; Perez et al 2021). \_\_\_\_\_ 69

Tabla 10.-Prevalencia (N=197) de los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available). \_\_\_\_\_ 90

Tabla 11.- Valor Kappa (k) y su "Grado de Acuerdo" (N=197) entre los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available). \_\_\_\_\_ 91

Tabla 12.- Sensibilidad (S) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) \_\_\_\_\_ 96

*Tabla 13.- Especificidad (E) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) \_\_\_\_\_ 97*

*Tabla 14.- Valor Predictivo Positivo (VPP) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) \_ 98*

*Tabla 15.- Valor Predictivo Negativo (VPN) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). 99*

*Tabla 16.- Razón de Verosimilitud Positiva (RVP) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). \_\_\_\_\_ 100*

*Tabla 17.- Razón de Verosimilitud Negativa (RVN) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). \_\_\_\_\_ 101*

# Ilustraciones

*Ilustración 1.- Interfaz del programa Blaise® con la sintaxis, nueva variable (en función del género) y saltos algorítmicos de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). ..... 77*

*Ilustración 2<sub>a-b</sub>.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Ventana emergente tras codificación de información contradictoria que modifica la instrucción en función del género del entrevistado. Variable respuesta en formato libre numérico ("Duración empleo" en años). ..... 78*

*Ilustración 3<sub>a1-2</sub> y b<sub>1-2</sub>.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Modificación de la variable respuesta en función de la información codificada en la variable "Nicotina Alguna vez en los últimos 12 meses". ..... 79*

*Ilustración 4<sub>1-4</sub>.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Modificación de la pregunta en función de la información codificada en las nueve variables "Consumo de Sustancia Psicoactiva Alguna vez en la vida". ..... 80*

*Ilustración 5.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Cuatro secciones (amarillo, blanco, gris oscuro y gris claro). Ventana emergente tras codificación de información contradictoria entre el estado civil y la unidad de convivencia. Variable respuesta nominal politómica ("ocupantes del hogar"). ..... 81*

*Ilustración 6.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Las preguntas para el entrevistado y las instrucciones, orientaciones e indicaciones para el entrevistador en cuatro colores (negro, rojo, verde y azul). ..... 81*

*Ilustración 7<sub>a-b</sub>.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). La información clínica/científica necesaria para el entrevistador en color rojo claro. ..... 82*

*Ilustración 8.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Secciones a seleccionar en función de las características de la entrevista. .... 84*

*Ilustración 9.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias. Variable respuesta nominal dicotómica ("consumo de alcohol-depresión"). ..... 84*

*Ilustración 10<sub>a-c</sub>.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Inicio de la sintomatología del Trastorno Depresivo Mayor relacionado con una enfermedad médica, con la exposición a un tóxico o con un tratamiento farmacológico. .... 85*

*Ilustración 11<sub>a-c</sub>.- Interfaz final de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Diagnósticos DSM-IV y DSM 5 "en los últimos 30 días", "en el último año" y "antes del último año". ..... 86*



# Anexos

Anexo 1.- PRISM 5. Línea Temporal del Consumo de Sustancias Psicoactivas (últimos 12 meses). .....	133
Anexo 2.- PRISM 5. Línea Temporal del Consumo de Sustancias Psicoactivas (antes de los últimos 12 meses).....	134
Anexo 3.- Hoja <sub>1</sub> de recogida de diagnósticos psiquiátricos para los médicos expertos LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available). .....	135
Anexo 4.- Hoja <sub>2</sub> de recogida de diagnósticos psiquiátricos para los médicos expertos LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available). .....	136
Anexo 5.- Informe del CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Parc de Salut Mar del proyecto "Adaptación de los instrumentos de diagnóstico de patología dual a los criterios DSM 5": PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) y ECDD (Entrevista Cribado de Diagnóstico Dual). .....	137
Anexo 6.- Consentimiento Informado (primera hoja) del proyecto "Adaptación de los instrumentos de diagnóstico de patología dual a los criterios DSM 5": PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) y ECDD (Entrevista Cribado de Diagnóstico Dual). .....	138
Anexo 7.- Consentimiento Informado (primera hoja) del proyecto "Adaptación de los instrumentos de diagnóstico de patología dual a los criterios DSM 5": PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) y ECDD (Entrevista Cribado de Diagnóstico Dual). .....	139
Anexo 8.- Variable "alldrugcodes" en español. Listado de Fármacos y Drogas con su nombre científico, nombre comercial o nombre "en la calle". Adaptación lingüístico-cultural .....	140
Anexo 9.- Listado de Drogas en inglés. Fármacos y Drogas con su nombre científico, nombre comercial o nombre "en la calle". Adaptación lingüístico-cultural .....	141
Anexo 10.- Variable "educacion". Adaptación lingüístico-cultural .....	142
Anexo 11.- Equivalencias entre cantidad de alcohol y gramos. Adaptación lingüístico-cultural. ....	142
Anexo 12.- Anverso del Tríptico del "Curso de formación PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)". .....	143
Anexo 13.- Reverso del Tríptico del "Curso de formación PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)". .....	144
Anexo 14.- Certificado que acredita haber superado el "Curso de formación PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)". .....	145

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1. Salud Mental**

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS), por medio de los Estados Miembros y en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, sitúa la salud como uno de los principios básicos para alcanzar la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos. Además, la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y, no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 2013, 2014).

La salud mental es una importante dimensión del estado de salud (MSSSI et al. 2014). La OMS define la *salud mental* como: “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (World Health Organization 2003; OMS 2013, 2018).

A medida que mejora la calidad de vida en una determinada sociedad, la salud mental va adquiriendo una mayor relevancia entre las personas que la componen. De hecho, se observa una correlación positiva entre el número de visitas al especialista en salud mental y el PIB de los países de la Unión Europea (Figura 1) (Eurostat y Comision 2014a, 2014b).

La causa principal de los *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (AVAD) en todo el mundo es la patología mental, representando el 37% de los *Años de Vida Perdidos* (AVP) por *Enfermedades No Transmisibles* (World Health Organization 2010; Bloom et al. 2011). Es uno de los dos principales factores de las *Enfermedades No Transmisibles* que contribuyen a la Carga Económica Global, siendo el *Trastorno Depresivo* (TD), el *Trastorno por Consumo de Alcohol*, la *Esquizofrenia* y el *Trastorno Bipolar*, las enfermedades que mayor peso tienen en los *Años Vividos con Discapacidad* (AVD) (World Health Organization 2003; Bloom et al. 2011). En España, la prevalencia de la patología mental se ha mantenido en valores que van de 9'6% a 11'6% (MSC 1987; MSSSE y INE 2011; MSCBS 2019), siendo en 2016 el Fumar el factor de riesgo más relevante de los AVAD (Soriano et al. 2018) y en 2017 el *Trastorno de Ansiedad* (6'8%) y el *TD* (6'7%) se encontraban entre las 10 enfermedades o problemas de salud más frecuentes (MSCBS 2018).

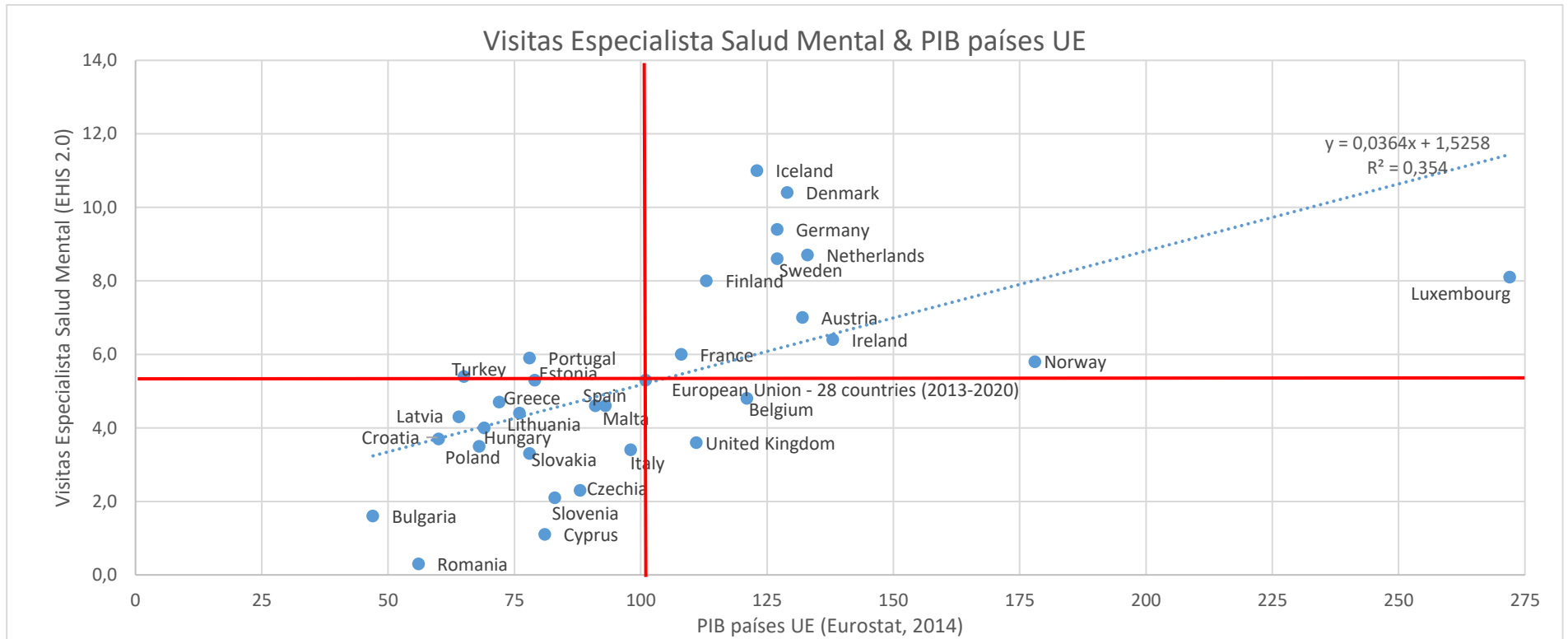


Figura 1. Número de visitas realizadas al especialista en salud mental en las últimas dos semanas en los países de la Unión Europea (UE) en 2014 según su Producto Interior Bruto (PIB).

Así, hemos de considerar a la salud mental como una importante dimensión de la salud tanto por su carácter determinante en el bienestar (MSSSI et al. 2014) como por ser uno de los componentes más importantes de la Carga Global de las Enfermedades a nivel mundial (Bloom et al. 2011; MSSSI et al. 2014; MSSSI y INE 2015) siendo crucial en la *morbi-mortalidad poblacional*:

#### Mortalidad:

Del total de muertes acontecidas a nivel mundial en 2016, los *Trastornos mentales* (TM) y los *Trastornos por Consumo de Sustancias* (TCS) aparecieron como causa específica de mortalidad en 315.397 casos (0,5%) con una *Tasa Bruta de Mortalidad* de  $4,2 \times 10^5$  habitantes; en Europa fueron 102.150 casos (1,1%) con una *Tasa Bruta de Mortalidad* de  $11,1 \times 10^5$  habitantes; y en España 1.299 casos (0,3%) (1.153-1.436) con una *Tasa Bruta de Mortalidad* de  $3,2 \times 10^5$  habitantes (Tabla 1). De ellas los dos principales factores de mortalidad entre los TM y TCS, tanto a nivel mundial, europeo como español, fueron el *Trastorno por Consumo de Alcohol* y el *Trastorno por Consumo de Drogas*. Entre las 20 principales causas de mortalidad el único factor relacionado con los TM y los TCS que aparece a nivel mundial y europeo fueron las *Autolesiones* en la posición número 18 y en la 14 respectivamente. En España encontramos el *Suicidio* en la posición número 26 de las principales causas de mortalidad (Soriano et al. 2018; World Health Organization 2018c, 2018b, 2018a).

#### Años de Vida Perdidos (AVP):

En 2016 los TM y TCS provocaron 13.413.157 (0,7%) del total de los AVP a nivel mundial (1.901.442.060), con una *Tasa Bruta de AVP* de  $179,8 \times 10^5$  habitantes, de  $460,1 \times 10^5$  habitantes a nivel europeo y de  $108,8 \times 10^5$  habitantes a nivel nacional (Tabla 1). Tanto a nivel mundial, europeo como nacional los dos principales factores que provocaron mayores AVP entre los TM y TCS fueron el *Trastorno por Consumo de Alcohol* y el *Trastorno por Consumo de Drogas*. Entre las 20 principales causas de los AVP, tanto a nivel mundial como a nivel europeo, sólo encontramos las *Autolesiones* en la posición número 15 con una *Tasa Bruta de AVP* de  $496,3 \times 10^5$  habitantes y en la 20 con una *Tasa Bruta de AVP* de  $646,1 \times 10^5$  habitantes respectivamente; a nivel español las *Autolesiones* presentaron una *Tasa Bruta de AVP* de  $313,5 \times 10^5$  habitantes (Soriano et al. 2018; World Health Organization 2018l, 2018k, 2018j).

#### Años Vividos con Discapacidad (AVD):

Los TM y TCS contribuyeron a nivel mundial en 2016 con 158.088.169 (20,6%) al total de los AVD (767.033.432) con una *Tasa Bruta de AVD* de  $2118,6 \times 10^5$  habitantes, en Europa con  $2382,7 \times 10^5$  habitantes y en España con  $2468,8 \times 10^5$  habitantes (Tabla 1). Tanto a nivel mundial, europeo como nacional el principal factor de AVD entre los TM y TCS fue el *Trastorno Depresivo Mayor* (TDM) con una *Tasa Bruta de AVD* de 456,7, de 528,1 y de  $527 \times 10^5$  habitantes respectivamente. Entre las 20 principales causas a nivel internacional de AVD encontraremos: el TD, los *Trastornos de Ansiedad*, el *Trastorno por Consumo de Drogas*, la *Esquizofrenia* y el *Trastorno por Consumo de Alcohol* en tercera, octava, catorceava, dieciseisava y decimoctava posición respectivamente; a nivel europeo encontraremos: el TD, los *Trastornos de Ansiedad*, el *Trastorno por Consumo*

de Alcohol, el Trastorno por Consumo de Drogas, el Trastorno Bipolar y la Esquizofrenia en tercera, séptima, doceava, dieciseisava, decimonovena y veinteava posición respectivamente. En la población española desde 1990 hasta 2016 podemos encontrar entre las causas de AVAD el TD en la quinta posición y los Trastornos de Ansiedad en la sexta (Soriano et al. 2018; World Health Organization 2018i, 2018h, 2018g).

#### Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD):

En 2016 a nivel mundial los TM y TCS provocaron 171.501.326 (6,4%) del total de los AVAD (2.668.475.493) con una Tasa Bruta de AVAD de 2298,4x10<sup>5</sup> habitantes, de 2842,9x10<sup>5</sup> habitantes a nivel europeo y de 2842x10<sup>5</sup> habitantes a nivel nacional (Tabla 1). Las dos principales causas de los AVAD entre los TM y TCS, tanto a nivel mundial como a nivel europeo, fueron el TDM, con una Tasa Bruta de AVAD de 456,7 y 528,1x10<sup>5</sup> habitantes respectivamente, y las Autolesiones; a nivel nacional la principal causa fue el TDM, con una Tasa Bruta de AVAD de 527x10<sup>5</sup> habitantes, seguida de los Trastornos de Ansiedad. Entre las 20 principales causas de los AVAD a nivel internacional únicamente encontraremos el TD en la posición número 16; a nivel europeo encontraremos el TD, las Autolesiones y el Trastorno por Consumo de Alcohol en la décima, doceava y dieciseisava posición respectivamente; y a nivel español sólo encontraremos el TD en la novena posición. De los AVAD, tanto a nivel internacional como a nivel nacional, el Trastorno por Consumo de Alcohol y el Trastorno por Consumo de Drogas contribuyeron con una Tasa Bruta de AVAD de 247,3 y 293,4; y de 125,9 y 242,4x10<sup>5</sup> habitantes respectivamente, mientras que a nivel europeo el Trastorno por Consumo de Drogas generaron una Tasa Bruta de AVAD de 410x10<sup>5</sup> habitantes (Soriano et al. 2018; World Health Organization 2018f, 2018e, 2018d).

Con estas cifras en Mortalidad, en AVP, en AVD y en AVAD, podemos llegar a comprender la importancia de la salud mental para nuestro bienestar, nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, de manifestar nuestros sentimientos, de interactuar con los demás, de ganar nuestro sustento y de disfrutar de la vida (OMS 2018). De hecho, la pérdida de productividad y la carga social de las enfermedades mentales tienen consecuencias a nivel mundial (Bloom et al. 2011).

Los principales responsables de la pérdida de salud en los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS), establecidos por la *Asamblea General* de la *Organización de las Naciones Unidas* en septiembre de 2015, fueron en 2016 para España el consumo de alcohol, obteniendo una nota de suspenso con tan sólo 10'1 puntos (0'0-34'9) sobre 100, y el tabaquismo, con tan sólo 24'9 puntos (20'2-29'5) sobre 100, siendo este último el factor de riesgo para la salud el más importante que debe de abordarse a nivel nacional (Soriano et al. 2018).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no sólo características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad (OMS 2013).

La adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental para responder a la carga mundial de morbi-mortalidad en salud mental. La buena salud mental hace

posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad (OMS 2013). Por ello la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, de las comunidades y de las sociedades de todo el mundo (OMS 2018). Esto debe de incitar la implicación de los gobiernos de cada país para que realicen una inversión de recursos financieros y humanos y asignen una mayor proporción de los presupuestos nacionales al desarrollo de infraestructura y servicios adecuados para la salud mental ya que menos del 70% de todos los países de la OMS tienen programas de salud mental y, aún en una menor proporción, han diseñado presupuestos específicos de salud mental dentro de su sistema nacional de salud (World Health Organization 2003; Bloom et al. 2011)

El plan de acción integral sobre salud mental de la OMS 2013-2020 se dirige en esa dirección ya que, la OMS y sus Estados Miembros, pretenden alcanzar la equidad a través de la cobertura sanitaria universal. Se hace especial hincapié en la importancia de la prevención y en que debe de realizarse un abordaje integral mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación (OMS 2013). La creciente evidencia destaca cómo se pueden evitar millones de muertes y reducir las pérdidas económicas en miles de millones de dólares si se concentra más en la prevención (Bloom et al. 2011).

Cuatro son los objetivos principales fijados por la OMS en dicho plan de acción (OMS 2013):

- Liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental;
- Prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad;
- Aplicación de estrategias de promoción y prevención;
- Fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación

Aun así, las políticas nacionales deben de dirigirse no solo a la promoción y la prevención de la salud mental, sino también a su restablecimiento entre las personas con un *TM*. De hecho, uno de los mayores retos a los que se enfrenta la psiquiatría contemporánea consiste en poder llevar a cabo un adecuado diagnóstico para poder realizar un abordaje terapéutico global y eficaz basado en la evidencia científica.

		TM y TCS			TD			TAB			TA			ESQ			TCA			AUT		
		Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB
Mort	MUN	315.397	0,55%	4,23	0	0%	0	785	0%	0,01	0	0%	0	5.198	0,01%	0,07	1.845	0,003%	0,02	793.307	1,39%	10,63
	EUR	102.150	1,11%	11,15	0	0%	0	463	0,01%	0,05	0	0%	0	2.500	0,03%	0,27	272	0,003%	0,03	141.089	1,53%	15,40
	ESP	1.500	0,36%	3,24	0	0%	0	30	0,01%	0,06	0	0%	0	170	0,04%	0,37	10	0,002%	0,02	4.028	0,96%	8,69
AVP	MUN	13.413.157	0,71%	179,76	0	0%	0	17.635	0,001%	0,24	0	0%	0	135.335	0,01%	1,81	114.705	0,01%	1,54	37.035.908	1,95%	496,33
	EUR	4.215.419	2,19%	460,12	0	0%	0	9.098	0,005%	0,99	0	0%	0	59.445	0,03%	6,49	16.045	0,01%	1,75	5.919.800	3,08%	646,15
	ESP	50.413	0,76%	108,77	0	0%	0	594	0,01%	1,28	0	0%	0	3.910	0,06%	8,44	594	0,01%	1,28	145.319	2,18%	313,54
AVD	MUN	158.088.169	20,61%	2118,61	44.174.759	5,76%	592,01	8.945.967	1,166%	119,89	26.395.869	3,44%	353,74	13.405.655	1,75%	179,66	2.146.020	0,280%	28,76	527.833	0,07%	7,07
	EUR	21.829.870	20,23%	2382,74	6.242.643	5,78%	681,39	1.543.426	1,430%	168,47	3.754.250	3,48%	409,78	1.510.371	1,40%	164,86	435.153	0,403%	47,50	102.905	0,10%	11,23
	ESP	1.144.228	21,80%	2468,78	313.060	5,96%	675,46	92.958	1,77%	200,56	241.919	4,61%	521,96	98.010	1,87%	211,47	37.237	0,709%	80,34	3.696	0,07%	7,97
AVAD	MUN	171.501.326	6,43%	2298,36	44.174.759	1,66%	592,01	8.963.602	0,336%	120,13	26.395.869	0,99%	353,74	13.540.991	0,51%	181,47	2.260.725	0,085%	30,30	37.563.741	1,41%	503,41
	EUR	26.045.289	8,67%	2842,86	6.242.643	2,08%	681,39	1.552.524	0,517%	169,46	3.754.250	1,25%	409,78	1.569.815	0,52%	171,35	451.199	0,150%	49,25	6.022.705	2,00%	657,38
	ESP	1.194.641	10,02%	2842,00	313.060	2,63%	675,46	93.552	0,78%	201,85	241.919	2,03%	521,96	101.920	0,85%	219,90	37.831	0,317%	81,62	149.015	1,25%	321,51
		TC-ALC			TC-D (no ALC)			TC-O			TC-COC			TC-Anf			TC-CAN			TC-oD		
		Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB	Tot.	%	TB
Mort	MUN	145.565	0,26%	1,95	160.235	0,28%	2,15	118.622	0,21%	1,59	9.434	0,02%	0,13	7.102	0,01%	0,10	0	0%	0	25.076	0,04%	0,34
	EUR	57.526	0,62%	6,28	40.501	0,44%	4,42	29.602	0,32%	3,23	1.547	0,02%	0,17	2.475	0,03%	0,27	0	0%	0	6.877	0,07%	0,75
	ESP	370	0,09%	0,80	834	0,20%	1,80	515	0,12%	1,11	8	0,002%	0,02	24	0,01%	0,05	0	0%	0	287	0,07%	0,62
AVP	MUN	5.789.851	0,30%	77,59	7.294.552	0,38%	97,76	5.511.636	0,29%	73,86	442.335	0,02%	5,93	342.565	0,02%	4,59	0	0%	0	998.016	0,05%	13,37
	EUR	2.269.244	1,18%	247,69	1.832.622	0,95%	200,03	1.832.622	0,95%	200,03	73.265	0,04%	8,00	124.024	0,06%	13,54	0	0%	0	272.174	0,14%	29,71
	ESP	11.593	0,17%	25,01	31.270	0,47%	67,47	20.485	0,31%	44,20	396	0,01%	0,85	1.268	0,02%	2,74	0	0%	0	9.121	0,14%	19,68
AVD	MUN	12.665.028	1,65%	169,73	14.597.425	1,90%	195,63	11.124.967	1,45%	149,09	796.584	0,10%	10,68	657.142	0,09%	8,81	646.380	0,08%	8,66	1.372.352	0,18%	18,39
	EUR	2.538.056	2,35%	277,03	1.923.822	1,78%	209,99	1.923.822	1,78%	209,99	146.830	0,14%	16,03	108.165	0,10%	11,81	79.837	0,07%	8,71	251.698	0,23%	27,47
	ESP	46.745	0,89%	100,86	81.074	1,54%	174,92	34.007	0,65%	73,37	17.164	0,327%	37,03	4.556	0,09%	9,83	6.760	0,13%	14,59	18.588	0,35%	40,10
AVAD	MUN	18.454.879	0,69%	247,32	21.891.978	0,82%	293,38	16.636.604	0,62%	222,95	1.238.919	0,05%	16,60	999.708	0,04%	13,40	646.380	0,02%	8,66	2.370.368	0,09%	31,77
	EUR	4.807.300	1,60%	524,72	3.756.444	1,25%	410,02	2.700.452	0,90%	294,76	220.094	0,07%	24,02	232.189	0,08%	25,34	79.837	0,03%	8,71	523.872	0,17%	57,18
	ESP	58.338	0,49%	125,87	112.344	0,94%	242,39	54.492	0,46%	117,57	17.560	0,147%	37,89	5.824	0,05%	12,57	6.760	0,06%	14,59	27.709	0,23%	59,78

Tabla 1. Mortalidad (Mort), Años de Vida Perdidos (AVP), Años Vividos con Discapacidad (AVD) y Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) a nivel mundial (MUN), europeo (EUR) y español (ESP) en los Trastornos mentales (TM) y por consumo de sustancias (TCS), en valores absolutos: Total (Tot.), y relativos: Tanto por ciento (%) y Tasa Bruta (TB) por 10<sup>5</sup> habitantes (Global Health Estimates, 2016). (TD (Trastorno Depresivo), TAB (Trastorno Bipolar), TA (Trastorno de Ansiedad), ESQ (Esquizofrenia), TCA (Trastorno Conducta Alimentaria) y AUT (Autolesiones). TC-ALC (Trastorno por Consumo de Alcohol); TC-D (no ALC) (Trastornos por Consumo de Drogas sin alcohol ni tabaco): TC-O (Trastorno por Consumo de Opiáceos), TC-COC (Trastorno por Consumo de Cocaína), TC-Anf (Trastorno por Consumo de Anfetamínicos), TC-CAN (Trastorno por Consumo de Cannabinoides) y TC-oD (Trastorno por Consumo de otras Drogas – sin alcohol, opiáceos, cocaína, anfetaminas, cannabinoides ni tabaco)).



## **1.2. Trastorno Mental**

Los *TM* y *TCS* afectan a personas de todos los estratos sociales, de todas las profesiones y de todos los grupos de edad. Los *TM* y *TCS* se caracterizan por ser comunes y diversos, complejos, recurrentes y graves y, en muchas ocasiones, tratables, reversibles y curables. Los *TM* y *TCS* se manifiestan mediante síntomas que implican cambios anormales en el pensamiento, en el estado de ánimo y/o en el comportamiento y que influyen en cómo uno se relaciona con los demás y en cómo toma las decisiones (OMS 2013; SAMHSA 2019).

Los *TM* y *TCS* varían en grado de severidad desde leves a moderados o graves, deben de tener una duración suficiente y cumplir con unos criterios diagnósticos concretos que se describen tanto en el capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento, F00 a F99) de la *Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª revisión (CIE-10)* (OMS, 1992); como en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición (DSM-5)* (*American Psychiatric Association* (APA), 2013) (OMS 2013; NIMH 2020).

Se pueden usar dos amplias categorías para englobar a los *TM* y *TCS*: la de “*Alguna Enfermedad Mental*” o “*Trastorno Mental Común*” (*Any Mental Illness, AMI*) y la de “*Trastorno Mental Grave*” (*Several Mental Illness, SMI*). Con la categoría del *Trastorno Mental Común* se hace referencia al conjunto de todas las enfermedades mentales reconocidas mientras que, con la del *SMI*, se hace referencia al subconjunto más pequeño y más grave dentro del *Trastorno Mental Común* (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave 2009; NIMH 2020).

El *Trastorno Mental Común* se define como un *TM*, conductual y/o emocional, que varía en su impacto desde la ausencia de deterioro hasta el deterioro leve, moderado e incluso grave. Este último grupo correspondería al *Trastorno Mental Grave* (NIMH 2020).

El *Trastorno Mental Grave* se define como un *TM*, conductual y/o emocional, que causa un deterioro funcional grave que interfiere o limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida diaria. Es un *TM* que afecta de moderada a severamente el funcionamiento que se desempeña en el ámbito social, laboral y/o familiar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave 2009; SAMHSA 2019; NIMH 2020).

Según estimaciones en la población general encontraremos que la proporción del *Trastorno Mental Común* es de una de cada cuatro personas, mientras que la del *Trastorno Mental Grave* es del 0,5%-1% (Roca et al. 2009; Giner et al. 2014; Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica et al. 2018). En España en 2017 una de cada diez personas refirió haber sido diagnosticada de algún *Trastorno Mental Común* (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave 2009; MSSSI et al. 2014; MSCBS 2018, 2019).

El *TCS* tienen lugar cuando el consumo recurrente de alcohol y/o drogas causa un deterioro clínicamente significativo que abarca desde problemas de salud y

discapacidad, al incumplimiento de las responsabilidades principales del individuo en su vida diaria: en el trabajo, en la escuela y/o en el hogar (SAMHSA 2019).

El impacto económico de los *TM* y *TCS* tiene consecuencias muy severas tanto en los ingresos personales; como en la capacidad de las personas enfermas para trabajar y en la de sus cuidadores principales; como en la productividad del trabajo que desempeñan; como en las contribuciones que realizan a la economía nacional; y, como no, en el gasto que supone la utilización de los servicios sanitarios y en los de soporte social. De hecho, el promedio de los costes anuales que supone para el estado un paciente con *TD* (gastos médicos, farmacéuticos y de discapacidad), puede llegar a ser de hasta 4.2 veces mayor que el promedio de los gastos anuales de un beneficiario típico. Sin embargo, el coste de dicho tratamiento rápidamente se ve compensado completamente por una reducción en el número de días de ausentismo y de pérdida de productividad en el trabajo. (World Health Organization 2003; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave 2009).

Una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro con un *TM* y *TCS*, siendo alguno de los propios familiares quienes ejercen de cuidadores principales. El alcance de dicha responsabilidad es muy difícil de evaluar y, por ello, no resulta posible cuantificarla, a pesar de que representa una carga significativa en la calidad de vida de las familias (World Health Organization 2003).

La evidencia reunida es incuestionable. De 2010 a 2030, los *TM* y *TCS* explicarán por sí solos la pérdida de 16,1 billones de dólares a nivel mundial con un impacto dramático en la productividad y en la calidad de vida. Este gasto que supondrá a las economías nacionales tendrá lugar tanto en términos de gastos incurridos como en términos de pérdida de productividad. De hecho, el coste de los *TM* y *TCS* en los países desarrollados se estima que se encuentra en el 3-4% del PIB (World Health Organization 2003; Bloom et al. 2011).

A pesar de todo ello, los resultados son esperanzadores. Los estudios realizados hasta el momento en el ámbito de la salud mental han permitido identificar aquellas intervenciones basadas en la evidencia científica que poseen una mayor eficiencia y una mejor relación costo-eficacia (OMS 2018) en la intervención terapéutica de los *TM* y *TCS*:

- El tratamiento de la epilepsia con medicación antiepiléptica;
- El tratamiento de la depresión con psicoterapia y, en los casos moderados y graves, con antidepresivos (genéricos);
- El tratamiento de la psicosis con medicamentos antipsicóticos más antiguos y el soporte psicosocial del paciente;
- La aplicación de impuestos a las bebidas alcohólicas y la restricción de su disponibilidad y comercialización.

Además, también existen medidas eficaces basadas en la evidencia científica: en la prevención del suicidio; en la prevención y el tratamiento de los *TM* en niños; en la

prevención y el tratamiento de la demencia; así como en la prevención y el tratamiento de los *Trastornos Relacionados con Sustancias* y *Trastornos Adictivos*.

De hecho, un informe reciente de la OMS subraya que las medidas poblacionales para reducir el consumo de tabaco y alcohol, así como la dieta poco saludable y la inactividad física, costarían 2 mil millones de dólares por año a todos los países de bajos y medianos ingresos, dicho de otro modo, acarrearía un coste menor de 0,40 dólares por persona (Bloom et al. 2011).

### **1.3. Patología Dual**

#### **1.3.1. Patología Dual: Definición**

El término “*comorbilidad*” se aplica cuando una persona sufre dos o más trastornos o enfermedades, que pueden presentarse al mismo tiempo o uno después del otro, implicando cierta interacción entre los mismos pudiendo hacer que empeoren al afectar el curso y el pronóstico de ambos (NIDA 2019). La coexistencia de un *TM* y de un *TCS* daría lugar a los *trastornos concurrentes* (SAMHSA 2019).

Al referirnos a *Patología Dual* (PD) haríamos referencia a:

- “una persona diagnosticada con un problema de abuso de alcohol o drogas además de algún otro diagnóstico ... psiquiátrico, p ej. trastorno del estado de ánimo o esquizofrenia” (UNDCP 2000)
- “la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona” (WHO y MSC 1994)
- “la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico” (Torrens 2008);
- “la existencia en una misma persona de un trastorno adictivo y otro trastorno mental” (Szerman et al. 2017).

Así, la PD no podemos considerarla como la suma de dos entidades diferentes sino más bien:

- “una nueva entidad clínica sindrómica en la que subyacen factores y sustratos cerebrales comunes a ambas manifestaciones psicopatológicas” (Volkow 2001).

De este modo, la PD, es la comorbilidad psiquiátrica que tiene lugar en una misma persona de dos o más enfermedades mentales, que pueden coincidir en el tiempo o sucederse consecutivamente, y de las cuales al menos una de ellas tiene que ser un *TM* adictivo y al menos una de las otras un *TM* no adictivo. Así, esta *Comorbilidad Psiquiátrica entre TM* define lo que llamaremos como: *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*.

### 1.3.2. Patología Dual: Etiopatogenia

La elevada tasa de comorbilidad entre diagnósticos en PD refleja la existencia de factores contribuyentes y sustratos cerebrales comunes a ambos (Volkow 2001; Torrens et al. 2006).

Los estudios sugieren varias posibilidades para explicar esta comorbilidad tan frecuente (Torrens et al. 2006; Tirado Muñoz et al. 2017; NIDA 2019):

- La existencia de factores de riesgo comunes que pueden contribuir tanto al *TM* como al *TCS* (sin que exista una relación causal entre ambos);
- Los síntomas subsindrómicos y el *TM* pueden contribuir al consumo de drogas y al *TCS* (hipótesis de la automedicación);
- El consumo de drogas y el *TCS* puede contribuir a generar el *TM* (mediante cambios neurobiológicos a través de mecanismos neuroadaptativos);

### 1.3.3. Patología Dual: Evolución como concepto

En sus inicios, los manuales internacionales que se utilizan para realizar diagnósticos en psiquiatría (DSM y CIE), no contemplaban la posibilidad de la existencia de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* hasta que en la década de los '70 con Feighner se empieza a distinguir el *Trastorno Mental Primario* del *Trastorno Mental Secundario*. La característica principal que se utiliza para realizar esta distinción es la de la edad de inicio del *TM* identificando como *Trastorno Mental Primario* el que tiene una edad de inicio más temprana (Feighner et al. 1972). Así, mediante esta diferenciación, se establece que el *TM* que cronológicamente se desarrolla primero será el que será independiente de los *TM* posteriores. Ya de primeras vemos como inconveniente que no se contempla la posibilidad de que los *TM* que cronológicamente sean posteriores puedan ser independientes de los que les preceden en el tiempo. Mediante esta distinción entre *Trastorno Mental Primario* y *Trastorno Mental Secundario* no se tiene en cuenta que epidemiológicamente los trastornos psiquiátricos tienden a tener unas edades de aparición características. Así, por ejemplo, los trastornos de conducta tienen una edad de inicio que se sitúa en la infancia, los *TCS* en la adolescencia y los Trastornos del estado de ánimo en la edad adulta. De este modo, si siguiéramos los *Criterios de Feighner*, nos encontraríamos con paradojas como la de que trastornos de inicio en la infancia, como son los trastornos de conducta, o trastornos de inicio en la juventud, como son los trastornos de personalidad, se considerarían *Trastornos Mentales Primarios* mientras que los trastornos que epidemiológicamente tienen su edad de inicio en edades posteriores, como pueden ser los trastornos del estado de ánimo, se considerarían *Trastornos Mentales Secundarios*. Es decir, podríamos tener un paciente en el que el Trastorno de Personalidad Antisocial sería el

*Trastorno Mental Primario* mientras que el *TDM* sería el *Trastorno Mental Secundario* (Torrens et al. 2006)

Posteriormente, en los *Research Diagnostic Criteria* (RDC) (Spitzer et al. 1978), en el DSM-III (APA, 1980) y en el DSM-III-R (APA, 1987), intentaron salvar esta dificultad de los *Criterios de Feighner* y para ello, para poder explicar la existencia de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*, se basaron en la distinción entre el "*Trastorno Mental Orgánico*" y el "*Trastorno Mental No Orgánico*". La característica principal que se utilizó para realizar esta diferenciación fue la existencia o no existencia de un problema psicológico vs un problema no psicológico o *Factor Orgánico* en la etiología del *TM* como podría ser una enfermedad metabólica, neurológica, infecciosa o tóxica. Así, si el *Factor Orgánico* desempeñaba un papel significativo en la etiología del *TM*, se consideraba que el *Trastorno Mental Orgánico* era un *Trastorno Mental Secundario*, mientras que si el *TM* se consideraba un *Trastorno Mental No Orgánico* sería en el caso en el que no se pudiera identificar un *Factor Orgánico* que iniciara y/o mantuviera la alteración. Ni en los RDC, ni en el DSM-III, ni en el DMS-III-R se facilitaron criterios concretos para distinguir los *Trastornos Mentales Orgánicos* de los *Trastorno Mental No Orgánico*, lo que trajo como consecuencia que no se pudiera llevar a cabo una diferenciación muy específica dando lugar a interpretaciones muy dispares entre sí. Por ello, los estudios que se realizaron mediante los criterios de los RDC, del DSM-III y del DSM-III-R, incluso aunque se utilizaran entrevistas diagnósticas estructuradas como la "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version" (SADS-L) (Endicott y Spitzer 1978), la Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins et al. 1981) o la "Structured Clinical Interview for DSM-III-R" (SCID-III) (Spitzer et al. 1992), mostraron escasa fiabilidad (Rounsaville et al. 1991; Bryant et al. 1992; Williams et al. 1992; Ross et al. 1995) y validez (Kadden et al. 1995; Kranzler et al. 1996, 1997) para la mayor parte de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*, principalmente *TD* y *Trastornos de Ansiedad* con algún *TCS* (Hasin et al. 1996, 2006; Torrens et al. 2006).

Con la aparición del DSM-IV (APA, 1994) y del CIE-10 (OMS, 1992) se desarrollaron una serie de criterios que permitieron diferenciar mejor los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* (Torrens et al. 2006):

Los *Criterios DSM-IV* se han mantenido con las sucesivas ediciones posteriores del DSM, es decir, el DSM-IV-TR (APA, 2000) y el DSM-5 (APA, 2013), aunque con unas pautas más específicas para fortalecer la diferenciación de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*, permitiendo llevar a cabo la sustitución de la dicotomía "orgánico" versus "no orgánico" por tres categorías que facilitan que sea más precisa la identificación de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* (Hasin et al. 2006; Torrens et al. 2006, 2017; American Psychiatric Association 2013a):

- "*Efectos Esperables*": Son los efectos fisiológicos que aparecen de manera habitual como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia

tras el *Consumo de Sustancias Psicoactivas (CSP)*. Se describen en el conjunto específico de síntomas de los síndromes de intoxicación y/o de abstinencia de cada categoría principal de cada sustancia psicoactiva. No deben de ser tenidos en cuenta como criterios sintomáticos a la hora de realizar un diagnóstico de un *TM*;

- *Trastorno Mental "Inducido por Sustancias" (TM-IS)*: Es el *TM* que tiene lugar como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP*. Para poder realizar un diagnóstico de un *TM-IS* deben de estar presentes los siguientes criterios:
  - El *TM-IS* debe de tener lugar como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP* que sean compatibles con los síntomas del propio *TM*, es decir, que dichos síntomas puedan ser imitador por los *Efectos Esperables* de la sustancia psicoactiva;
  - Los síntomas del *TM-IS* deben de ser excesivos en relación con los *Efectos Esperables* que deberían de aparecer de manera habitual como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP*;
  - El *TM-IS* debe de tener lugar durante un periodo de intenso *CSP* o de abstinencia inicial desde la interrupción del *CSP* (primeras 4 semanas);
  - El *TM-IS* debe de cumplir con los criterios diagnósticos del propio *TM* del DSM.
- *Trastorno Mental "Primario" (TM-P)*: Es el *TM* cuyos síntomas no tienen lugar como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP* (*Efectos Esperables* de la sustancia); es el *TM* que no cumple con los criterios de un *TM-IS*; y es el *TM* que no cumple con los criterios de un *TM* debido a una afección médica. Para poder realizar un diagnóstico de *TM-P* hay que tener en cuenta una serie de criterios que deben de estar presentes:
  - Los síntomas del *TM-P* deben de ser excesivos en relación con los *Efectos Esperables* que deberían de aparecer de manera habitual como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP*;
  - El *TM-P* debe de haberse presentado con sus primeros síntomas antes del inicio del *CSP*;
  - El *TM-P* debe de persistir durante un período de tiempo mayor que el que se determina mediante los criterios del *TM-IS*, es decir, debe de ser mayor que el periodo de intenso *CSP* o de abstinencia inicial desde la interrupción del *CSP* (primeras 4 semanas);
  - El *TM-P* puede haber sido diagnosticado en el pasado, es decir, encontrarse entre los antecedentes personales psiquiátricos.

- Si no se cumplen los criterios para el *TM-IS* ni para el *TM-P*, se considerará que los síntomas que se han presentado pertenecerán a los *Efectos Esperables*, es decir, al conjunto específico de síntomas de los síndromes de intoxicación y/o de abstinencia de cada categoría principal de sustancia psicoactiva.

Los *Criterios CIE-10* sólo distinguen los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* cuando el *CSP* tiene como consecuencia un *Trastorno Psicótico*. Así, con los *Criterios CIE-10*, puede considerarse el *Trastorno Psicótico debido al CSP* en tres situaciones:

- El *Trastorno Psicótico debido al CSP* debe de haberse presentado con sus primeros síntomas durante las 2 primeras semanas tras el *CSP*;
- El *Trastorno Psicótico debido al CSP* debe de presentar los síntomas psicóticos durante más de 48h;
- El *Trastorno Psicótico debido al CSP* no debe de durar más de 6 meses.

Además, según los *Criterios CIE-10*, en función de los síntomas del *Trastorno Psicótico debido al CSP* puede especificarse si es predominantemente depresivo o predominantemente maníaco.

Sin embargo, a diferencia del DSM-IV, el CIE-10 no proporciona ninguna otra categoría de clasificación para ningún otro *TCS* en relación con los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*.

Además, en el CIE-10, el *Trastorno Mental Orgánico* por definición excluye el *TCS* en su etiología, es decir, no se puede realizar un diagnóstico de un Trastorno del estado de ánimo orgánico o de un Trastorno delirante orgánico si ha habido *CSP* durante el episodio. Además, en el CIE-10, no se incluye el concepto de *TM-IS* del DSM-IV por el que “los síntomas deben de ser excesivos en relación con los *Efectos Esperables* que deberían de aparecer de manera habitual como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP*”.

### **1.3.4. Patología Dual: Dificultad en el Diagnóstico y Tratamiento**

La PD tiene una serie de características que dificultan su diagnóstico y su tratamiento. Como hemos visto, por definición, la PD es la concurrencia en un mismo individuo de al menos un *TCS* y de al menos *otro TM*, es decir, la concurrencia de *Trastornos Psiquiátricos en pacientes con TCS*. Una de las dificultades con la que nos encontramos en el diagnóstico es que a veces puede resultar imposible establecer una secuencia cronológica entre dichos trastornos, aun habiendo precedido un trastorno al otro (NIDA 2019). Esto se debe a la dificultad en el diagnóstico de los *síntomas subsindrómicos*, dicho de otro modo, aquellos problemas conductuales o emocionales cuya presencia no ha sido lo suficientemente grave como para haber dado lugar a un diagnóstico determinado, pero sí para favorecer el *CSP* y/o la aparición de otros síntomas mentales. Además, debemos de tener en cuenta otro factor que también influye en esta dificultad a la hora de establecer la secuencia temporal en el diagnóstico: el *sesgo del recuerdo*, es

decir, fenómeno por el que la persona recordaría de manera errónea el inicio cronológico del *TM* (NIDA 2018).

Encontramos otros 2 problemas en la elaboración de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*. En primer lugar está relacionado con los síntomas del *TM no Inducido por Sustancias* y en cómo el propio *CSP* puede estar enmascarándolos (Pereiro Gomez 2010), es decir, más concretamente, en cómo pueden ser mimetizados por los efectos agudos/crónicos/abstinenciales del *CSP*, en cómo esto puede llevar a errar en su interpretación y, en consecuencia, en cómo puede llevar a errar en su diagnóstico. En segundo lugar, encontramos la otra dificultad en una característica propia de la definición de los *TM*, es decir, en que estos son “síndromes” y no “enfermedades: “patrones de síntomas sin una fisiopatología conocida ni unos marcadores biológicos asociados” (Nunes y Hasin 1997; Torrens et al. 2006; Tirado Muñoz et al. 2017). Esta ausencia de marcadores biológicos ha obligado a desarrollar los criterios diagnósticos incluidos, tanto en las distintas versiones del DSM como en las del CIE, y a diseñar las entrevistas diagnósticas clínicas para mejorar la validez y la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos (Torrens et al. 2006; Tirado Muñoz et al. 2017). El uso de criterios diagnósticos estandarizados, basados en síntomas conductuales directamente observables, y su incorporación en entrevistas estructuradas, favorece que se obtenga la misma información y se apliquen los mismos criterios a lo hora de efectuar el diagnóstico (Torrens et al. 2006).

En el *CSP* también encontramos otra dificultad tanto en su evaluación como en la de sus daños asociados debido a la variabilidad de los factores que lo caracterizan: el *número*, la *duración* y la *frecuencia* de los episodios recurrentes de *CSP* (que pueden ir desde el consumo experimental y ocasional hasta el consumo diario y a largo plazo); la *dosis* o la cantidad consumida en cada administración y/o en el total del episodio de *CSP*; la *vía* de consumo utilizada (inhalada, oral, fumada, rectal, endovenosa, ...); el *policonsumo* o el consumo simultáneo de varias drogas; la *finalidad* del episodio (lúdica, automedicación, ...); la *variabilidad/vulnerabilidad intra-individual* del consumidor (condicionada por factores genéticos, epigenéticos, metabólicos),....

Además, en la PD, el *CSP* coexiste o concurre con la presencia de otros trastornos médicos y/o psiquiátricos por lo que puede influir en la evolución de éstos, exacerbando los síntomas asociados y, por lo tanto, dificultando el tratamiento efectivo de estas patologías médicas y/o psiquiátricas.

Por todo ello es importante la detección temprana del consumo problemático y de los síntomas incipientes de la patología psiquiátrica que posibilite la realización de intervenciones terapéuticas incipientes y eficientes.



### 1.3.5. Patología Dual: Problemas de Salud y Sociales

Algunos grupos sociales son más vulnerables y pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental y/o de CSP, es decir, lo que se conoce como PD si llegan a darse de manera concurrente. Entre estos grupos se encuentran los grupos minoritarios; las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos; las poblaciones indígenas; las personas de edad avanzada y los niños expuestos al maltrato o al abandono; la violencia y el maltrato doméstico; las familias que viven en la pobreza; las personas que sufren con la marginación, el empobrecimiento, los cambios sociales rápidos y la exclusión social; el exceso de trabajo y las condiciones de trabajo estresantes; la discriminación de género; los adolescentes expuestos por primera vez al CSP; los modos de vida poco saludables; los riesgos de violencia; la mala salud física; las personas con problemas de salud crónico; los factores individuales psicológicos y los factores individuales de la personalidad; y los factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales (OMS 2013, 2018).

Al mismo tiempo, los pacientes con PD poseen un riesgo mayor de presentar problemas clínico-sociales que la población general e incluso que los pacientes que sólo poseen un único diagnóstico de salud mental (TCS u otro TM).

Desde el punto de vista *clínico* el paciente con TCS, en comparación con la población general, posee una mayor prevalencia de TM distinto del TCS (75% vs 10.8%), presentando además una psicopatología más grave que los pacientes que sólo poseen un único diagnóstico de salud mental (TCS u otro TM) mientras que, cerca de la mitad de quienes sufren de un TM también sufrirán algún TCS en algún momento de su vida. Los jóvenes con TCS también presentan elevadas prevalencias de otro TM al mismo tiempo (Szerman et al. 2011; Arias et al. 2013; Martínez-Gras et al. 2016; NIDA 2019). El TD y los Trastornos de Ansiedad son los TM asociados con mayor frecuencia a los TCS (Tirado Muñoz et al. 2017) siendo el Trastorno Depresivo Mayor Primario (TDM-P) el que se presenta con mayor prevalencia (12%-80%) (Torrens et al. 2006, 2011; Tirado Muñoz et al. 2017; MSCBS 2019).

Hemos de tener en cuenta que esta asociación viene determinada porque los principales mecanismos neuro-moleculares implicados en la neurobiología del TD (el sistema monoaminérgico, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, el sistema inmunológico, factores neurotróficos, el sistema endocannabinoide, el ritmo circadiano, el sistema de control de ingesta y metabolismo, ...), también están implicados en el desarrollo de los TCS (Brady y Sinha 2005; Torrens et al. 2006; Valverde y Torrens 2012; Tirado Muñoz et al. 2017). Además, el principal mecanismo implicado en la fisiopatología de la adicción (el circuito de la recompensa (Wise 1989; Tirado Muñoz et al. 2017)), también está implicado en la neurobiología del TD (Nestler y Carlezon 2006; Tirado Muñoz et al. 2017; Tan et al. 2018).

Asimismo, el paciente con PD presenta otra serie de problemas *clínicos* más graves en comparación con el paciente con un único diagnóstico de salud mental (TCS u otro TM): mayor número de asistencias al servicio de urgencias generales/psiquiátricas; mayor número de ingresos en las unidades de agudos de salud mental; peores cifras tanto en

la tasas de prevalencia de los episodios autolesivos como en las de mortalidad por los episodios de suicidio; peores tasas de infecciones como la del *Virus de la Inmunodeficiencia Humana* (VIH), la del *Virus de la Hepatitis B* (VHB) y la del *Virus de la Hepatitis C* (VHC); y peores tasas en el cumplimiento/respuesta del tratamiento pautado (Torrens et al. 2006, 2012, 2015; Tirado Muñoz et al. 2017).

Desde el punto de vista *social*, el paciente con *PD* presenta características de mayor gravedad que influyen de manera negativa en la evolución de la propia *PD* y entre las que podemos encontrar: elevada conflictividad social; tasas elevadas de desempleo, de marginalidad y de falta de vivienda; e incremento en el número de conductas criminales y violentas (Torrens et al. 2006, 2012; Tirado Muñoz et al. 2017).

La elevada frecuencia entre el *TDM* y el *TCS* hace que estos pacientes presenten una mayor gravedad psicopatológica, una mayor gravedad de los problemas de salud y un peor funcionamiento social.

Así, desde un punto de vista etiopatogénico, encontramos que en la génesis de la *PD* tienen influencia factores relacionados con el *CSP*, factores relacionados con el *TCS* o con el *TM* distinto del *TCS*, factores individuales, factores ambientales, factores sociales, factores genéticos, ... es decir, la *PD* etiopatogénicamente hablando sigue un modelo multicausal de tal forma que el enfoque terapéutico que debe de seguirse no puede ser otro que el multidisciplinar (Pascual Pastor et al. 2017). Por ello, es crucial un modelo de tratamiento farmacológico integrado y simultáneo de ambas patologías concurrentes, no por separado, y que la intervención que se realice sea de manera multidisciplinar (Tirado Muñoz et al. 2017; NIDA 2019) para poder abordar todos los aspectos y consecuencias de dicha comorbilidad psiquiátrica en todos sus ámbitos. Es importante que los estados doten al sistema sanitario de los recursos asistenciales necesarios.

## **1.4. Entrevistas psiquiátricas**

En la actualidad, disponemos de distintas entrevistas diagnósticas basadas en los criterios diagnósticos del DSM o del CIE bien para la práctica clínica habitual o bien para la investigación. Las entrevistas psiquiátricas se caracterizan por presentar procedimientos estandarizados en la obtención de la información acerca de los signos y de los síntomas del paciente, y por presentar algoritmos prefijados de combinación de los datos obtenidos para llegar al diagnóstico. Pueden distinguirse dos tipos: semiestructuradas y estructuradas. Las entrevistas semiestructuradas son aquellas en las que las preguntas están estructuradas, pero el entrevistador debe realizar juicios clínicos acerca del grado en que las respuestas cumplen con los criterios diagnósticos y, si es necesario, realizar preguntas adicionales para confirmar un diagnóstico. Su fiabilidad interobservadores es menor. Las entrevistas estructuradas son las que, presentando las preguntas estructuradas, no requieren de la realización de juicios clínicos por parte del entrevistador, quien debe seguir las rutas específicas de las preguntas en función de las respuestas del entrevistado, incrementando por ello la fiabilidad interobservadores y test-retest.

Las más utilizadas son (Figura 2):

- “The Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV” (DIS-IV) (Robins et al. 1995).
- “The World Health Organization World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview” (WHO WMH-CIDI) (World Health Organization World Mental Health 2000).
- “Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry” (SCAN-2.1) (World Health Organization. Division of Mental 1994).
- “Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders” (SCID-5) (First et al. 2015c, 2016).

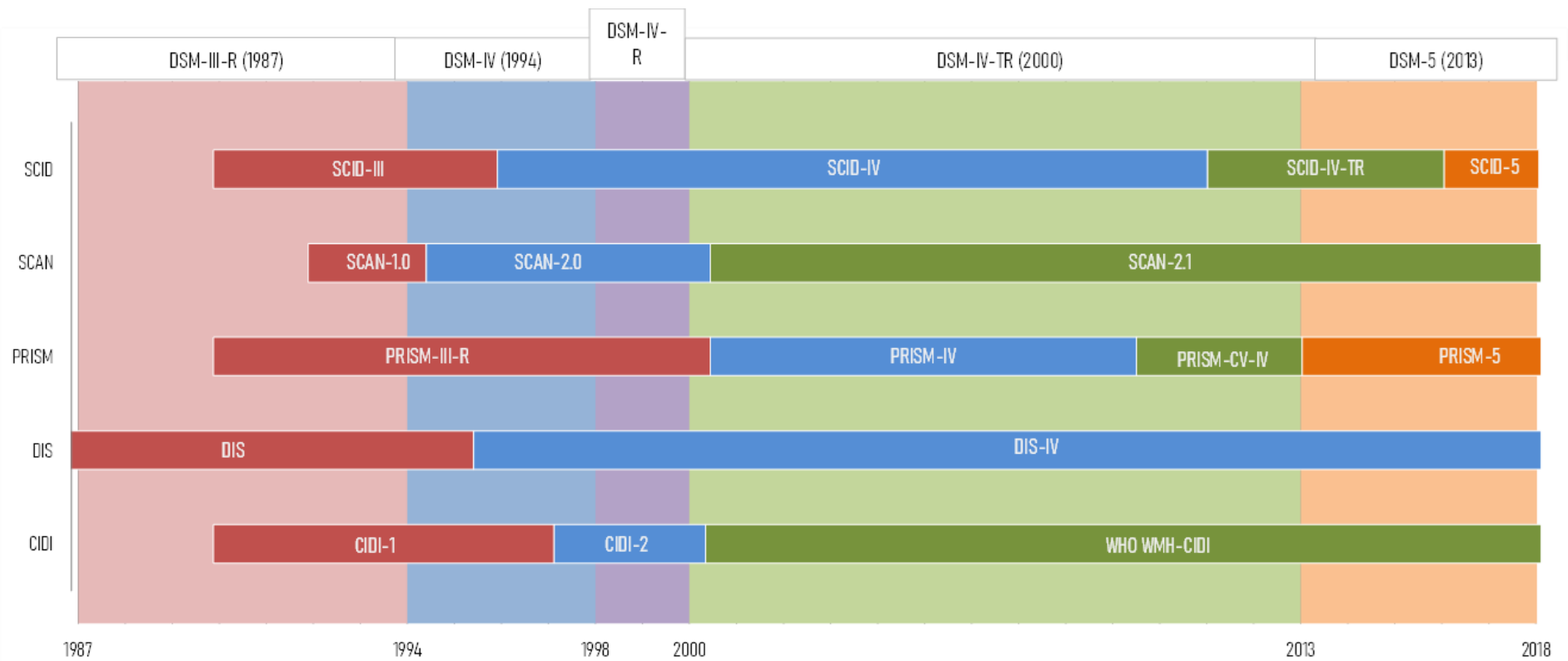


Figura 2. Cronograma del año de publicación de las distintas versiones de las principales entrevistas diagnósticas en psiquiatría. (DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); SCID (Structured Clinical Interview); SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry); PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders); DIS (The Diagnostic Interview Schedule); y CIDI (Composite International Diagnostic Interview)).

SCAN-2.0

### 1.4.1. DIS-IV (The Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV)

La DIS-IV es una entrevista estructurada y heteroaplicada para adultos, diseñada para ser utilizada por entrevistadores no clínicos. Diagnostica de manera válida y fiable los principales *TM* según los criterios diagnósticos del DSM-IV (Segal 2010).

La primera versión de la DIS (Robins et al. 1981) fue desarrollada en 1981 (Figura 2) por investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington en St. Louis (EEUU), a petición del Departamento de Epidemiología y Biometría del National Institute of Mental Health (NIMH) para la realización del ECA (The Epidemiologic Catchment Area) (Robins y Regier 1991), un histórico estudio multicéntrico de prevalencia de los *TM* en población adulta realizado en cinco comunidades de Estados Unidos (EEUU) (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000; Segal 2010; Encyclopedia.com 2021).

La DIS-IV consta de 19 módulos o secciones de diagnósticos que cubren varios *TM* del DSM-IV. Todas las preguntas son preguntas cerradas y presentan una respuesta dicotómica (sí/no). La DIS-IV empieza explorando la presencia de síntomas en un orden estandarizado. Una vez que se determina que un síntoma está presente se continúa explorando dicho síntoma mediante preguntas como la gravedad, la frecuencia, la duración, su inicio, la presencia de etiología orgánica, etc. El tiempo de administración de la DIS-IV oscila entre 90 y 120 minutos. El formato modular de la DIS-IV permite acotar el tiempo de administración descartando total o parcialmente módulos que, previamente a la evaluación, no sean de interés clínico/investigador, o que, durante la evaluación, se haya valorado la ausencia de síntomas en dicho módulo (Segal 2010).

La DIS-IV se encuentra traducida a 7 idiomas entre ellas el español. Existe una versión informatizada de la DIS-IV llamada la C-DIS. La C-DIS puede ser heteroaplicada o autoadministrada. La versión no digitalizada de la DIS-IV actualmente se considera obsoleta, mientras que la C-DIS está considerada como la versión de elección. La C-DIS empieza explorando la presencia de síntomas y el tiempo que hace desde su inicio, codifica las respuestas y almacena dicha información en forma de variables. La C-DIS utiliza estas variables para elaborar los diagnósticos de los *TM* para dos períodos de tiempo: actual y de por vida (Segal 2010; ePROVID.com 2020).

Las diversas versiones de la DIS presentan unas propiedades psicométricas sólidas. La DIS-IV es la herramienta mejor validada para la investigación epidemiológica en estudios a gran escala de *TM* diagnosticados con criterios diagnósticos del DSM-IV. La DIS, además, sirvió como referencia para la elaboración de la CIDI de la OMS.(Compton y Cottler 2003; Segal 2010). Sin embargo no se dispone de estudios de fiabilidad y validez para realizar diagnósticos de *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* (Mestre Pintó 2011).

### **1.4.2. WHO WMH-CIDI (The World Health Organization World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview)**

La WMH-CIDI es una entrevista estructurada y heteroaplicada para adultos, que está diseñada para poder ser usada por entrevistadores no clínicos. Realiza diagnósticos en base a los criterios del CIE 10 y del DSM IV (Robins et al. 1988; World Health Organization World Mental Health 2000; Harvard Medical School 2005).

A partir de mediados de la década de 1980 la OMS, en colaboración con el Servicio de Salud Pública de EEUU, ante la publicación de la DIS y tras el éxito del ECA (estudio multicéntrico de prevalencia de los *TM* en Estados Unidos), potenció una mayor colaboración entre países a nivel mundial mediante el desarrollo de una entrevista completamente estructurada que podía generar diagnósticos confiables y válidos en muchos idiomas diferentes: la CIDI (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000; World Health Organization World Mental Health 2000).

La primera versión de la CIDI (Robins et al. 1988) fue llevada a cabo bajo la supervisión de la OMS en 1988 (Figura 2) por un grupo de trabajo internacional encabezado por Lee Robins. La CIDI es una entrevista perfeccionada a partir de la DIS (Robins et al. 1981) dado que con la CIDI se intentó subsanar la limitación que presentaba la DIS que estaba basada exclusivamente en las definiciones y los criterios diagnósticos de los *TM* del DSM, lo que dificultaba la realización de estudios comparativos a nivel internacional. La CIDI incluyó los criterios de la CIE. La OMS llevó a cabo una amplia variedad de estudios en diferentes países para garantizar la traducción y la validación de la entrevista en cada uno de ellos, facilitando de este modo el poder realizar proyectos de investigación internacionales (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000; World Health Organization World Mental Health 2000; Kessler y Üstün 2004).

La versión 1.0 de la CIDI fue publicada por la OMS en 1990 (World Health Organization 1990), mientras que la versión 2.0, que incluía los criterios diagnósticos del DSM-IV, se publicó en 1997 (World Health Organization 1997) (Figura 2).

En 1998 la OMS creó el International Consistorium in Psychiatric Epidemiology (ICPE). Este grupo tenía como objetivo comparar y analizar los resultados obtenido con la CIDI en los primeros años de su utilización. El ICPE concluyó que estas primeras versiones de la CIDI estaban muy limitadas a la hora de realizar comparaciones entre los distintos países dado que sólo efectuaban diagnósticos de *TM* y no tenían presente variables como los factores de riesgo, los factores pronósticos, los tratamientos, etc. El ICPE lanzó una iniciativa mediante la cual creó en 1998 el World Mental Health (WMH) Survey Initiative Project, por la que científicos de los países participantes se unieron para desarrollar la WMH-CIDI, y quienes en el 2000 iniciaron el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) (Alonso et al. 2004), llevado a cabo por el WMH Surveys Initiative Project, y en donde se utilizó la WMH-CIDI por primera vez (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000; World Health Organization World Mental Health 2000).

A la hora de elaborar los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* la CIDI tiene como limitaciones (Mestre Pintó 2011):

- no diferencia entre *TM-P* y *TM-IS*, delegando la decisión en la opinión del entrevistado;
- no explora el concepto de *Efectos Esperables*; que aparece como consecuencia de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP*, y que se distingue de los síntomas excesivos propios del *TM-P* o del *TM-IS*.

La WMH-CIDI consta de 41 secciones. La primera realiza a lo largo de la vida un cribado y una revisión de los diagnósticos que se van evaluar: Trastornos de Ansiedad (Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Pánico, Trastorno de Estrés Postraumático, Fobia Social, Fobia Específica), Trastornos del Estado De Ánimo (Trastornos Bipolares I y II, Distimia, Trastorno Depresivo Mayor), Trastornos del Control de los Impulsos (Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastorno Explosivo Intermitente), Trastornos de la infancia y de la adolescencia que persisten en la edad adulta (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de Conducta, Trastorno de Oposición Desafiante y Trastorno de Angustia por Separación), Trastornos de Sustancias (Abuso y Dependencia del Alcohol, Nicotina y otras Drogas), Trastornos de la Personalidad, Trastornos Psicóticos y otros Trastornos (Trastorno Pre-menstrual, Juego Patológico, Neurastenia). Además, hay cinco secciones adicionales que valoran aspectos como: Trastornos físicos y de funcionamiento; Tratamientos; Factores de riesgo; Sociodemografía; Metodológicos. (World Health Organization World Mental Health 2000; Kessler y Üstün 2004; Harvard Medical School 2005).

La WMH-CIDI tiene un tiempo medio de administración de aproximadamente 2 horas (World Health Organization World Mental Health 2000; Kessler y Üstün 2004).

Existe una versión informatizada de la WHO WMH-CIDI conocida como la CAPI (Computer Assisted Version of the WHO WMH-CIDI) y una versión en papel y lápiz, la PAPI (Paper and Pencil Version of the WHO WMH-CIDI) (World Health Organization World Mental Health 2000; Kessler y Üstün 2004).

### **1.4.3. SCAN-2.1 (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)**

La *SCAN* es una entrevista semiestructurada y heteroaplicada desarrollada por la OMS. Existen 3 versiones oficiales de la *SCAN*: 1.0 (1992), 2.0 (1994) y 2.1 (1999) (Figura 2), siendo la última versión publicada la *SCAN-2.1* (World Health Organization. Division of Mental 1994). La *SCAN-2.1* está basada en los criterios del DSM-IV y del CIE-10. La *SCAN* se ha traducido a 15 idiomas existiendo una versión validada al español (Vázquez-Barquero et al. 1994).

La *SCAN-2.1* es un conjunto de instrumentos destinados a evaluar, medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a los principales *TM* de la vida adulta. Así, el Sistema *SCAN* está formado por 4 componentes: la entrevista *SCAN* propiamente dicha, el Glosario de definiciones diferenciales, el programa CATEGO5 y el CAPSE (es la versión computarizada del Sistema *SCAN* que combina tanto la entrevista *SCAN*, el Glosario y el programa CATEGO5). La entrevista *SCAN* tiene a su vez 3 componentes: la décima

edición del Examen del Estado Actual (PSE10), la Lista de Verificación del Grupo de Ítems (IGC) y el Programa de Historia Clínica (CHS) (Vázquez-Barquero et al. 1994).

El programa LAPSE es la versión informatizada de la SCAN 1.0. La SCAN 2.0 no tiene ninguna versión informatizada. El programa Ishell es la versión informatizada de la SCAN 2.1. Ishell está disponible en 3 idiomas diferentes incluido el español (<http://whoscan.org/software/>).

La *SCAN-2.1* evalúa: Trastornos por Consumo de Sustancias, Trastornos Psicóticos, Trastornos del Estado de Ánimo (Depresión mayor y Trastorno Bipolar), Trastornos de Ansiedad (Pánico, Ansiedad y Fobias), Trastornos Obsesivo-Compulsivos, Trastornos Somatomorfos, Trastornos Disociativos y Trastornos del Sueño. También evalúa los Trastornos Cognitivos, Trastornos Orgánicos y contiene una sección de observación del Afecto, el Comportamiento y de las Anomalías en el Habla.

El Instrumento básico de la entrevista *SCAN* es el PSE-10 a través del cual se explora el “estado actual”, el del “mes previo” y el de “a lo largo de la vida” (previamente al mes previo). Las escalas del PSE-10 están codificadas en puntuaciones a partir de las cuales el Programa CATEGO5 genera los diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. El Glosario es una lista de definiciones de síntomas y experiencias clínicas. El entrevistador pregunta al paciente, en base a las descripciones del Glosario, y decide si un síntoma está o no presente y cuál es su gravedad y lo marca en el Glosario codificando una escala atributiva. En la Escala Atributiva encontramos elementos como: el alcohol, las otras sustancias psicoactivas, los traumatismos, la medicación no-psiquiátrica, las toxinas, ... Así, la decisión de atribuir a una sustancia psicoactiva una determinada sintomatología psiquiátrica depende del juicio clínico del entrevistador. (Mestre Pintó 2011).

Las puntuaciones de diagnóstico y de síntomas de la *SCAN* tienen un alto grado de fiabilidad (Vázquez-Barquero et al. 1994). La *SCAN-2.1* ha demostrado ser excelente para las categorías diagnósticas con una sensibilidad entre el 56-96%, una especificidad entre el 93%-100% y una concordancia entre entrevistadores entre el 87%-94% (Rijnders et al. 2000). Esta fiabilidad de la *SCAN* también es aplicable a la versión española (Vázquez-Barquero et al. 1994).

La *SCAN* no proporciona guías específicas para diferenciar entre *TM-IS* y *TM-P* (Mestre Pintó 2011).

Actualmente está en desarrollo y validación la versión de la *SCAN 3.0*.



#### 1.4.4. SCID-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders)

La *SCID* para el DSM-5 es la *SCID-5* y se publicó en 2016 (Figura 2). Es una entrevista semiestructurada y heteroaplicada para adultos. Debe ser administrada por médicos experimentados o entrevistadores entrenados. Presenta varias versiones:

- “Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Research Version” (*SCID-5-RV*) (First et al. 2015c): versión más completa de la *SCID-5*. Finalidad: investigación.
- “Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version” (*SCID-5-CV*) (First et al. 2016): versión abreviada de la *SCID-5-RV*. Finalidad: clínica.
- “Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinical Trials Version” (*SCID-5-CT*) (First et al. 2015b): adaptación de la *SCID-5-RV*. Finalidad: ensayos clínicos con criterios de inclusión y exclusión.
- “Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders Personality Disorder” (*SCID-5-PD*) (First et al. 2015a). Finalidad: evaluación de los 10 trastornos de la personalidad del DSM-5 sin utilizar el sistema multiaxial del DSM-5.
- “Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders” (*SCID-AMPD*) (First et al. 2018): Finalidad: evaluación de los componentes que definen el modelo alternativo de trastornos de la personalidad del DSM-5, mediante enfoques tanto dimensional como categórico.

En la *SCID-5*, la *SCID-I* ha sido sustituida por la *SCID-5-CV* y por la *SCID-5-RV*, mientras que la *SCID-II* ha sido sustituida por la *SCID-5-PD* y por la *SCID-AMPD*.

Tanto la *SCID-5-CV* como la *SCID-5-RV* comparten la mayoría de los módulos, aunque varía el número de trastornos que se evalúa en cada uno de ellos. Los módulos comunes son: el *Módulo A*: Episodios del estado de ánimo y Trastorno Depresivo Persistente; *Módulo B*: Síntomas Psicóticos y Asociados; *Módulo C*: Diagnóstico Diferencial de los Trastornos Psicóticos; *Módulo D*: Diagnóstico Diferencial de los Trastornos del Estado de Ánimo; *Módulo E*: Trastornos por Consumo de Sustancias; *Módulo F*: Trastornos de Ansiedad; *Módulo G*: Trastornos Obsesivo-Compulsivos y Trastornos Relacionados; *Módulo H*: Trastornos del Sueño; y *Módulo I*: Trastornos de la Alimentación y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Sin embargo, entre las diferencias entre la *SCID-5-RV* y la *SCID-5-CV* observamos como la *SCID-5-RV* incluye 3 módulos extras: *Módulo J*: Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados; *Módulo K*: Trastornos de Externalización; y *Módulo L*: Trastornos Relacionados con Traumas y Factores de Estrés; mientras que la *SCID-5-CV*, aunque también incluye un *Módulo J*, en éste el trastorno que se evalúa es diferente, siendo el Trastorno Adaptativo. Así, la *SCID-5-CV* contiene los diagnósticos más comunes de la práctica clínica habitual, mientras que la *SCID-5-RV* es la versión más completa de la *SCID-5*, la que contiene más trastornos, los subtipos más relevantes y, además, especificadores de curso y de gravedad.

La comparación entre las dos versiones (*SCID-5-RV* vs *SCID-5-CV*) podemos encontrarla en: [https://www.appi.org/getattachment/54cb9bd7-3362-4926-9a0e-76ebc32296f3/APA\\_Publishing\\_Diagnostic-Coverage-Comparison-SCID-5\\_RV-vs-CV.pdf](https://www.appi.org/getattachment/54cb9bd7-3362-4926-9a0e-76ebc32296f3/APA_Publishing_Diagnostic-Coverage-Comparison-SCID-5_RV-vs-CV.pdf)

La *NetSCID* es la versión informatizada de la *SCID* (Brodey et al. 2016). Podemos encontrar la *NetSCID-5-RV*, la *NetSCID-5-CV* y la *NetSCID-5-PD*. La *NetSCID-5-RV* se encuentra traducida al español.

El tiempo de administración de la *SCID* varía entre 45 a 90 min para la *SCID-5-CV* y 45 a 180 min para la *SCID-5-RV*, mientras que, para las versiones informatizadas, varía entre 30 a 45 min para la *NetSCID-5-CV* y 90 min para la *NetSCID-5-RV* (Brodey et al. 2016; Shabani et al. 2021). En el tiempo de administración influyen factores como: la capacidad del paciente para describir sus síntomas, el número y la complejidad de los trastornos evaluados y la experiencia del entrevistador administrando la *SCID-5*.

La *SCID* ha demostrado una sólida consistencia interna, una buena confiabilidad test-retest y una validez concurrente y predictiva para identificar la psicopatología y su gravedad, lo que permite destacar la viabilidad y la utilidad de la *SCID* para evaluar dimensiones confiables y válidas de la gravedad de los síntomas de la psicopatología actual y de por vida (Shankman et al. 2018). Otra fortaleza de la *SCID* es su capacidad para diferenciar entre *TM-IS* y *TM-P*.

## **1.5. PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders)**

### **1.5.1. PRISM: Historia de las diferentes versiones**

La primera versión de la *PRISM (PRISM-III)* (1990) surgió para hacer frente a la falta de una entrevista diagnóstica adecuada para la investigación de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*. Para ello, la Dra. Hasin y su grupo de la Columbia University y del New York State Psychiatric Institute, recibieron una subvención del National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Esta primera versión de la *PRISM* fue desarrollada para evaluar a los pacientes de acuerdo con los criterios del DSM-III-R y con la finalidad de proporcionar un instrumento de diagnóstico que fuera fiable y válido para los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*. La *PRISM*, desde sus orígenes, se caracterizó por ser una entrevista semiestructurada y por ser una entrevista que debía de ser administrada por entrevistadores clínicos experimentados. Esta versión original de la *PRISM*, anterior al DSM-IV, incluía pautas y preguntas estandarizadas para distinguir los *Trastornos Mentales Orgánicos* de los *Trastornos Mentales No Orgánicos* (Hasin et al. 1996, 2006; Korten et al. 2001; Hasin 2009).

La *PRISM*, desde esta primera versión, ha ido experimentando un continuo y exhaustivo proceso periódico de revisión para incluir las modificaciones de las distintas versiones del DSM y para mejorar su fiabilidad, su facilidad de uso y su capacidad diagnóstica de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*. Tras la aparición del DSM-IV (1994) la Dra. Hasin y su grupo publicaron un estudio de fiabilidad (1996) mediante el que obtuvieron como resultados la Fiabilidad test-retest (Kappa) de los diagnósticos

obtenidos con la PRISM de los TCS del DSM-IV (dependencia y abuso) y la Fiabilidad test-retest (Kappa) de los diagnósticos obtenidos con la PRISM de los TM del DSM-III-R (Hasin et al. 1996). En el estudio participaron 172 pacientes con PD o TCS. Mostró una fiabilidad de buena a excelente para muchos diagnósticos como son los TCS, los Trastornos Afectivos Primarios, los *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, algunos *Trastornos de Ansiedad* y para los *síntomas psicóticos*. La fiabilidad que obtuvo esta primera PRISM para los Trastornos Afectivos, los *Trastornos de Ansiedad* y los *síntomas psicóticos* en CSP fue sensiblemente mejor que lo que habían obtenido otras entrevistas diagnósticas semiestructuradas (Hasin et al. 1996, 2006; Hasin 2009).

Con posterioridad, la Dra. Hasin y su grupo, recibieron una financiación del National Institute on Drug Abuse (NIDA) que les permitió actualizar la PRISM a los criterios del DSM-IV. Esta segunda PRISM se denominó la *PRISM 6.0* (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV version 6.0) (2001) (Koten et al. 2001). En esta PRISM 6.0 se llevaron a cabo los siguientes cambios: se modificaron algunas preguntas para acortar el tiempo de administración; las secciones de alcohol y de drogas se combinaron para agilizar su administración; se incluyeron nuevas preguntas en la sección de *síntomas psicóticos* que permitieron realizar los diagnósticos de los distintos *Trastornos Psicóticos*, en lugar de la calificación más global de "*síntomas psicóticos*"; y se incluyeron nuevas preguntas en las secciones de los *Trastornos del Estado de Ánimo* y de los *Trastornos Psicóticos* que permitieron determinar la relación temporal de los *síntomas del estado de ánimo* o de los *síntomas psicóticos* con el CSP para la elaboración de los diagnósticos de los *TM-IS* (Koten et al. 2001).

Así, la PRISM versión 6.0, fue la que sirvió de base para la elaboración final de la PRISM-IV. La *PRISM-IV* fue desarrollada por la Dra. Hasin y su grupo como un manuscrito inédito (Hasin et al. 2006). El proceso de desarrollo desde la PRISM-III hasta la PRISM-IV integró el refinamiento y la edición tanto de sus preguntas como de su estructura mediante cambios que se fueron incorporando periódicamente, como los introducidos en el 2001 con la PRISM 6.0. La PRISM permitiría a partir de ahora realizar diagnósticos de los *TM* del eje I y del eje II del DSM-IV, y diferenciar los *TM-P* de los *TM-IS* y de los *Efectos Esperables* de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el CSP. La PRISM-IV fue sometida a varios estudios piloto y a pequeños estudios test-retest de fiabilidad en pacientes con TCS que permitieron informar sobre la fiabilidad de la entrevista y, finalmente, terminar su desarrollo en el 2003 como un manuscrito inédito (Hasin et al. 2006).

La Dra. Hasin y su grupo publicaron otro estudio de fiabilidad con una mayor muestra en el 2006 (Hasin et al. 2006). En él participaron 285 pacientes con TCS en el que se valoró la fiabilidad test-retest (Kappa) de los diagnósticos obtenidos con la PRISM-IV en pacientes con CSP (*TM* y *TCS* (dependencia y abuso)). En él se confirmaron los resultados positivos obtenidos hasta el momento en otros estudios de la PRISM, presentando una fiabilidad entre aceptable y excelente para la mayoría de los diagnósticos incluidos: Trastornos por Dependencia de Sustancias (alcohol, cocaína, heroína, cannabis y sedantes); el *Trastorno Depresivo Mayor* (TDM-P) y el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* (TDM-IS) actual y pasado; algunos de los *Trastornos de Ansiedad Primarios* actuales y pasados; el *Trastorno Psicótico Primario* y los *Trastornos Psicóticos*

*Inducidos por Sustancias* actuales; el *Trastorno de Personalidad Antisocial* y el *Trastorno de Personalidad Límite*; y los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Hasin et al. 2006).

Las siguientes modificaciones que se realizaron en la PRISM tuvieron lugar en el 2009 con el desarrollo de una versión completamente informatizada de la PRISM-IV denominada la *PRISM-CV-IV* (The Computerized Version of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV) (Hasin 2009). Hasta la fecha todas las versiones existentes de la PRISM se administraban utilizando papel y lápiz. La PRISM-CV-IV fue elaborada mediante el programa informático Blaise®. La PRISM-CV-IV evaluaba los trastornos del eje I y del eje II del DSM-IV: *Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoativas*; *Juego Patológico*; *Trastornos Afectivos, Ansiosos y Psicóticos Primarios e Inducidos por Sustancias*; *Trastornos de la Conducta Alimentaria*; *Trastornos de la Personalidad*; *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Además, la PRISM-CV-IV presentaba una serie de características adicionales: obtenía una visión general del historial de tratamiento psiquiátrico a lo largo de la vida; obtenía el historial de CSP antes de otras secciones de diagnóstico; evaluaba los síntomas y los TM “actuales” y “de toda la vida”; y proporcionaba directrices para ayudar a diferenciar los síntomas inducidos por el CSP de los síntomas primarios y la relación temporal entre los síntomas psiquiátricos y el CSP. La PRISM-CV-IV permitía seleccionar de antemano específicamente los módulos que se iban a utilizar acotando de este modo el tiempo de administración. La PRISM-CV-IV presentaba una interfaz estructurada para facilitar la lectura al entrevistador mediante un diseño sencillo y con una distribución funcional y mediante distintos colores: como primer elemento aparecía en la parte superior izquierda de la pantalla la numeración y el título de la pregunta; justo por debajo encontrábamos la pregunta en negrita; seguidamente en rojo las instrucciones para el entrevistador y en verde las preguntas de seguimiento; las directrices a seguir aparecían en azul (ayudaban al entrevistador a determinar cómo codificar una respuesta); y en la parte inferior de la pantalla, que era de color blanco, encontrábamos las opciones de codificación, es decir, donde debíamos introducir las respuestas. Una vez finalizada la entrevista aparecía en la última pantalla los diagnósticos calculados mediante el algoritmo informático. Cronológicamente cada categoría diagnóstica podía llegar a presentar diferentes diagnósticos: El abuso y la dependencia de sustancias podrían llegar a presentar varios diagnósticos en función de los siguientes intervalos de tiempo: en los Últimos 30 días, Actual (últimos 12 meses), en el Pasado (anterior a los últimos 12 meses) y en Toda la vida; El TDM podría llegar a presentar varios diagnósticos en función de los siguientes intervalos de tiempo: en las “Últimas 2 semanas”, en el “Último año”, “Anterior al último año” y en “Toda la vida”; la *Distimia*, la *manía*, la *hipomanía*, la *ciclotimia*, la *ludopatía*, el *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (TDAH), los *Trastornos Psicóticos*, los *Trastornos de Ansiedad*, los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* y el *Trastorno de la Personalidad* podrían llegar a presentar varios diagnósticos en función de los siguientes intervalos de tiempo: en los “Últimos 30 días”, el “Último año”, “Antes del último año” y “A lo largo de la vida” (Hasin 2009).

La *PRISM 5* (Hasin et al. 2011) es la última actualización que se ha llevado a cabo en ese continuo y exhaustivo proceso periódico de revisión de la PRISM. Fue desarrollada como un manuscrito inédito en 2011 (Hasin et al. 2015). Es una entrevista semiestructurada diseñada para diagnosticar los TM y los TCS del DSM 5 en CSP. La PRISM 5 está completamente informatizada lo que la convierte en una entrevista muy dinámica que

va utilizando la información que se va incorporando en cada momento para ir creando las sucesivas preguntas, siendo específicas para las experiencias referidas por cada paciente. Esta informatización de la PRISM permite ahorrar tiempo en su administración y disminuir la probabilidad de errores durante el desarrollo de la entrevista o en el proceso de elaboración de los diagnósticos. La información recopilada se utiliza para generar diagnósticos de *TM* y de *TCS* en los “Últimos 30 días”, en el “Último año” y “Antes del último año”. La PRISM 5 está diseñada para diferenciar entre *TM-P* y *TM-IS* (Hasin 2022).

### 1.5.2. PRISM-IV: validación en español

La validación en español de la PRISM-IV fue realizada por la Dra. Torrens y su grupo en el 2004 (Torrens et al. 2004). Se llevó a cabo mediante la publicación de un estudio realizado en una muestra de 105 pacientes con *PD* o *TCS*, en el que el objetivo era evaluar la validez de los diagnósticos obtenidos con la PRISM-IV en comparación con los diagnósticos obtenidos a través del método LEAD “gold standard” (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available). Se observó una buena correlación (kappa) en: *TDM-P*, *Psicosis Inducida*, *Trastorno de Pánico con Agorafobia*, *Trastorno de Pánico sin Agorafobia*, *Trastorno de Personalidad Antisocial* y *Trastorno de Personalidad Límite* (Tabla 2-5) (Torrens et al. 2004)

La *PRISM-IV*, al igual que su homónima americana desarrollada en el 2003, es una entrevista semiestructurada y heteroaplicada para adultos. Debe ser administrada por médicos experimentados o entrevistadores entrenados. La *PRISM-IV* está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Está diseñada específicamente para diferenciar los *TM-P* de los *TM-IS* y de los *Efectos Esperables* de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el *CSP*, es decir, está diseñada para diagnosticar los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*. La *PRISM-IV* se administra íntegramente con papel y lápiz.

Las características de la *PRISM-IV* que permiten que realice la identificación de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* son:

- Pautas concretas para la evaluación/clasificación mediante la presencia de:
  - Síntomas definidos específicamente en frecuencia y duración;
  - Criterios de exclusión explícitos;
  - Guías de resolución en caso de dudas;
- El *CSP* se explora al principio de la entrevista (2ª y 3ª sección), previamente a las secciones de los *TM*;
- El *CSP* se explora mediante una anamnesis estructurada, permitiendo un contexto idóneo para la identificación de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*.

La *PRISM-IV*, según criterios del DSM-IV, evalúa 20 Trastornos del Eje I y 2 Trastornos del Eje II entre los que se encuentran: *Trastornos por Consumo de Sustancias* (alcohol, cannabis, alucinógenos, opiáceos y estimulantes) incluyendo el *Abuso* y la *Dependencia* para cada una de las *sustancias psicoactivas*; *Trastornos Afectivos Primarios* (*Depresión mayor*, *Episodio Maníaco*, *Trastorno Bipolar I*, *Trastorno Afectivo con síntomas Psicóticos*, *Episodio Hipomaniaco*, *Trastorno Bipolar II*, *Distimia* y *Trastorno Ciclotímico*); *Trastornos de Ansiedad Primarios* (*Trastorno de Pánico*, *Fobia Específica*, *Fobia Social*, *Agorafobia*, *Trastorno Obsesivo Compulsivo*, *Trastorno de Ansiedad Generalizada* y *Trastorno de Estrés Post Traumático*); *Trastornos Psicóticos Primarios* (*Esquizofrenia*, *Trastorno Esquizofreniforme*, *Trastorno Esquizoafectivo*, *Trastorno Delirante*, *Trastorno Psicótico Breve*, *Trastorno Psicótico No Especificado*); *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (*Anorexia Nerviosa*, *Bulimia Nerviosa* y *Trastorno por Atracones*); *Trastornos de la Personalidad* (*Trastorno Antisocial de la Personalidad* y *Trastorno Límite de la Personalidad*) y *Trastornos Inducidos por Sustancias* (*Depresión Mayor*, *Manía*, *Distimia*, *Psicosis*, *Trastorno de Pánico* y *Trastorno de Ansiedad Generalizada*).

La *PRISM-IV* está estructurada en distintas secciones: en primer lugar, se recoge información sociodemográfica general y sobre los tratamientos psiquiátricos recibidos durante toda la vida. Mediante dos hojas con líneas temporales (últimos 12 meses y antes de los últimos 12 meses) se recoge la historia de consumo: Inicio del consumo problemático de todas las sustancias, los períodos de consumo ininterrumpido y los períodos de abstinencia a lo largo de la vida (Anexo 1 y Anexo 2). En segundo lugar, se evalúan los diferentes apartados diagnósticos del Eje I y del Eje II donde se valora la presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos actuales (durante los últimos 12 meses) y pasados (anteriores a los últimos 12 meses).

La *PRISM-IV* proporciona una serie de orientaciones que permiten diferenciar entre los síntomas inducidos por el CSP y los síntomas primarios, facilitando de este modo el poder establecer una relación temporal entre los síntomas psiquiátricos y el CSP que permite realizar los diagnósticos de los *TM-IS* y de los *TM-P*. Para aumentar la fiabilidad a la hora de establecer los diagnósticos, se ofrecen una serie de pautas específicas en forma de requisitos de frecuencia, duración y de criterios de exclusión, así como una serie de reglas de decisión y de preguntas estandarizadas que permiten explorar de manera pormenorizada las respuestas del sujeto. La estructura de los apartados diagnósticos es siempre la misma: se inicia con unas preguntas de cribado que permiten evaluar la presencia a lo largo de la vida de síntomas compatibles con el trastorno. En caso afirmativo, se continúa explorando el posible trastorno para determinar su diagnóstico. En caso de presencia del trastorno, se realizan las preguntas clave y se siguen las pautas de codificación establecidas por la entrevista para determinar si es un Trastorno Metal Primario o si es un Trastorno Metal Inducidos por Sustancias y el número de episodios presentados a lo largo de la vida.

Los conceptos diagnósticos operativos de la *PRISM-IV* son los *Efectos Esperables*, el *Trastorno Mental "Inducido por Sustancias"* y el *Trastorno Mental "Primario"*:

- "*Efectos Esperables*": Se caracterizan porque son idénticos a los síntomas de los *TM-P* y de los *TM-IS*: insomnio, hipoprosexia, alucinaciones, ... Están recogidos

en los síntomas de la intoxicación y abstinencia descritos para cada una de las principales sustancias de acuerdo con los criterios del DSM-IV.

- Trastorno Mental "Inducido por Sustancias" (TM-IS): En la PRISM-IV el TM-IS se caracteriza porque:
  - Debe de cumplir con todos los criterios del *TM* según el DSM-IV;
  - Si tiene lugar durante un período de *CSP*, éste debe de ser en grado intenso (la cantidad debe de ser suficiente para provocar síntomas de intoxicación o abstinencia);
  - Si tiene lugar durante el periodo de abstinencia, su duración no debe de exceder la abstinencia inicial (< 4 semanas);
  - La sustancia consumida debe de ser "relevante" para el *TM* (sus efectos pueden imitar los síntomas del *TM* que se está evaluando);
  - Los síntomas deben de ser excesivos respecto a los *Efectos Esperables*.
- Trastorno Mental "Primario" (TM-P): En la PRISM-IV el *TM-P* se caracteriza porque:
  - Debe de cumplir con todos los criterios del *TM* según el DSM-IV;
  - Si tiene lugar durante un periodo de *CSP*, éste debe de ser en grado leve;
  - Si tiene lugar durante el periodo de abstinencia, su duración debe de exceder el periodo de abstinencia inicial o haberse iniciado tras el mismo;
  - Si tiene lugar durante un período de *CSP* en grado intenso, debe de haberse iniciado por lo menos 2 semanas antes;
  - Si se inicia durante un *CSP* en grado intenso, su duración debe de continua durante el período de abstinencia prolongado (> 4 semanas).

Para diferenciar los síntomas del *TM* de los *Efectos Esperables* el evaluador debe determinar si ha habido un cambio importante en el *CSP*, incremento o disminución, desde el inicio de los síntomas. La PRISM proporciona preguntas y pautas específicas de codificación para efectuar esta diferenciación, pudiendo distinguir de este modo si una tristeza corresponde a un *CSP* en grado intenso o a una abstinencia o, más concretamente, si corresponde a los síntomas de un *TM*.

El tiempo de administración de la PRISM-IV es de aproximadamente entre 1h y 3h, dependiendo de factores como la complejidad de la historia psiquiátrica del sujeto y la experiencia del entrevistador.

Los diagnósticos obtenidos con la PRISM-IV se compararon con los realizados con la SCID-IV y el método LEAD. (Tablas 2,3,4 y 5) (Torrens et al. 2004).

		Diagnóstico Actual		
		PRISM-IV	SCID-IV (n (%))	LEAD (n (%))
Trastornos por Dependencia de Sustancias	Trastorno por Dependencia de Alcohol (n (%))	29 (28%)	35 (33%)	27 (26%)
	Trastorno por Dependencia de Alucinógenos (n (%))	-	-	-
	Trastorno por Dependencia de Cannabinoides (n (%))	11 (11%)	17 (16%)	17 (16%)
	Trastorno por Dependencia de Cocaína (n (%))	47 (45%)	48 (46%)	47 (45%)
	Trastorno por Dependencia de Heroína (n (%))	35 (33%)	37 (35%)	38 (36%)
	Trastorno por Dependencia de Sedantes (n (%))	33 (31%)	26 (25%)	27 (26%)
	Trastorno por Dependencia de Opiáceos Legales (n (%))	3 (3%)	2 (2%)	3 (3%)
	Trastorno por Dependencia de Anfetamínicos (n (%))	1 (1%)	2 (2%)	1 (1%)
Trastornos por Abuso de Sustancias	Trastorno por Abuso de Alcohol (n (%))	6 (6%)	3 (3%)	8 (8%)
	Trastorno por Abuso de Alucinógenos (n (%))	-	-	-
	Trastorno por Abuso de Cannabinoides (n (%))	10 (10%)	3 (3%)	11 (11%)
	Trastorno por Abuso de Cocaína (n (%))	9 (9%)	1 (1%)	6 (6%)
	Trastorno por Abuso de Heroína (n (%))	-	-	-
	Trastorno por Abuso de Sedantes (n (%))	5 (5%)	-	8 (8%)
	Trastorno por Abuso de Opiáceos Legales (n (%))	-	-	-
	Trastorno por Abuso de Anfetamínicos (n (%))	-	-	-
Trastornos Afectivos	Trastorno Depresivo Mayor Primario (n (%))	14 (14%)	25 (24%)	11 (11%)
	Distimia (n (%))	4 (4%)	5 (5%)	3 (3%)
	Hipomanía (n (%))	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
	Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias (n (%))	16 (15%)	6 (6%)	7 (6%)
	Cualquier Trastorno Depresivo (n (%))	31 (29%)	33 (31%)	18 (17%)
	Cualquier Trastorno Afectivo (n (%))	33 (31%)	38 (36%)	20 (19%)
Trastornos Psicóticos	Esquizofrenia (n (%))	2 (2%)	3 (3%)	2 (2%)
	Psicosis No Especificada (n (%))	-	1 (1%)	-
	Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias (n (%))	6 (6%)	6 (6%)	4 (4%)
	Cualquier Trastorno Psicótico (n (%))	8 (8%)	10 (10%)	6 (6%)
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico con/sin Agorafobia (n (%))	10 (9%)	11 (11%)	7 (7%)
	Fobia Específica (n (%))	6 (6%)	6 (6%)	1 (1%)
	Fobia Social (n (%))	7 (7%)	6 (6%)	4 (4%)
	Trastorno Obsesivo Compulsivo (n (%))	1 (1%)	4 (4%)	1 (1%)
	Cualquier Trastorno de Ansiedad (n (%))	23 (22%)	21 (20%)	13 (12%)
Trastornos de Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial (n (%))	13 (12%)	4 (4%)	10 (10%)
	Trastorno Límite de la Personalidad (n (%))	12 (11%)	7 (7%)	9 (9%)

Tabla 2.- Prevalencia de los trastornos actuales en 105 pacientes diagnosticados según la PRISM-IV (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV), la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004).



		Diagnóstico Pasado		
		PRISM (n (%))	SCID-IV (n (%))	LEAD (n (%))
Trastornos por Dependencia de Sustancias	Trastorno por Dependencia de Alcohol (n (%))	53 (50%)	47 (45%)	47 (45%)
	Trastorno por Dependencia de Alucinógenos (n (%))	5 (5%)	3 (3%)	3 (3%)
	Trastorno por Dependencia de Cannabinoides (n (%))	21 (20%)	30 (29%)	33 (31%)
	Trastorno por Dependencia de Cocaína (n (%))	67 (64%)	61 (58%)	66 (63%)
	Trastorno por Dependencia de Heroína (n (%))	81 (77%)	82 (78%)	81 (77%)
	Trastorno por Dependencia de Sedantes (n (%))	37 (35%)	32 (30%)	31 (29%)
	Trastorno por Dependencia de Opiáceos Legales (n (%))	13 (12%)	5 (5%)	5 (5%)
	Trastorno por Dependencia de Anfetamínicos (n (%))	14 (13%)	9 (9%)	8 (8%)
Trastornos por Abuso de Sustancias	Trastorno por Abuso de Alcohol (n (%))	12 (11%)	8 (8%)	18 (17%)
	Trastorno por Abuso de Alucinógenos (n (%))	19 (18%)	12 (11%)	16 (15%)
	Trastorno por Abuso de Cannabinoides (n (%))	40 (38%)	14 (13%)	30 (29%)
	Trastorno por Abuso de Cocaína (n (%))	13 (12%)	2 (2%)	10 (10%)
	Trastorno por Abuso de Heroína (n (%))	2 (2%)	-	2 (2%)
	Trastorno por Abuso de Sedantes (n (%))	7 (7%)	-	16 (15%)
	Trastorno por Abuso de Opiáceos Legales (n (%))	6 (6%)	-	-
	Trastorno por Abuso de Anfetamínicos (n (%))	24 (23%)	8 (8%)	15 (14%)
Trastornos Afectivos	Trastorno Depresivo Mayor Primario (n (%))	36 (34%)	43 (41%)	27 (28%)
	Distimia (n (%))	4 (4%)	5 (5%)	2 (2%)
	Hipomanía (n (%))	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
	Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias (n (%))	16 (15%)	8 (8%)	6 (6%)
	Cualquier Trastorno Depresivo (n (%))	49 (47%)	51 (52%)	34 (32%)
	Cualquier Trastorno Afectivo (n (%))	54 (51%)	55 (52%)	34 (32%)
Trastornos Psicóticos	Esquizofrenia (n (%))	2 (2%)	3 (3%)	2 (2%)
	Psicosis No Especificada (n (%))	-	1 (1%)	-
	Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias (n (%))	11 (10%)	13 (12%)	6 (6%)
	Cualquier Trastorno Psicótico (n (%))	13 (12%)	17 (16%)	8 (8%)
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico con/sin Agorafobia (n (%))	13 (2%)	14 (13%)	8 (8%)
	Fobia Específica (n (%))	5 (5%)	6 (6%)	1 (1%)
	Fobia Social (n (%))	7 (7%)	7 (7%)	4 (4%)
	Trastorno Obsesivo Compulsivo (n (%))	1 (1%)	5 (5%)	1 (1%)
	Cualquier Trastorno de Ansiedad (n (%))	24 (23%)	24 (23%)	14 (13%)

Tabla 3.- Prevalencia de los trastornos pasados en 105 pacientes diagnosticados según la PRISM-IV (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV), la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004).

		Concordancia PRISM-IV vs LEAD					
		Actual			Pasado		
		k	IC 95%	Grado de Acuerdo	k	IC 95%	Grado de Acuerdo
Trastornos por Dependencia de Sustancias	Trastorno por Dependencia de Alcohol	0,80	(0,67-0,93)	Sustancial	0,70	(0,56-0,84)	Sustancial
	Trastorno por Dependencia de Cannabinoides	0,67	(0,46-0,88)	Sustancial	0,46	(0,28-0,64)	Moderado
	Trastorno por Dependencia de Cocaína	0,81	(0,70-0,92)	Casi perfecto	0,65	(0,50-0,80)	Sustancial
	Trastorno por Dependencia de Heroína	0,90	(0,81-0,99)	Casi perfecto	1,00	-	Casi perfecto
	Trastorno por Dependencia de Sedantes	0,72	(0,57-0,87)	Sustancial	-	-	-
	Trastorno por Dependencia de Anfetamínicos	-	-	-	0,60	(0,35-0,85)	Moderado
Trastornos por Abuso de Sustancias	Trastorno por Abuso de Alcohol	0,39	(0,00-0,56)	Mediano	0,39	(0,15-0,63)	Mediano
	Trastorno por Abuso de Alucinógenos	-	-	-	0,49	(0,27-0,71)	Moderado
	Trastorno por Abuso de Cannabinoides	0,20	(0,00-0,47)	Insignificante	0,32	(0,14-0,50)	Mediano
Trastornos Afectivos	Trastorno Depresivo Mayor Primario	0,68	(0,47-0,89)	Sustancial	0,66	(0,55-0,81)	Sustancial
	Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias	0,33	(0,07-0,59)	Mediano	0,40	(0,14-0,66)	Mediano
	Cualquier Trastorno Depresivo	0,56	(0,38-0,74)	Moderado	0,61	(0,46-0,76)	Sustancial
	Cualquier Trastorno Afectivo	0,53	(0,35-0,71)	Moderado	0,63	(0,49-0,77)	Sustancial
Trastornos Psicóticos	Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias	-	-	-	0,68	(0,42-0,94)	Sustancial
	Cualquier Trastorno Psicótico	0,85	(0,64-1,00)	Casi perfecto	0,74	(0,52-0,96)	Sustancial
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico con/sin Agorafobia	0,81	(0,61-1,00)	Casi perfecto	0,74	(0,52-0,96)	Sustancial
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	0,67	(0,49-0,85)	Sustancial	0,68	(0,50-0,86)	Sustancial
Trastornos de Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	0,66	(0,43-0,89)	Sustancial			
	Trastorno Límite de la Personalidad	0,63	(0,38-0,88)	Sustancial			

Tabla 4.- Concordancia en 105 pacientes entre los diagnósticos actuales y pasados realizados por la PRISM-IV (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV), y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004).

		Concordancia SCID-IV vs LEAD					
		Actual			Pasado		
		k	IC 95%	Grado de Acuerdo	k	IC 95%	Grado de Acuerdo
Trastornos por Dependencia de Sustancias	Trastorno por Dependencia de Alcohol	0,77	(0,64-0,90)	Sustancial	0,58	(0,42-0,74)	Moderado
	Trastorno por Dependencia de Cannabinoides	0,44	(0,21-0,67)	Moderado	0,39	(0,20-0,58)	Mediano
	Trastorno por Dependencia de Cocaína	0,67	(0,52-0,82)	Sustancial	0,62	(0,47-0,77)	Sustancial
	Trastorno por Dependencia de Heroína	0,81	(0,69-0,93)	Casi perfecto	0,97	(0,92-1,00)	Casi perfecto
	Trastorno por Dependencia de Sedantes	-	-	-	-	-	-
	Trastorno por Dependencia de Anfetamínicos	-	-	-	0,68	(0,42-0,94)	Sustancial
Trastornos por Abuso de Sustancias	Trastorno por Abuso de Alcohol	0,15	(0,00-0,46)	Insignificante	0,05	(0,00-0,25)	Insignificante
	Trastorno por Abuso de Alucinógenos	-	-	-	0,59	(0,36-0,82)	Moderado
	Trastorno por Abuso de Cannabinoides	0,10	(0,00-0,35)	Insignificante	0,17	(0,00-0,36)	Insignificante
Trastornos Afectivos	Trastorno Depresivo Mayor Primario	0,28	(0,07-0,49)	Mediano	0,54	(0,39-0,69)	Moderado
	Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias	0,29	(0,00-0,63)	Mediano	0,08	(0,00-0,34)	Insignificante
	Cualquier Trastorno Depresivo	0,37	(0,18-0,56)	Mediano	0,50	(0,34-0,66)	Moderado
	Cualquier Trastorno Afectivo	0,36	(0,18-0,54)	Mediano	0,53	(0,38-0,68)	Moderado
Trastornos Psicóticos	Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias	-	-	-	0,60	(0,34-0,86)	Moderado
	Cualquier Trastorno Psicótico	0,33	(0,02-0,60)	Mediano	0,60	(0,37-0,83)	Moderado
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico con/sin Agorafobia	0,76	(0,54-0,98)	Sustancial	0,70	(0,48-0,92)	Sustancial
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	0,58	(0,37-0,79)	Moderado	0,56	(0,36-0,76)	Moderado
Trastornos de Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	0,40	(0,07-0,73)	Mediano			
	Trastorno Límite de la Personalidad	0,32	(0,00-0,64)	Mediano			

Tabla 5.- Concordancia en 105 pacientes entre los diagnósticos actuales y pasados realizados por la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available) (Torrens et al. 2004).

La PRISM-IV se ha utilizado en el ámbito de la investigación en ensayos clínicos, en estudios de respuesta terapéutica, en estudios de validación de escalas e incluso en estudios longitudinales en los que se requiere hacer seguimiento de los sujetos (Rodríguez-Llera et al. 2006; Nocon et al. 2007; Herrero et al. 2008, 2011; Astals et al. 2008; Gilchrist et al. 2011; Mestre Pintó 2011; Torrens et al. 2011; Vergara-Moragues et al. 2011, 2013, 2016; Cuenca-Royo et al. 2012, 2013; Araos et al. 2014, 2015; Mestre-Pintó et al. 2014; Roncero et al. 2014; Araos et al. 2017; Batalla et al. 2014; Comín et al. 2014; Pedraz et al. 2015a, 2015b; Ramos-Quiroga et al. 2015; García Marchena et al. 2016; Martínez-Gras et al. 2016; Garcia-Marchena et al. 2017; Keller et al. 2017; Maza-Quiroga et al. 2017; García-Marchena et al. 2019; Martínez Riera 2019; Mateu Codina 2019; Fonseca et al. 2020; Alías-Ferri et al. 2021; Rentero et al. 2021).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales determinan que hasta un 75% de los pacientes con un *Trastorno por Consumo de Sustancias* presentan de manera simultánea o secuencialmente otro *Trastorno Mental No Relacionado con Sustancias*, mientras que los pacientes con un *Trastorno Mental No Relacionado con Sustancias* presentan hasta en un 45% un *Trastorno por Consumo de Sustancias* concomitantemente (Szerman et al. 2011; Arias et al. 2013; Martínez-Gras et al. 2016; NIDA 2019). Estos *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* es lo que denominamos *Patología Dual*.

La ausencia de *marcadores biológicos* en salud mental sitúa la entrevista clínica como el elemento principal en la elaboración de los diagnósticos psiquiátricos en la práctica clínica habitual en base a los criterios diagnósticos presentes en las clasificaciones internacionales tanto del CIE como del DSM.

Las entrevistas psiquiátricas estructuradas o semiestructuradas son instrumentos esenciales en este proceso de elaboración de los diagnósticos en salud mental por las características psicométricas que presentan en cuanto a fiabilidad y validez.

La PRISM es una entrevista psiquiátrica semiestructurada y heteroaplicada para adultos, basada en los criterios diagnósticos del DSM, que ha obtenido muy buenos resultados en la detección de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS* ya que está diseñada específicamente para diferenciar los *Trastornos Mentales Primarios* de los *Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias* y de los *Efectos Esperables* de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el consumo de sustancias psicoactivas.

La informatización de una entrevista psiquiátrica disminuye la probabilidad de cometer errores por parte del entrevistador en la elaboración de los diagnósticos psiquiátricos gracias a la automatización del proceso intrínseco de la propia entrevista clínica que garantiza una mayor precisión y eficiencia. La informatización de una entrevista psiquiátrica, respecto a su homónima en papel, permitirá la reducción del tiempo de administración y garantizará la obtención por parte del entrevistador de una información clínica de mayor calidad necesaria para la elaboración de los diagnósticos en salud mental.

La implementación informática y validación de la PRISM 5 permitirá desarrollar un buen instrumento en la elaboración de los diagnósticos de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*, dado que mantiene las características esenciales de las entrevistas PRISM, pero con las ventajas que presenta una entrevista informatizada en cuanto a rapidez, fiabilidad y calidad de la información recogida. La informatización de la PRISM 5 también permitirá la creación de una base de datos automatizada en la que se irán recogiendo todas las respuestas de la entrevista en forma de variables lo que facilitará su análisis estadístico en diferentes proyectos de investigación.

# 3. HIPÓTESIS

Los diagnósticos psiquiátricos obtenidos en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias o con Patología Dual mediante la versión informatizada al español de la entrevista PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) comparados con los diagnósticos psiquiátricos obtenidos mediante el método LEAD (longitudinal assessment (L), done by expert diagnosticians (E), using all data (AD) that are available “Evaluación longitudinal realizada por expertos utilizando todos los datos disponibles”) presentarán un índice de concordancia kappa  $\geq 0,7$ .



## **4. OBJETIVOS**

## **4.1. Objetivo Principal**

Obtener una versión informatizada y validada al español de la entrevista psiquiátrica PRISM para los criterios diagnósticos del DSM 5, la PRISM 5.

## **4.2. Objetivos Específicos**

- Revisar los cambios que se han producido en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.
- Actualizar la entrevista PRISM-IV a la PRISM 5:
  - Revisar y adaptar los módulos de la PRISM-IV con los cambios que se han producido en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y el DSM 5;
  - Traducir, retro-traducir y adaptar culturalmente los nuevos módulos de la PRISM 5.
- Elaborar la versión informatizada de la PRISM 5.
- Validar la versión española e informatizada de la PRISM 5 comparando los diagnósticos que se hayan obtenido con los diagnósticos que se obtengan mediante el método LEAD.

# 5. MÉTODOS

## 5.1. Diseño

Para la validación de la entrevista PRISM-5 se realizó un estudio transversal en una muestra de conveniencia constituida por pacientes voluntarios con *PD* o *TCS* que se encontraban o en seguimiento ambulatorio o en régimen de ingreso hospitalario en alguno de los centros de tratamiento de adicciones pertenecientes a las entidades colaboradoras: 1) Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) del Parc de Salut Mar: los cuatro Centros de Atención y Seguimiento de las Adicciones (CAS) (Barceloneta, Forum, Extracta-La Mina o Santa Coloma), la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD) del Hospital del Mar o las dos Unidades de Patología Dual (UPD) ubicadas en el Centro Fórum del Hospital del Mar o en el Centro Asistencial Dr. Emili Mira i López (CAEMIL); 2) Centros de Atención y Seguimiento de las Adicciones (CAS) Vall Hebron y; 3) Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

### 5.1.1. Procedimiento

El desarrollo del estudio se llevó a cabo en tres fases (Tabla 6):

Fase 1. Adaptación del instrumento PRISM a los criterios del DSM 5:

1.1. Evaluación de los cambios en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y el DSM 5 (se desarrolló entre el 1<sup>er</sup> y el 2<sup>o</sup> mes del estudio):

- Estudio de los nuevos criterios diagnósticos en el DMS 5 y análisis de los cambios necesarios que se deben de aplicar en los distintos módulos de la PRISM.
- Elaboración de la hoja de recogida de diagnósticos psiquiátricos para los médicos expertos (LEAD) (Anexo 3 y Anexo 4).
- Prueba piloto de la hoja de recogida de diagnósticos y análisis de la opinión de los médicos expertos (LEAD).
- Aplicación de los cambios derivados de la prueba piloto.

1.2. Actualización de la entrevista PRISM (se desarrolló entre el 2<sup>o</sup> y el 3<sup>er</sup> mes del estudio):

- Revisión y comparación de la versión original de la entrevista PRISM 5 y la PRISM-IV para evaluar los cambios necesarios tanto en los módulos ya existentes como en los nuevos.
- Traducción, retrotraducción y adaptación cultural de los nuevos módulos detectados con cambios mayores.
- Adaptación de los módulos preexistentes de la PRISM-IV a los nuevos módulos detectados con cambios menores.

Fase 2. Informatización en español de la PRISM 5:

### 2.1. Informatización de la PRISM 5 (se desarrolló entre el 4º y el 8º mes del estudio):

- Implementación informática de la versión española de la PRISM 5 a través del programa BLAISE®.
- Consulta a las investigadoras de la versión original de la PRISM 5 sobre los resultados obtenidos de la versión española informatizada de la PRISM 5.
- Prueba piloto de la versión española informatizada de la PRISM 5 para evaluar su funcionalidad, su uso y el manejo de los datos que se obtienen y análisis de la opinión de los entrevistadores.
- Realización de cursos PRISM-5 para la formación de los entrevistadores colaboradores del estudio.
- Aplicación de los cambios derivados de la prueba piloto.

### Fase 3. Validación del instrumento PRISM 5 mediante el gold standard del experto (LEAD) y Análisis de datos

#### 3.1. Validación entrevista PRISM 5 (se realizó entre el 9º y el 42º mes del estudio):

- Realización de las entrevistas en los distintos centros colaboradores del estudio.
- Análisis de los datos preliminares.

#### 3.2. Análisis de datos (se llevó a cabo entre 43º y el 60º mes del estudio):

- Realizar el análisis de datos definitivos.
- Redacción de los resultados obtenidos: tesis y manuscritos.

	FASE 1		FASE 2		FASE 3							
	Adaptación del instrumento PRISM a los criterios del DSM 5		Informatización en español de la versión PRISM 5		Validación del instrumento PRISM 5 mediante el patrón oro del experto (LEAD) y Análisis de datos							
	FASE 1.1	FASE 1.2	FASE 2		FASE 3.1	FASE 3.2						
	Evaluación cambios diagnósticos DSM-IV-TR vs DSM 5	Actualización entrevista PRISM	Informatización PRISM 5		Validación entrevista PRISM 5	Análisis de datos						
DURACIÓN (meses)	1,5	1,5	5		34	18						
FECHAS	12/2016-01/2017	01/2017-02/2017	03/2017-07/2017		08/2017-05/2020	06/2020-11/2021						
LUGAR	IMIM	IMIM	IMIM		IMIM e INAD	IMIM						
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Análisis cambios necesarios de la PRISM</li> <li>– Elaboración hoja LEAD</li> <li>– Prueba piloto de la hoja LEAD y análisis opinión expertos</li> <li>– Aplicación de los cambios derivados de la prueba piloto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Revisión versión americana PRISM 5</li> <li>– Traducción, retro-traducción y adaptación cultural</li> <li>– Adaptación módulos pre-existentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implementación informática PRISM 5</li> <li>– Consulta a las investigadoras de la versión original inglesa</li> <li>– Prueba piloto versión informatizada PRISM 5</li> <li>– Realización de cursos PRISM-5</li> <li>– Aplicación de los cambios derivados de la prueba piloto</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Entrevistas en los centros asistenciales participantes</li> <li>– Análisis de datos preliminares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Análisis de datos definitivos</li> </ul>						
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2016												1.1
2017	1.1	1.2	1.2	2	2	2	2	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1
2018	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1
2019	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1
2020	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
2021	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
2022	3.2	3.2										

Tabla 6.- Cronograma del estudio de "Implementación informática y Validación de la PRISM 5". (PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders); DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition); IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available); e INAD (Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones)).

## **5.2. Criterios de Inclusión y Exclusión**

Para poder participar en el estudio los participantes debían de cumplir:

### **5.2.1. Criterios de Inclusión**

- Ser mayor de 18 años;
- Reclutamiento realizado en alguno de los centros asistenciales de las entidades colaboradoras: 1) Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) del Parc de Salut Mar: los cuatro Centros de Atención y Seguimiento de las Adicciones (CAS) (Barceloneta, Forum, Extracta-La Mina o Santa Coloma), la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD) del Hospital del Mar o las dos Unidades de Patología Dual (UPD) ubicadas en el Centro Fórum del Hospital del Mar o en el Centro Asistencial Dr. Emili Mira i López (CAEMIL); 2) Centro de Atención y Seguimiento de las Adicciones (CAS) Vall Hebron y; 3) Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.
- Tener al menos un diagnóstico de *Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)* y/o algún *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos* según los criterios diagnósticos del DSM 5;

### **5.2.2. Criterios de Exclusión**

- Tener alguna dificultad intelectual que limitara la comprensión de las evaluaciones;
- Tener alguna dificultad idiomática que limitara la comprensión de las evaluaciones.

## **5.3. Cálculo del Tamaño Muestral**

Para el cálculo del tamaño muestral se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: una hipótesis alternativa ( $\kappa$ =kappa)  $H_1 \equiv \kappa = 0,7$ , bajo la hipótesis nula  $H_0 \equiv \kappa = 0.5$ ; una desviación máxima de la prevalencia diagnóstica de 0.2 (valor obtenido en base a los resultados del estudio previo (Torrens et al. 2004)); una significación de  $1-\alpha=0,95$ ; y una potencia  $(1-\beta)=0,8$ . En base a estos parámetros se estimó la necesidad de recabar la participación de 242 sujetos.

## **5.4. Procedimiento de Evaluación y Estrategia de Análisis**

### **5.4.1. Procedimiento de Evaluación**

Se escogió como “Gold Standard” el método LEAD (longitudinal assessment (L), done by expert diagnosticians (E), using all data (AD) that are available “Evaluación longitudinal realizada por expertos utilizando todos los datos disponibles”) (Spitzer 1983).

El acrónimo LEAD implica tres conceptos esenciales (Spitzer 1983):

- *“Longitudinal”*: la evaluación diagnóstica no se limita a los síntomas que aparecen en un único examen, se tienen en cuenta los síntomas de todo el episodio del *TM*;
- *“Experto”*: Los diagnósticos son realizados por clínicos expertos que han demostrado su capacidad para realizar diagnósticos fiables y;
- *“Todos los datos”*: no se evaluará sistemáticamente sólo al sujeto, sino que se entrevistarán a otros informantes, como los familiares, y se tendrá acceso a los datos proporcionados por otros profesionales

El referente clínico de cada posible candidato fue quien se encargaba de identificarlo a través de la historia clínica informatizada de entre sus propios pacientes. El posible candidato se encontraba o bien en seguimiento ambulatorio o bien en régimen de ingreso en alguno de los centros asistenciales participantes. Tras ello, el propio referente clínico se encargaba de proponerle su participación y, de este modo, tras la firma del consentimiento informado se le incluía en el estudio. El referente clínico avisaba a los investigadores de la inclusión de un nuevo participante en el estudio y entonces el entrevistador se encargaba de contactar con el voluntario para concertar una cita y poder llevar a cabo la evaluación mediante la PRISM 5. Con posterioridad el experto, que por regla general coincidía con el referente clínico, se encargaba de aplicar el método LEAD. Tanto el entrevistador como el experto fueron ciegos a los resultados obtenidos respectivamente. El intervalo de tiempo entre la administración de la PRISM 5 y el método LEAD no fue superior a 15 días. Para facilitar la tarea llevada a cabo por el experto y minimizar el riesgo de errores derivados de la administración del método LEAD, se proporcionó a los expertos una guía para realizar las entrevistas y una hoja de diagnósticos para cumplimentar (Anexo 3 y Anexo 4).

El proceso de reclutamiento de pacientes se desarrolló siguiendo un método selectivo mediante el que se obtuvo una muestra de conveniencia y que fue ciego para el entrevistador que realizó la evaluación de los diagnósticos psiquiátricos mediante la PRISM 5. La finalidad de este reclutamiento selectivo fue la de obtener un número de diagnósticos lo suficientemente representativos para cada uno de los distintos subgrupos que componen la muestra del estudio y que corresponderían a los diferentes diagnósticos que evalúa la PRISM 5 de los *TCS* y de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos*.



### 5.4.2. Variables Principales

- Los diagnósticos actuales y pasados de los *Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)* y/o los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos* obtenidos por el entrevistador mediante la versión informatizada al español de la PRISM 5 y;
- Los diagnósticos actuales y pasados de los *Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)* y/o los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos* obtenidos por el experto mediante el método LEAD con todos los datos clínicos disponibles.

### 5.4.3. Análisis estadístico

Los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista PRISM y mediante las evaluaciones clínicas realizadas por los expertos (LEAD) se analizaron a través del estadístico correspondiente divididos en: diagnósticos actuales (últimos 12 meses) y diagnósticos pasados o a lo largo de la vida (antes de los últimos doce meses) (Ilustración 11<sub>a-c</sub> Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3 y Anexo 4).

Para el análisis estadístico de la PRISM-5 se han utilizado distintas pruebas estadísticas con la finalidad de valorar su *Validez*, su *Fiabilidad* y su *Seguridad*. Para ello se han utilizado: la Sensibilidad (S) y la Especificidad (E), para valorar la Validez, el Índice Kappa (k), para valorar la Fiabilidad, y el Valor Predictivo Positivo (VPP) y el Valor Predictivo Negativo (VPN), para valorar la Seguridad. Dado que no se propuso un estudio de prevalencia y que el reclutamiento se enfocó a la consecución de pacientes con probable patología dual, las prevalencias obtenidas en nuestro estudio fueron mayores que las poblacionales. El VPP y el VPN son unos estadísticos muy condicionados por la prevalencia, por lo que se ha utilizado además la Razón de Verosimilitud Positiva (RVP) y la Razón de Verosimilitud Negativa (RVN), ya que son otro método para valorar la exactitud de una prueba en el terreno clínico (Donis 2012).

### 5.4.4. Coeficiente kappa de Cohen

Para realizar la comparación entre los diagnósticos, actuales y pasados, obtenidos por los entrevistadores mediante la versión traducida al español e informatizada de la PRISM 5 con los diagnósticos, actuales y pasados, obtenidos por los expertos mediante el procedimiento LEAD, se utilizó como método estadístico *el Coeficiente kappa de Cohen* que es una medida estadística que ajusta el efecto del azar en la proporción de la concordancia observada.

El Índice Kappa mide la *Fiabilidad* o repetitividad de una prueba mediante el grado de concordancia de los resultados obtenidos (nominales u ordinales) por dos observadores cuando se realizan sobre una misma muestra (Carletta 1996; Donis 2012). El procedimiento para evaluar la reproducibilidad o concordancia de un instrumento consiste en comparar entre sí distintas medidas de un mismo objeto y evaluar su grado de acuerdo, cuanto más se parezcan estas medidas entre sí, más preciso será el instrumento. En este sentido Cohen propuso el denominado índice kappa (k) que se usa para evaluar la concordancia o reproducibilidad de instrumentos de medida cuyo resultado es categórico (2 o más categorías) y que definió como “la proporción de

acuerdos observados más allá del azar (concordancia real) respecto del máximo acuerdo posible más allá del azar (concordancia potencial)” (Cohen 1960; Gómez González y Pérez Castán 2007).

Este índice es muy intuitivo y fácilmente interpretable. Los valores de  $\kappa$  de Cohen oscilan de +1,00 a -1,00, siendo el cero el que indica un acuerdo a nivel de azar. En el caso de máxima concordancia, el índice kappa tendría un valor de 1; si la concordancia observada es igual a la esperada tendría un valor de 0; y si la concordancia observada fuese inferior a la esperada tendría un valor inferior a 0. Landis y Koch propusieron una escala de valoración del índice kappa, mediante la que convirtieron una variable cuantitativa como es el valor kappa (0-1) en una variable cualitativa ordinal como es el Grado de Acuerdo: <0,00: Sin acuerdo; 0,0-0,20: Insignificante; 0,21-0,40: Bajo o Mediano; 0,41-0,6: Moderado; 0,61-0,8: Bueno o Sustancial; 0,81-1,00: Muy Bueno o Casi perfecto (Tabla 7) (Landis y Koch 1977; Abraira 2001; Gómez González y Pérez Castán 2007).

La elección en el estudio del índice de concordancia Kappa como método estadístico fue debido a que como el reclutamiento de pacientes se llevó a cabo siguiendo un método selectivo, mediante una muestra de conveniencia, las prevalencias obtenidas en el estudio fueron mayores que las esperadas a nivel poblacional. Por ello, y dado que el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo están muy condicionados por la prevalencia, se prefirió utilizar como modelo estadístico el análisis de concordancia mediante el Coeficiente kappa de Cohen.

<b>Kappa (<math>\kappa</math>)</b>	<b>Grado de Acuerdo</b>
< 0,00	Sin acuerdo
0,00-0,20	Insignificante
0,21-0,40	Bajo o Mediano
0,41-0,60	Moderado
0,61-0,80	Bueno o Sustancial
0,81-1,00	Muy Bueno o Casi perfecto

Tabla 7.- Escala de valoración (Grado de Acuerdo) del índice Kappa ( $\kappa$ ) (Landis y Koch, 1977; Gómez González y Pérez Castán 2007)

#### **5.4.5. Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo, Razón de Verosimilitud Positiva, Razón de Verosimilitud Negativa**

En la estrategia de análisis de la comparación de los resultados obtenidos entre los diagnósticos, actuales y pasados, de la PRISM 5 con los diagnósticos, actuales y pasados, del procedimiento LEAD, además del Índice Kappa, se ha utilizado los estadísticos *Sensibilidad (S)* y *Especificidad (E)*, el *Valor Predictivo Positivo (VPP)* y el *Valor Predictivo Negativo (VPN)*, y la *Razón de Verosimilitud Positiva (RVP)*, *Razón de Verosimilitud Negativa (RVN)*. Con el VPP y el VPN se debe de tener especial cuidado en su interpretación, ya que son probabilidades que están condicionadas por la prevalencia en la muestra. En nuestro estudio, además, presentamos los resultados mediante los estadísticos RVP y RVN que no dependen de la prevalencia (Gómez González y Pérez Castán 2007; Donis 2012; Pérez et al. 2021).

Las características que debe tener una entrevista son: Validez, Fiabilidad y Seguridad. Es decir: que mida lo que realmente pretende, es decir, lo que se desea cuantificar (*Validez*); que sea reproducible produciendo resultados semejantes (*Fiabilidad*) y que pueda predecir la presencia o ausencia de la enfermedad (*Seguridad*) (Gómez González y Pérez Castán 2007; Donis 2012; Pérez et al. 2021):

La *Validez* de una prueba se mide mediante la *Sensibilidad (S)* y la *Especificidad (E)*. Son conceptos que expresan la capacidad intrínseca de la prueba. Son lo que se conoce como la probabilidad preprueba, es decir, la probabilidad de que el sujeto esté/no esté enfermo antes de realizar la prueba, pero no podemos saber con certeza quién está enfermo o no lo está tras su aplicación. Se caracterizan por ser interdependientes, es decir, un aumento de una está acompañado por una reducción de la otra y viceversa. La S y la E son valores estables por lo que no varían con la prevalencia.

La *Sensibilidad (S)* es la probabilidad de que un enfermo sea identificado correctamente por la prueba siendo esta positiva, es decir, la capacidad de una prueba para identificar correctamente aquellos que tienen la enfermedad. Son los enfermos con resultado positivo de entre todos los enfermos. Las pruebas muy sensibles implican que cuando se aplican a un individuo determinado y el resultado es negativo podemos descartar con confianza que tenga la enfermedad, porque si la tuviera hubiera dado un resultado positivo. Sin embargo, cuando es positivo no podemos asegurar que sea enfermo, de hecho, alguno de los individuos que ha presentado inicialmente un resultado positivo no tendrá la enfermedad (*falsos positivos*). Es igual al número de sujetos con un resultado positivo que tienen la enfermedad, dividido entre todos los sujetos que tienen la enfermedad (Tabla 8).

La *Especificidad (E)* es la probabilidad de que un individuo sin la enfermedad sea identificado correctamente por la prueba dando un resultado negativo, es decir, la capacidad de una prueba para identificar aquellos que no tienen la enfermedad. Son los sanos con resultado negativo de entre todos los sanos. Las pruebas muy específicas identificarán a todos los individuos sanos, de tal manera que cuando se aplican a un individuo determinado y el resultado es positivo se puede asumir con

confianza que el individuo está enfermo. Pero si la prueba es negativa, no podemos asegurar que sea un individuo sano, ya que alguno de los individuos que ha presentado inicialmente un resultado negativo tendrá la enfermedad (*falsos negativos*). Es igual al número de sujetos que resultan negativos a la prueba y que no tienen la enfermedad, dividido entre el número de personas que no tienen la enfermedad o están sanos (Tabla 8).

La medición de la *Seguridad* de una prueba se realiza con el *Valor Predictivo Positivo* (VPP) y el *Valor Predictivo Negativo* (VPN). Son lo que se conoce como la importantes probabilidad posprueba, es decir, la probabilidad de que el paciente tenga/no tenga la enfermedad una vez conocemos el resultado de la prueba. Por ello estos índices son para valorar la utilidad de una prueba individualmente en cada paciente en la práctica clínica. La *Sensibilidad* y la *Especificidad* no aportan esta información. El VPP y el VPN son valores que dependen de la prevalencia de la enfermedad. Una prueba con una *Sensibilidad* y una *Especificidad* dada puede tener diferentes valores predictivos (VPP y VPN) cuando se aplica en diferentes poblaciones con diferentes prevalencias. Si la prueba es utilizada en una población con una alta prevalencia de la enfermedad tendrá un alto VPP y un bajo VPN, mientras que esta misma prueba con la misma sensibilidad y especificidad, cuando sea utilizada en una población con una baja prevalencia de la enfermedad presentará un VPP bajo y un alto VPN. A pesar de ello, y debido a la importancia que tienen el VPP y el VPN en la práctica clínica y en la medición de la Seguridad de una entrevista, hemos incluido estos estadísticos en los resultados de nuestro estudio sabiendo que debemos de ser prudentes a la hora de realizar su interpretación.

El *Valor Predictivo Positivo* (VPP) es la probabilidad de que un individuo con resultado positivo tenga la enfermedad, es decir, la probabilidad que tiene un individuo de estar enfermo cuando el resultado de la prueba es positivo (Tabla 8). Corresponde a los pacientes enfermos con resultado positivo de entre todos los resultados positivos.

El *Valor Predictivo Negativo* (VPN) es la probabilidad de que un individuo con resultado negativo no tenga la enfermedad, es decir, la probabilidad que tiene un individuo de estar sano cuando el resultado de la prueba es negativo (Tabla 8). Corresponde a los sanos con resultado negativo de entre todos los resultados negativos.

Además de los estadísticos que nos aportan información acerca de la *Validez* (S y E), de la *Fiabilidad* (Índice Kappa) y de la *Sensibilidad* (VPP y VPN) de una prueba, tenemos otros indicadores como son la *Razón de Verosimilitud Positiva* (RVP y RVN) y la *Razón de Verosimilitud Negativa*. La RVP y la RVN son independientes de la prevalencia de la enfermedad. Nos permiten valorar la exactitud de una prueba en el terreno clínico. La RVP y la RVN no son proporciones, son razones u odds, por lo que la RVP y la RVN nos aportan información acerca de cómo el resultado de una prueba diagnóstica eleva o disminuye la probabilidad de tener la enfermedad, es decir, de cuál es la probabilidad de tener o no la enfermedad.

La *Razón de Verosimilitud Positiva* (RVP) también conocida como: Cociente de Probabilidad Positiva (CPP), Índice de Eficiencia Pronóstica Positivo (IEP+) o Positive Likelihood Ratio (+LR). Define cuántas veces es más probable hallar un resultado positivo de la prueba en un enfermo que en un sano (“un paciente enfermo tiene X veces mayor probabilidad de tener un resultado positivo en la prueba que un paciente sano”). Es el cociente entre la fracción de verdaderos positivos (sensibilidad) y la fracción de falsos positivos (1-especificidad) (Tabla 8). Se calcula dividiendo la proporción de enfermos con prueba positiva entre la proporción de no enfermos con prueba positiva. Valores de RVP mayores indican mejor capacidad de la prueba para dar positivo en un enfermo (Tabla 9).

La *Razón de Verosimilitud Negativa* (RVN) también conocida como: Cociente de Probabilidad Negativa (CPN), Índice de Eficiencia Pronóstica Negativo (IEP-) o Negative Likelihood Ratio (-LR). Define cuántas veces es más probable hallar un resultado negativo en un enfermo que en un sano. Es el cociente entre la fracción de falsos negativos (1-sensibilidad) y la fracción de verdaderos negativos (especificidad) (Tabla 8). Se calcula dividiendo la proporción de enfermos con prueba negativa entre la proporción de no enfermos con prueba negativa.

Para facilitar la interpretación de la *Razón de Verosimilitud Negativa* se utiliza el inverso del valor calculado para este indicador ( $1/RVN$ ) (Tabla 8), cuyo resultado determina cuánto más probable es que el resultado de la prueba sea negativo en un paciente sano respecto a uno enfermo (“un paciente sano tiene X veces mayor probabilidad de tener un resultado negativo en la prueba que un paciente enfermo”). Valores de RVN menores indican mejor capacidad de la prueba para dar negativo en un sano.

La *Razón de Verosimilitud Positiva* pueden tener valores entre 1 e infinito y la *Razón de Verosimilitud Negativa* entre 0 y 1. Una *Razón de Verosimilitud* de 1 indica nula utilidad para discriminar la presencia o ausencia de una condición, es decir, la capacidad de la prueba para detectar la presencia o ausencia de la enfermedad (Tabla 9).

		ENFERMEDAD				
		Presente	Ausente			
Prueba Diagnóstica	+	VP a	FP b	Positivos a+b	VPP = $a/(a + b)$	
	-	FN c	VN d	Negativos c+d	VPN = $d/(c + d)$	
	Enfermos a+c		Sanos b+d		N a+b+c+d	P = $a + c/(a + b + c + d)$
	S = $a/(a + c)$		E = $d/(b + d)$			RVP = $S/(1-E)$ RVN = $(1-S)/E \cong 1/((1-S)/E)$

Tabla 8.- Representación de los resultados de una prueba diagnóstica en una Tabla 2x2. (Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN), Verdadero Positivo (VP), Falso Positivo (FP), Falso Negativo (FN), Verdadero Negativo (VN), N (tamaño de la muestra), P (Prevalencia), RVP (Razón de Verosimilitud Positiva) y RVN (Razón de Verosimilitud Negativa)) (Gómez González y Pérez Castán 2007; Donis 2012; Perez et al 2021).

	RVP	RVN
<b>Alta</b>	$\geq 10$	$\leq 0.1$
<b>Moderada</b>	$< 10 \ \& \ \geq 5$	$> 0.1 \ \& \ \leq 0.2$
<b>Baja</b>	$< 5 \ \& \ \geq 2$	$> 0.2 \ \& \ \leq 0.5$
<b>Escasa</b>	$< 2 \ \& \ \geq 1$	$> 0.5 \ \& \ \leq 1$

Tabla 9.- Potencia Diagnóstica. Capacidad diagnóstica de una prueba según el valor de la Razón de Verosimilitud. (RVP (Razón de Verosimilitud Positiva) y RVN (Razón de Verosimilitud Negativa)) (Donis 2012; Perez et al 2021).

#### **5.4.6. Software SPSS® y Microsoft® Excel®**

En el estudio para la validación de la entrevista PRISM 5 el análisis estadístico de los datos y la elaboración de las tablas y figuras se llevó a cabo mediante los siguientes programas informáticos:

- IBM® SPSS® Statistics en su versión 23.0.0.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.)
- Microsoft® Excel® para Microsoft 365 – Microsoft Office (MSO) – en su versión 2201.

#### **5.5. Aspectos Éticos**

Este estudio se realizó manteniendo las directrices de la Declaración de Helsinki y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]). El proyecto de investigación clínica (Nº 2014/5792/I) fue debidamente aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Parc de Salut Mar (Anexo 5). A todos los pacientes candidatos a participar en el estudio, tras una explicación amplia de sus objetivos y de su metodología, se les solicitó la firma del consentimiento informado en el que constaba la posibilidad de poder revocarlo en cualquier momento. (Anexo 6 y Anexo 7).

## **6. RESULTADOS**



## **6.1. Principales cambios entre el DSM-IV-TR y el DSM 5**

Tras la publicación del DSM 5 (2013) se tuvieron que incorporar a la práctica clínica habitual una serie de cambios correspondientes a las diferencias en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y el DSM 5. Estos cambios pueden clasificarse en *tres niveles*; *nivel general*: tanto la eliminación del sistema multiaxial como el cambio del patrón categórico al patrón dimensional; *nivel interclase*: eliminación de partes de un trastorno de una clase diagnóstica previa como en el *Trastorno Obsesivo-Compulsivo* o en el *Trastorno de Estrés Postraumático* y la aparición de nuevos trastornos como el *Trastorno por Acumulación*; y el *nivel intraclase*: cambios en los criterios diagnósticos de trastornos específicos y la reducción o la adición de criterios o parte de los criterios ya existentes (Shabani et al. 2021).

La primera fase en el proceso de validación de la entrevista psiquiátrica PRISM 5 (Tabla 6) fue el estudio de los nuevos criterios diagnósticos del DSM 5 para realizar el análisis de los cambios necesarios en los distintos módulos de la PRISM IV. En esta primera etapa también se llevó a cabo la elaboración de la hoja de recogida de diagnósticos psiquiátricos actuales y pasados que utilizaron los expertos al aplicar el método LEAD (Aneo 3 y Anexo 4).

Entre los cambios más relevantes en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y el DSM 5 tenemos (American Psychiatric Association 2013b, 2013a; Rodríguez Testal et al. 2014):

- La eliminación del Sistema Diagnóstico Multiaxial de 5 Ejes.
- En el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) desaparece la diferenciación entre episodio único y recurrente. Se da prioridad al curso integrando las formas crónicas del TDM (más de dos años de sintomatología continua) con el Trastorno Distímico en un nuevo diagnóstico denominado el *Trastorno Depresivo Persistente*. La incapacidad para encontrar diferencias científicamente significativas entre estos dos trastornos ha llevado a su combinación en el *Trastorno Depresivo Persistente*. El TDM incluye dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida: el *desorden del comportamiento suicida* y la *autolesión no suicida*. Además, el TDM no se excluye como diagnóstico ante la presencia del duelo. Si bien el DSM-IV excluía el diagnóstico de TD si se presentaban los síntomas en el contexto de la pérdida de un ser querido en los dos meses anteriores, en el DSM-5 se omite esta exclusión, dado que la evidencia no apoya la separación de la pérdida de un ser querido de otros factores de estrés en términos de su probabilidad de precipitar un episodio depresivo mayor o de que los síntomas remitan espontáneamente. Otro cambio destacado en este apartado diagnóstico es la incorporación del especificador “*con malestar ansioso*”, un reconocimiento claro a la combinación emocional ansioso-depresivo supliendo la retirada definitiva del *Trastorno mixto ansioso-depresivo* del DSM-IV-TR.
- En el DSM 5 no se separan los diagnósticos de *Abuso* y de *Dependencia* de *Sustancias Psicoactivas* como en el DSM-IV-TR. En su lugar, se proporcionan

criterios para el *Trastorno por Consumo de Sustancias* (TCS), acompañados de criterios para la *Intoxicación*, la *Abstinencia*, los *Trastornos Inducidos por Sustancias* o *Medicamentos* y para los *Trastornos Inducidos por Sustancias No Especificadas*. Los criterios diagnósticos del TCS en el DSM-5 son casi idénticos a los criterios de abuso y dependencia de sustancias del DSM-IV-TR combinados en una sola lista, con dos excepciones: el criterio de “problemas legales recurrentes” del DSM-IV-TR para el abuso de sustancias se ha eliminado en el DSM-5, y se ha añadido un nuevo criterio, el “craving o fuerte deseo o impulso de consumir una sustancia”.

- El umbral para el diagnóstico del TCS en el DSM-5 se establece en dos o más criterios diagnósticos, en contraste con el umbral de uno o más criterios para el diagnóstico de abuso de sustancias del DSM-IV-TR o de tres o más para la dependencia de sustancias en el DSM-IV-TR. La gravedad de los TCS del DSM 5 se basa en el número de criterios que se cumplen: 2-3 criterios indican un trastorno leve; 4-5 criterios, un trastorno moderado; y 6 o más, un trastorno grave.
- Se incluyen los conceptos del *Síndrome de Abstinencia por Consumo de Cannabinoides* y del *Síndrome de Abstinencia por Consumo de Cafeína* que en el DSM-IV-TR no estaban presentes dado que se consideraba que estas dos sustancias no producían síndromes de abstinencia. La inclusión del concepto de craving ha permitido relacionar las clasificaciones DSM y CIE.
- En general se puede decir que el conjunto de cambios adoptados en el diagnóstico del TCS va a permitir diferenciar mejor la conducta compulsiva en busca de la sustancia. Cabe destacar que los criterios del Trastorno por Consumo de Tabaco del DSM-5 son los mismos que los de otros trastornos por consumo de sustancias. Por el contrario, el DSM-IV-TR no tenía una categoría para el abuso de tabaco, por lo que los criterios del DSM-5 que provienen del abuso del DSM-IV-TR son nuevos para el tabaco en el DSM-5.
- En el DSM 5 se ha eliminado el diagnóstico del DSM-IV-TR de polisustancia. La “remisión precoz” en un TCS del DSM 5 se define como un periodo de al menos 3 meses, pero menos de 12 meses, sin criterios de TCS (excepto el craving), y la “remisión sostenida” se define como un periodo de al menos 12 meses sin criterios de TCS (excepto el craving). Los nuevos especificadores del DSM 5 incluyen "en un entorno controlado" y "en terapia de mantenimiento".
- En la nueva categoría diagnóstica denominada “*Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos*” también se incorpora el *Trastorno del Juego*, que se cambia de este modo del apartado de “Trastornos de Control de Impulsos No Clasificados” en el que se encontraba en el DSM-IV-TR. Este cambio refleja la creciente y consistente evidencia de que algunas conductas, como el juego, activan el sistema de recompensa del cerebro con efectos similares a los de las drogas de abuso y que los síntomas del *Trastorno del Juego* se asemejan en cierta medida a los TCS. Con el cambio de nombre a *Trastorno del Juego* se deja de

hacer referencia a la denominación de Juego Patológico del DSM-IV-TR por redundante y estigmatizador.

- Mientras que en el DSM-IV-TR los *Trastornos Bipolares* y los *Trastornos Depresivos* estaban en el mismo apartado bajo la denominación de Trastornos del estado de ánimo, en el DSM 5 aparecen en categorías diagnósticas distintas a pesar de que en el DSM 5 el *Trastorno Bipolar* se plantea como un espectro de bipolaridad. Para mejorar la precisión del diagnóstico del *Trastorno Bipolar* y facilitar una detección más temprana, el criterio A para los episodios maníacos e hipomaníacos incluye ahora mayor énfasis en los cambios de actividad, de energía y del estado de ánimo. Se ha eliminado el diagnóstico del DSM-IV-TR de trastorno bipolar I, episodio mixto, que requería que el individuo cumpliera simultáneamente todos los criterios de manía y episodio depresivo mayor y en su lugar se ha añadido un nuevo especificador, "con rasgos mixtos", que puede aplicarse a los episodios de manía o hipomanía cuando están presentes los rasgos depresivos y a los episodios de depresión en el contexto del trastorno depresivo mayor o del trastorno bipolar cuando están presentes los rasgos de manía/hipomanía.
- Se ha incluido el diagnóstico de *Trastorno de Estado de Ánimo Disruptivo y No Regulado*, que caracteriza a los niños "con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol de conducta (rabieta), tres o más veces a la semana durante más de un año". La finalidad ha sido la de reducir el diagnóstico de *Trastorno Bipolar* en la infancia, cuya prevalencia se había visto aumentada debido a que en el DSM-IV-TR se incluía los problemas de irritabilidad crónica severa dentro de la categoría diagnóstica de *Trastorno Bipolar* y, a menudo, eran considerados por los profesionales sanitarios como un síntoma de manía en niños.
- El *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)* se ha modificado incrementando la posibilidad de su diagnóstico en la etapa adulta. En niños se ha cambiado la edad de inicio para la realización del diagnóstico, los síntomas ahora deben de aparecer antes de los 12 años en vez de antes de los 7 años, y en adultos se ha reducido el número de síntomas necesarios para la realización del diagnóstico. El *TDAH*, además, se ha cambiado de capítulo al de los Trastornos del Neurodesarrollo, reflejando mejor las correlaciones existentes en el desarrollo cerebral de los trastornos de este apartado y la decisión del DSM-5 de eliminar el capítulo del DSM-IV-TR que incluía todos los diagnósticos que aparecen por primera vez en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- En los *Trastornos de Ansiedad* nos encontramos con que en el DSM 5 el *Trastorno de Pánico* y la *Agorafobia* aparecen como trastornos independientes reconociendo que el origen de la Agorafobia no son siempre los síntomas del pánico. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo ha sido extraído de la categoría de los *Trastornos de Ansiedad* al igual que el *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)*. El TEPT en el DSM 5 incluye ahora cuatro grupos de síntomas: re-experimentación, hiperactivación, evitación y "alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo". Los umbrales de edad en

el TEPT también se han modificado, así como los criterios que se aplican para su diagnóstico en menores de 6 años.

- En la *Esquizofrenia* se han eliminado los subtipos diagnósticos (catatónica, desorganizada, paranoide, indiferenciada y residual) por su escasa fiabilidad, validez y estabilidad diagnóstica. Además, en la *Esquizofrenia* se han introducido dos cambios en el Criterio A del DSM-IV-TR: El primer cambio es la eliminación de la atribución de síntoma especial a los delirios extraños y a las alucinaciones auditivas de primer rango de Schneider debido a la inespecificidad de estos y a la escasa fiabilidad para distinguir los delirios extraños de los no extraños, por ello en el DSM 5 se requieren dos síntomas del Criterio A para el diagnóstico de *Esquizofrenia*; el segundo cambio es que para un diagnóstico fiable de *Esquizofrenia* se ha añadido en el Criterio A el requisito de que el individuo deba tener al menos uno de estos tres síntomas: delirios, alucinaciones y habla desorganizada.
- En el *Trastorno esquizoafectivo*, se ha preponderado la parte anímica con respecto a la duración del trastorno incluyendo pródromos y fase residual, es decir, se ha incluido como requisito en el diagnóstico que un episodio grave del estado de ánimo esté presente durante la mayor parte de la duración total del trastorno después de que se cumpla el Criterio A.
- Una de las incorporaciones más llamativas del DSM-5 es la separación de la *catatonía* de las especificaciones de otros trastornos, es decir, la catatonía puede diagnosticarse como un especificador del *TD*, del *Trastorno Bipolar* y de los Trastornos psicóticos; como un diagnóstico independiente en el contexto de otra afección médica; o como otro diagnóstico especificado. Tan sólo se debe tener en cuenta que se requiere en todos los diagnósticos tres de un total de 12 síntomas característicos de catatonía.
- En los Trastornos de la Conducta Alimentaria se incluye el "*Trastorno por Atracón*" que se define como un trastorno con episodios de ingesta excesiva.

## **6.2. Actualización de la PRISM-IV a la PRISM 5**

### **6.2.1. Revisión y adaptación de los módulos de la PRISM-IV**

Tras el proceso de identificación de los cambios entre el DSM-IV y el DSM 5 se llevó a cabo la revisión de la versión original de la entrevista PRISM 5 para evaluar su implementación. También se compararon las versiones originales de la PRISM-IV y de la PRISM 5 para detectar los cambios necesarios que se debían realizar en los módulos de la entrevista PRISM-IV en castellano para obtener la nueva versión de la entrevista.

### **6.2.2. Traducción, retro-traducción y adaptación cultural de la PRISM 5**

Para obtener la versión en castellano se llevó a cabo la traducción, la retro-traducción y la adaptación cultural (cognitive debriefing) de todos los cambios detectados en cada módulo tras también revisar la traducción existente.

La traducción de una entrevista no es suficiente para su uso en otra cultura. Se debe prestar especial atención a las diferencias interlingüísticas e interculturales para obtener una versión adaptada al entorno social y lingüístico en el que se va a utilizar. Además, la confiabilidad y la validez de la entrevista traducida en la cultura de destino debe medirse y, por lo tanto, estandarizarse (Shabani et al. 2021).

Se realizó la adaptación lingüístico-cultural: en la variable “alldrugcodes” que haría referencia a los nombres utilizados de los medicamentos y de las drogas por los consumidores de sustancias psicoactivas (Anexo 8 y Anexo 9); en la variable “educación” que haría referencia a las distintas opciones pasadas y presentes del sistema educativo (Anexo 10); en las equivalencias entre cantidad y gramos de alcohol (Anexo 11); etc.

## **6.3. Elaboración de la versión informatizada de la PRISM 5**

Con la entrevista PRISM 5 adaptada al español se procedió a realizar su implementación informática mediante el paquete informático Blaise®. Utilizando como referencia el código informático desarrollado de la PRISM 5 original se incorporaron los cambios específicos de la PRISM 5 en español correspondientes a la adaptación lingüístico-cultural.

El procedimiento de informatización conllevó la modificación de la sintaxis del código informático de la PRISM 5 original que, con la incorporación de las nuevas variables y la modificación de algunos saltos algorítmicos, permitió que el desarrollo de la interfaz y la formulación de las preguntas se adaptara a las características de la entrevista en español (Ilustración 1).

```

Blaise 4.8 Control Centre - (Untitled) - [C:\Users\jmestre\Dropbox\PRISM Blaise\General\interviewshell.bla]
File Edit Project Run Database Tools Add-Ins Window Help

INCLUDE "DSM_AttentionDX.bla"
INCLUDE "Diagnostic_List4A1H.inc"
INCLUDE "Diagnostic_List1.inc"
INCLUDE "Diagnostic_List2.inc"
INCLUDE "Diagnostic_List3.inc"

AUXFIELDS

/ Timeline question from Section 2 needs to be included here due to changes made to fills during modularization)
Timeline (SubstanceScreening_Q12_Timeline_substance_use)
  @/ @Me gustaría empezar creando una línea temporal de tu consumo de sustancias.@B
  @/ @ @BENTREVISTADOR:@B
  @/ - Preguntar sobre ^FSubstances:
  @/ @ @B* ^FDrugUse3@B.
  @/ Empezar la línea temporal en la hoja de papel correspondiente:
  @/ @ @1.- Anotar la edad a la que entrevistad^MF3 utilizó por primera vez cada categoría de sustancias;
  @/ @ @2.- A continuación, trazar periodos de abstinencia y de intoxicación / uso crónico.
  @/ @ @3.- Presiona ENTER al acabar.@B
  @/ @ @B[SUGERENCIAS PARA CADA CATEGORIA:@B@B
  @ @/REALIZAR LA PREGUNTA PARA CADA DROGA:
  @/ @ @1.- ¿A qué empezaste a consumir [DROGA]?
  @/ @ @1.- ¿Alguna vez has dejado de consumir [DROGA] o has consumido muy poco durante al menos 1 mes?
  @/ @ @1.- ¿Cuántas veces has dejado o has consumido muy poco durante como mínimo 1 mes?
  @/ @ @1.- ¿Cuándo fue la primera vez que dejaste de consumir / consumiste muy poco durante al menos 1 mes? ¿Cuánto estuviste sin consumir? ¿Cuándo volviste a consumir?
  @/ @ @1.- ¿Alguna vez has dejado de consumir o has consumido muy poco durante al menos 1 año?@C"
  /"Timeline"
  : STRING[1], EMPTY

/ Fills that are frequently used throughout the whole interview. )
MF : ( Male "e1", Female "ella" ) FRelevant : STRING IW : STRING
MF2 : ( Male "su", Female "su" ) Fuse2 : STRING Numberof : STRING

```

Ilustración 1.- Interfaz del programa Blaise© con la sintaxis, nueva variable (en función del género) y saltos algorítmicos de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5).

El mecanismo de funcionamiento de la PRISM 5 se basa en realizar pequeñas modificaciones en las preguntas, instrucciones, orientaciones e indicaciones que se van generando a lo largo de la entrevista en función de las respuestas del entrevistado según sus características clínico-sociodemográficas (ilustración 2<sub>a-b</sub>, ilustración 3<sub>a1-2-b1-2</sub> e ilustración 4<sub>1-4</sub>).

La interfaz de la PRISM 5 informatizada está estructurada en cuatro secciones con funciones diferenciadas que según las características de la pregunta que se está formulando pueden o no estar presentes en su totalidad. Cada sección está representada con un color diferente que la delimita funcionalmente en donde localizaremos: en el *amarillo*: las preguntas para el entrevistado y las instrucciones, orientaciones e indicaciones para el entrevistador; en el *blanco*: las respuestas a codificar según la respuesta del entrevistado; en el *gris oscuro*: las propiedades de las variables y; en el *gris claro*: las respuestas codificadas (Ilustración 5).

En la sección amarilla de la interfaz de la PRISM 5 encontraremos mediante la utilización de cinco colores las preguntas para el entrevistado y las instrucciones, orientaciones e indicaciones para el entrevistador que según las características de la pregunta pueden no estar presentes en su totalidad: en *negro*: preguntas a realizar al entrevistado; en *rojo*: las instrucciones para el entrevistador; en *rojo claro*; información clínica/científica relevante para el entrevistador necesaria para la codificación de la respuesta; en *verde*: pregunta secundaria a leer ante respuesta específica y; en *azul*: las Instrucciones, orientaciones o indicaciones para el entrevistador para codificar la respuesta. (Ilustración 6 e ilustración 7<sub>a-b</sub>).

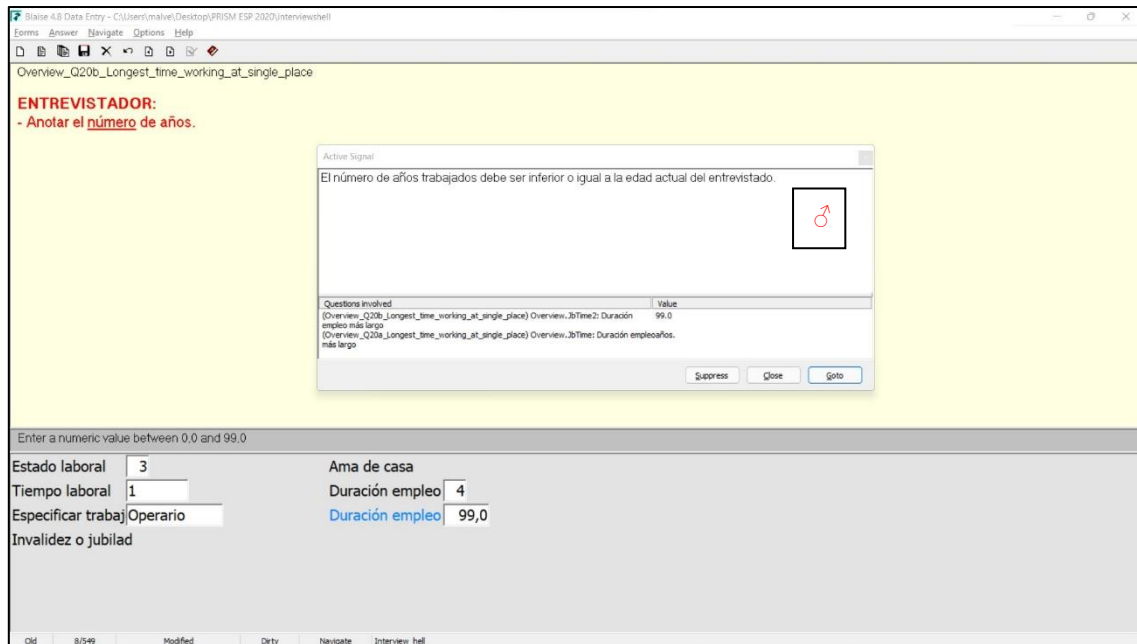
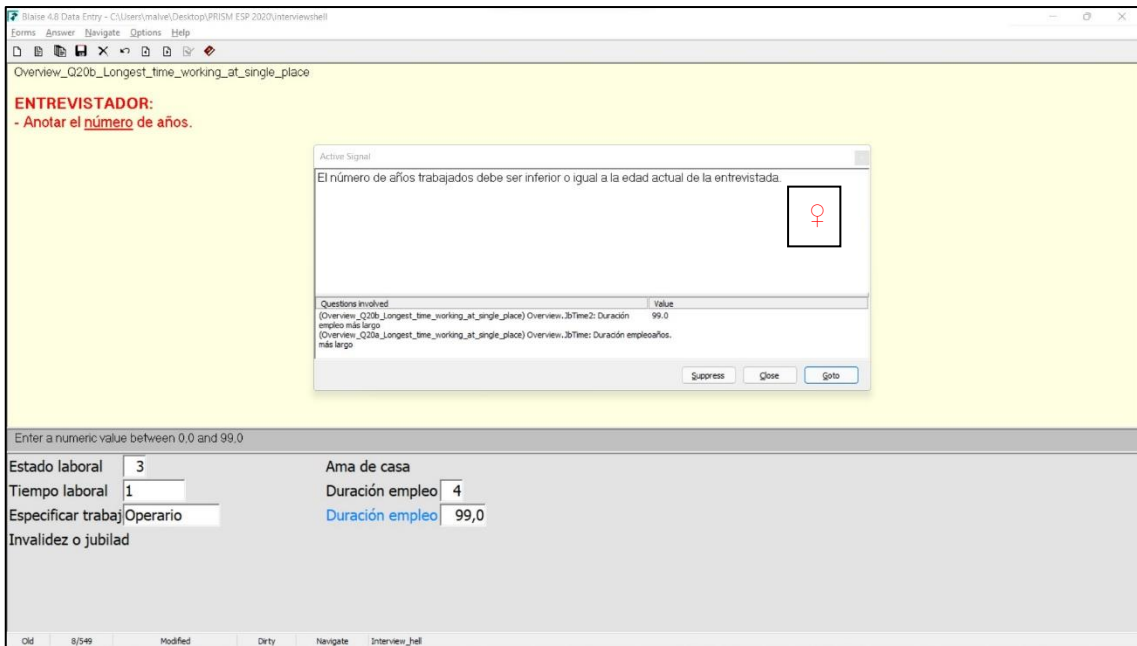


Ilustración 2<sub>a</sub>-b.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Ventana emergente tras codificación de información contradictoria que modifica la instrucción en función del género del entrevistado. Variable respuesta en formato libre numérico (“Duración empleo” en años).

SubstanceScreening\_Q1b2\_Nicotine\_screening\_ever\_in\_the\_last\_12\_months

¿Has fumado en los últimos 12 meses?

Consumo de Nicotina Alguna vez en los últ 12 meses: Sí

1. No.      3. Sí.

Nicotina Alguna v 3      Nicotina Alguna v 3  
 Últimos 12 Meses 3      Cigarrillo más   
 Años Anteriores      Último cigarrillo  
 Frecuencia fumar

SubstanceScreening\_Q1b5\_Nicotine\_screening\_for\_symptom\_inquiry

¿Cuándo fue la última vez que fumaste?

**ORIENTACIONES:**  
 - Si se ha anotado que no ha fumado en los últimos 12 meses (en Q1b2) sólo se podrá escoger "Edad".  
 - Si ha fumado en los últimos 12 meses anotar: "Meses", "Semanas", "Días" u "Horas" que hace que fumó el último cigarrillo.

1. Horas desde que se fumó el último cigarrillo      3. Semanas desde que se fumó el último cigarrillo  
 2. Días desde que se fumó el último cigarrillo      4. Meses desde que se fumó el último cigarrillo

Nicotina Alguna v 3      Nicotina Alguna v 3  
 Últimos 12 Meses 3      Cigarrillo más   
 Años Anteriores 3      Último cigarrillo  
 Frecuencia fumar

SubstanceScreening\_Q1b2\_Nicotine\_screening\_ever\_in\_the\_last\_12\_months

¿Has fumado en los últimos 12 meses?

Consumo de Nicotina Alguna vez en los últ 12 meses: No

1. No.      3. Sí.

Nicotina Alguna v 3      Nicotina Alguna v 3  
 Últimos 12 Meses 1      Cigarrillo más   
 Años Anteriores      Último cigarrillo  
 Frecuencia fumar

SubstanceScreening\_Q1b5\_Nicotine\_screening\_for\_symptom\_inquiry

¿Cuándo fue la última vez que fumaste?

**ORIENTACIONES:**  
 - Si se ha anotado que no ha fumado en los últimos 12 meses (en Q1b2) sólo se podrá escoger "Edad".  
 - Si ha fumado en los últimos 12 meses anotar: "Meses", "Semanas", "Días" u "Horas" que hace que fumó el último cigarrillo.

5. Años en que fumó el último cigarrillo.

Nicotina Alguna v 3      Nicotina Alguna v 3  
 Últimos 12 Meses 1      Cigarrillo más   
 Años Anteriores      Último cigarrillo  
 Frecuencia fumar

Ilustración 3a<sub>1-2</sub> y b<sub>1-2</sub>.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Modificación de la variable respuesta en función de la información codificada en la variable "Nicotina Alguna vez en los últimos 12 meses".



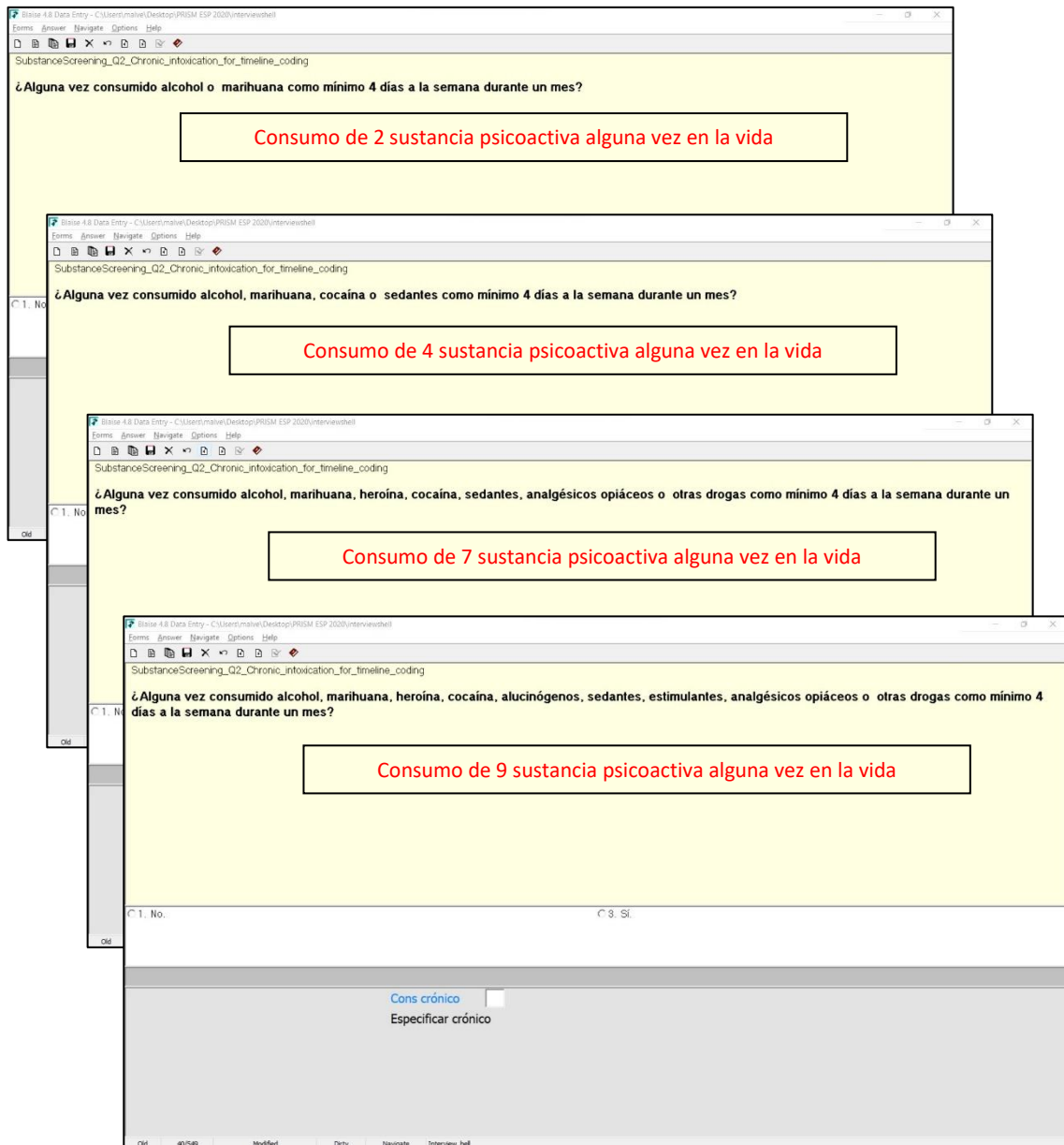


Ilustración 4<sub>1-4</sub>.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Modificación de la pregunta en función de la información codificada en las nueve variables “Consumo de Sustancia Psicoactiva Alguna vez en la vida”.

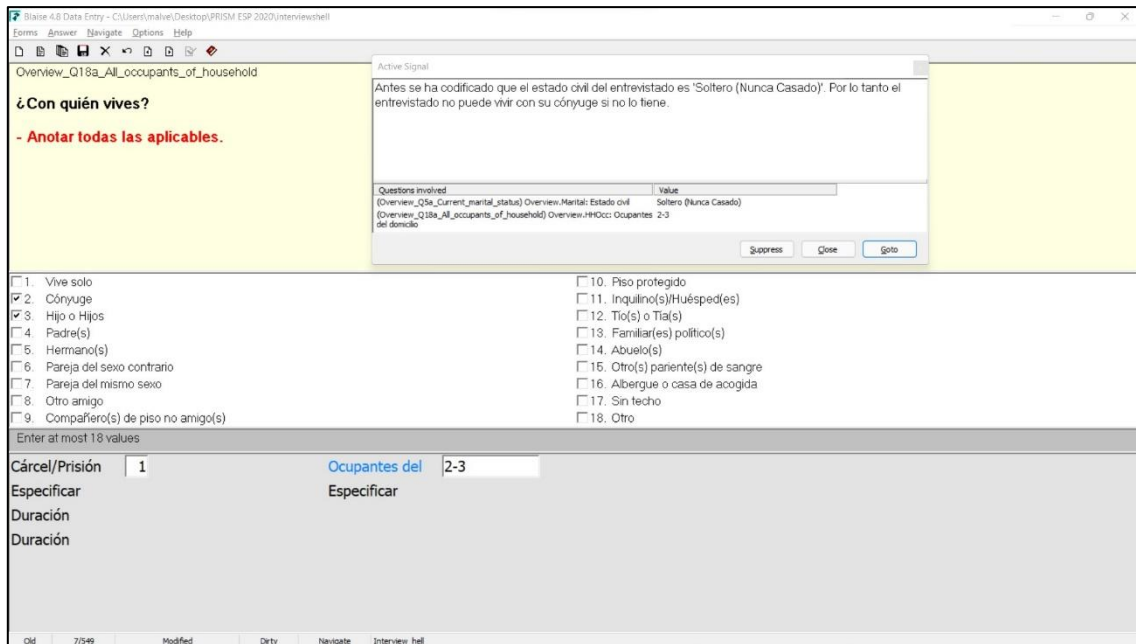


Ilustración 5.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Cuatro secciones (amarillo, blanco, gris oscuro y gris claro). Ventana emergente tras codificación de información contradictoria entre el estado civil y la unidad de convivencia. Variable respuesta nominal poltómica (“ocupantes del hogar”).



Ilustración 6.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Las preguntas para el entrevistado y las instrucciones, orientaciones e indicaciones para el entrevistador en cuatro colores (negro, rojo, verde y azul).

Blaise 4.8 Data Entry - C:\Users\malve\Desktop\PRISM ESP 2020\Interviewshell

SubstanceScreening\_Q1a8\_Alcohol\_screening\_for\_symptom\_inquiry\_Amount

**Alguna vez ¿has bebido 4 o más cervezas, copas de vino o licores (o cualquier combinación) en un solo día?**

**ORIENTACIONES:**  
- Debe haber bebido 4+ UBEs en un solo día (1 UBE=10g de alcohol, mirar tabla de correspondencias).

VINO (blanco, tinto...):	ml	UBE	CERVEZA:	ml	UBE
1 vaso	100	1	1 cañita	200	1
1 litro	1000	10	1 botella	1000	5
DESTILADOS (whisky, ron...):			JEREZ, LICOR DE FRUTAS:		
1 carajillo	25	1	1 copa	60	1
1 copa/combinado	50	2	1 botella	1000	20
1 botella	750	30			
	1000	40			

C 1. No. C 3. Sí.

Alcohol Alguna vez  +UBEs Alcohol

Últimos 12 Meses  Últimos 12 Meses

Años Anteriores  Último Mes

Años Anteriores

---

Blaise 4.8 Data Entry - C:\Users\malve\Desktop\PRISM ESP 2020\Interviewshell

**Alguna vez en tu vida, ¿algún médico te ha recetado analgésicos opiáceos (painkillers)?**  
Por ejemplo: morfina, metadona, Transtec, Adolonta...

**- Lista de ANALGÉSICOS OPIÁCEOS que requieren prescripción médica:**

Buprenorfina (Suboxone, Buprex)	Codeína comprimidos (Contugesic, Codeisan, Dolmen, Termalgin Codeína)
Codeína Jarabes (Bisoltus, Toseina)	Dextropropoxifeno (Deprancol)
Fentanil (Transtec, Durogesic, Fentanest)	Meperidina (Dolantina)
Metadona (Metasedin)	Morfina (MST continus, Sevredol, Sosegon)
Oxicodona (Tragin)	Pentazocina
Petidina (Dolantina)	Tapentadol
Tramadol (Adolonta, Zaldiar)	Otros opiáceos

C 1. No. C 3. Sí.

Años Anteriores  Más OP

Prescripción Algun

Últimos 12 Meses Últimos 12 Meses

Años Anteriores Años Anteriores

Años Anteriores Sin prescripción

Ilustración 7a-b.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). La información clínica/científica necesaria para el entrevistador en color rojo claro.

La primera interfaz que aparece al principio de la entrevista permite seleccionar las secciones que van a ser exploradas (Ilustración 8). La codificación de las respuestas se realiza en variables nominales dicotómicas (1=No; 3=Sí) (Ilustración 9) o en variables nominales politómicas (Ilustración 5) y algunas en formato de texto libre numérico o alfanumérico (ilustración 2<sub>a-b</sub>).

La PRISM 5 informatizada presenta mecanismos automatizados para minimizar los errores en la codificación de las respuestas. En el momento en el que se introduce una respuesta que se contradice con la información codificada previamente se activa una ventana emergente informando de ello y solicitando modificar la información introducida (Ilustración 2<sub>a-b</sub> e Ilustración 5).

Otra de las características de la PRISM 5 es la capacidad para diferenciar los *Trastornos Mentales Primarios* de los *Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias* y de los *Efectos Esperables* de la intoxicación aguda, dependencia o abstinencia tras el consumo de sustancias psicoactivas (Ilustración 9). La PRISM 5 realiza la exploración acerca de si el inicio de la sintomatología del trastorno coincidió con alguna enfermedad médica, con la exposición a algún tóxico o si estaba relacionada con la toma de algún tratamiento farmacológico (Ilustración 10<sub>a-c</sub>).

Los diagnósticos en la PRISM 5 se dan en 3 tiempos distintos: *últimos 30 días*, *último año* y *antes del último año*, y se dan tanto para los criterios diagnósticos del DSM 5 como para los criterios diagnósticos del DSM-IV (Ilustración 11<sub>a-c</sub>).

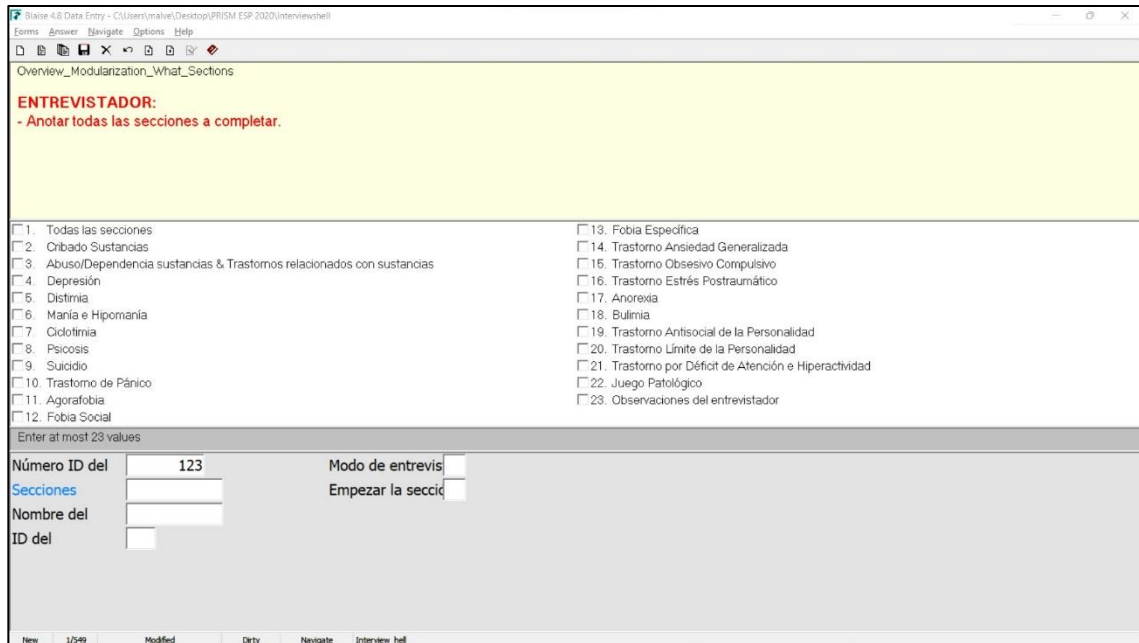


Ilustración 8.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Secciones a seleccionar en función de las características de la entrevista.

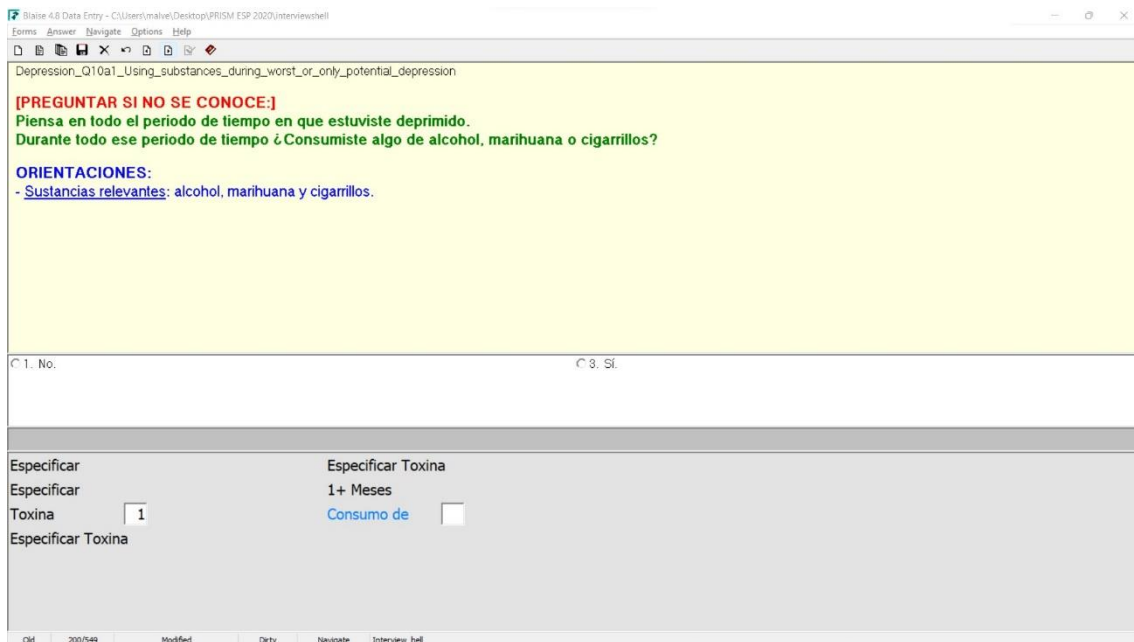


Ilustración 9.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias. Variable respuesta nominal dicotómica (“consumo de alcohol-depresión”).

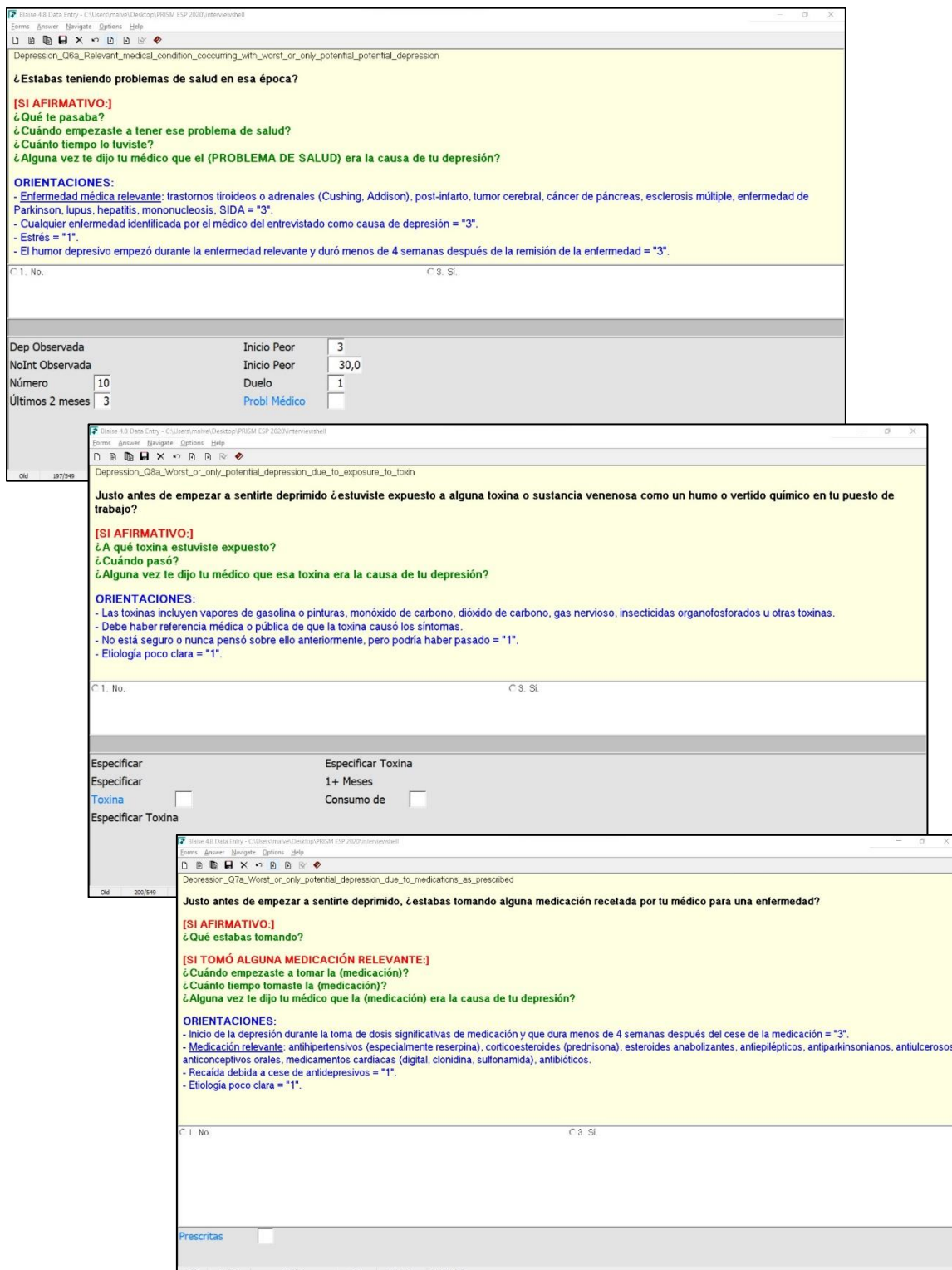


Ilustración 10a-c.- Interfaz de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Inicio de la sintomatología del Trastorno Depresivo Mayor relacionado con una enfermedad médica, con la exposición a un tóxico o con un tratamiento farmacológico.

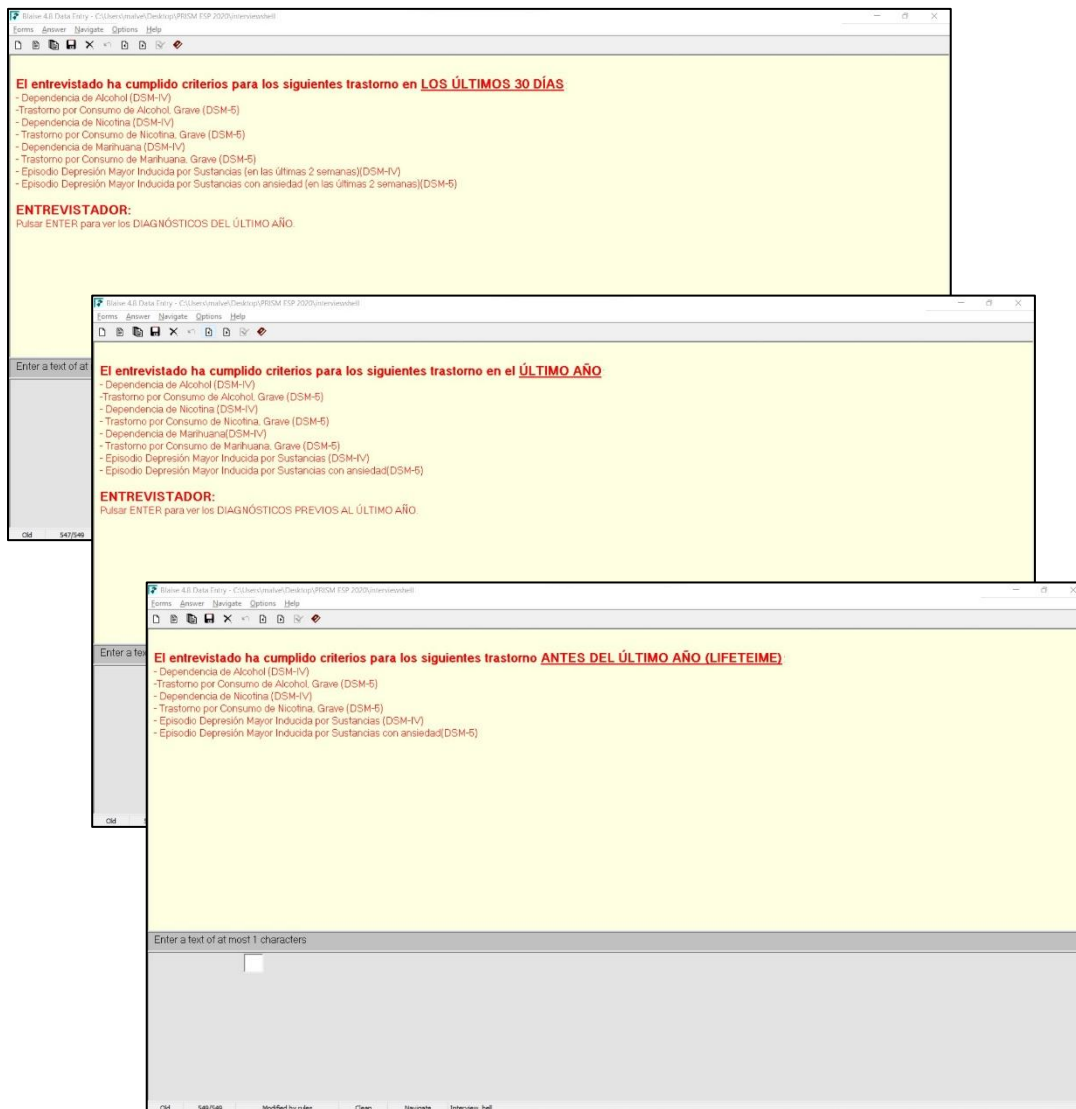


Ilustración 11a-c.- Interfaz final de la versión informatizada de la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5). Diagnósticos DSM-IV y DSM 5 "en los últimos 30 días", "en el último año" y "antes del último año".

## **6.4. Cursos PRISM-5 para la formación de entrevistadores**

Se desarrollaron 3 cursos PRISM para la formación de los entrevistadores que fueron necesarios para llevar a cabo la validación. En estos cursos participaron 18 profesionales de los centros colaboradores del estudio.

Los cursos se dividieron en 2 fases:

- la primera fase, de 20h de duración, se realizó presencialmente durante dos días y consistió en una formación tanto a nivel teórico, mediante clases, como a nivel práctico, mediante entrevistas simuladas (Anexo 12 y Anexo 13);
- en la segunda fase se evaluó una entrevista real grabada de los propios participantes en su práctica clínica habitual de la que, o bien se obtenía un informe favorable que certificaba su formación, o bien el participante debía de grabarse en una segunda entrevista para mejorar algunos aspectos clave de su administración que le permitiera obtener el certificado (Anexo 14).

## **6.5. Validación de la PRISM 5**

Finalmente, la muestra comprendió un total de 197 sujetos, mayoritariamente varones (69% hombres y 31% mujeres), con edad media de  $35,57 \pm 10$  años, la mayoría solteros ( $n=118$ , 59,9%) y con una educación secundario o mayor ( $n=122$ , 61,9%).

### **6.5.1. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos por Consumo de Sustancias**

Los *TM* que aparecen en el contexto de un *CSP* en la clasificación del DSM 5 están incluidos en el capítulo de los *Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos*. Los *Trastornos por Consumo de Sustancias* (*TCS*) y los *Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias* (*TM-IS*) componen este capítulo de los *Trastornos Relacionados con Sustancias*, mientras que el *Trastorno de Juego* es el único trastorno que se incluye en el capítulo de *Trastornos Adictivos*. En este primer apartado analizaremos los resultados obtenidos en el estudio acerca de los *TCS* (Tablas 10 y 11).

Todos los diagnósticos de los *TCS* obtuvieron una prevalencia en la muestra lo suficientemente representativa (mayor de 10) tanto en los diagnósticos PRISM actuales o pasados como en los diagnósticos LEAD actuales o pasados, a excepción del *Trastorno por Consumo de Alucinógenos actual*, del *Trastorno por Consumo de Opiáceos Legales actual y pasado* y del *Trastorno por Consumo de Anfetamínicos actual* (Tabla 10). Las prevalencias en la muestra mayores de 10 son las que permitieron realizar el análisis estadístico.

La concordancia o la confiabilidad entre los diagnósticos de los *TCS* de la PRISM 5 y los del método LEAD obtuvieron un Grado de Acuerdo entre “Bueno” ( $\kappa \in (0,61 - 0,80)$ ) y “Casi Perfecto” ( $\kappa > 0,81$ ) (Tabla 11). El Grado de Acuerdo mayor en el estudio entre los diagnósticos obtenidos (PRISM vs LEAD) fue en el *Trastorno por Consumo de Heroína pasado* con un  $\kappa=0,83$  (IC (95%): 0,74-0,92) y un Grado de Acuerdo “Casi Perfecto”. Los



demás TCS presentaron un Grado de Acuerdo “Bueno” ( $\kappa \in (0,61 - 0,80)$ ) entre los diagnósticos obtenidos mediante la PRISM 5 y los diagnósticos obtenidos por el experto mediante el método LEAD.

Varios fueron los TCS con una prevalencia en la muestra (n; %) menor de 10 (Tabla 10): el *Trastorno por Consumo de Alucinógenos actual* (1; 0,51%), el *Trastorno por Consumo de Anfetamínicos actual* (1; 0,51%) y el *Trastorno por Consumo de Opiáceos Legales actual y pasado* (2; 1,02%) y (4; 2,03%) respectivamente. Además, el *Trastorno por Consumo de Opiáceos Legales actual y pasado* presentó un valor  $\kappa=0$  (Tabla 11).

### **6.5.2. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos Inducidos por Sustancias y Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos**

En este apartado vamos a analizar los resultados obtenidos de dos amplios grupos de diagnósticos: el de los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* y el de los *Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias* (TM-IS). Los TM-IS en la clasificación del DSM 5 están incluidos junto con los TCS en el capítulo de los *Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos*.

En el estudio se tuvieron que agrupar en subgrupos por similares características clínicas varios de los diagnósticos de los *TM-IS* y varios de los diagnósticos de los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* debido a que tenían una prevalencia en la muestra menor de 10 y no alcanzaban suficiente número de diagnósticos para realizar el análisis estadístico (Tabla 10). Así, los diagnósticos de los *Trastornos del Espectro Psicótico* se agruparon en *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* y en *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias* mientras que, los diagnósticos de los Trastornos de Ansiedad, también se agruparon en *Cualquier Trastorno de Ansiedad* y en el *Trastorno de Pánico* (Tabla 11).

A excepción del *Trastorno Depresivo Persistente*, los demás diagnósticos de los *TM-IS* y de los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos*, agrupados o no agrupados, presentaron una prevalencia en la muestra mayor de 10 (Tabla 10) lo que permitió la realización del cálculo del estadístico kappa.

Algunos diagnósticos que se obtuvieron mediante la PRISM 5 entre los *TM-IS* y los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* presentaron una prevalencia en la muestra (n; %) mayor que el que se obtuvo mediante el método LEAD (Tabla 10): el *Trastorno Depresivo Mayor Primario actual* (43; 21,83%) vs (36; 18,27%), el *Trastorno Depresivo Mayor Primario pasado* (56; 28,43%) vs (48; 24,37%), el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias actual* (37; 18,78%) vs (24; 12,18%), el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias pasado* (30; 15,23%) vs (20; 10,15%), los diagnósticos del grupo *Cualquier Trastorno de Ansiedad actual* (40; 20,30%) vs (28; 14,21%) y los diagnósticos del grupo *Cualquier Trastorno de Ansiedad pasado* (49; 24,87%) vs (39; 19,80%).

Los *Trastornos de Personalidad*, dadas las características de estar presentes a lo largo de la vida adulta, sólo se obtuvo representación en la muestra mediante un grupo de valores (n; %), sin diferenciarlo entre actual y pasado.

Todos los Índices Kappa entre los diagnósticos PRISM 5 y los LEAD agrupados o no agrupados y actuales o pasados (Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos y Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias) obtuvieron un Grado de Acuerdo “Bueno” ( $\kappa \in (0,61 - 0,80)$ ), a excepción del Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias actual y del Trastorno Depresivo Persistente actual que presentaron un  $\kappa=0,6$  y  $0,59$  respectivamente con un Grado de Acuerdo “Moderado” ( $\kappa \in (0,41 - 0,60)$ ).

		Diagnóstico Actual		Diagnóstico Pasado	
		PRISM 5 (n, (%))	LEAD (n, (%))	PRISM 5 (n, (%))	LEAD (n, (%))
Trastorno por Consumo de Sustancias	Trastorno por Consumo de Alcohol	86 (43,65%)	90 (45,69%)	119 (60,41%)	119 (60,41%)
	Trastorno por Consumo de Alucinógenos	1 (0,51%)	1 (0,51%)	15 (7,61%)	13 (6,60%)
	Trastorno por Consumo de Cannabinoides	61 (31,61%)	68 (35,23%)	85 (43,15%)	89 (45,18%)
	Trastorno por Consumo de Cocaína	84 (42,64%)	77 (39,09%)	95 (48,22%)	83 (42,13%)
	Trastorno por Consumo de Heroína	28 (14,21%)	29 (14,72%)	54 (27,41%)	49 (24,87%)
	Trastorno por Consumo de Sedantes	29 (14,72%)	22 (11,17%)	34 (17,26%)	29 (14,72%)
	Trastorno por Consumo de Opiáceos Legales	2 (1,02%)	0 (0,00%)	4 (2,03%)	0 (0,00%)
	Trastorno por Consumo de Anfetamínicos	5 (2,49%)	4 (1,99%)	17 (8,63%)	13 (6,60%)
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo Mayor Primario	43 (21,83%)	36 (18,27%)	56 (28,43%)	48 (24,37%)
	Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias	37 (18,78%)	24 (12,18%)	30 (15,23%)	20 (10,15%)
	Trastorno Depresivo Persistente	6 (3,05%)	4 (2,03%)	7 (3,55%)	5 (2,54%)
Trastorno Bipolar	Manía	-	-	1 (0,51%)	1 (0,51%)
	HipoManía	-	-	6 (3,05%)	2 (1,02%)
Trastornos del Espectro Psicótico	Esquizofrenia	5 (2,54%)	6 (3,05%)	5 (2,54%)	5 (2,54%)
	Trastorno Esquizoafectivo	2 (1,02%)	1 (0,51%)	3 (1,52%)	3 (1,52%)
	Trastorno Delirante	2 (1,02%)	-	3 (1,52%)	1 (0,51%)
	Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos Primario	3 (1,52%)	1 (0,51%)	4 (2,03%)	2 (1,02%)
	Psicosis No Especificada Primaria	4 (2,03%)	6 (3,05%)	4 (2,03%)	6 (3,05%)
	Trastorno Psicótico Breve Primario	4 (2,03%)	6 (3,05%)	6 (3,05%)	7 (3,55%)
	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario	20 (10,15%)	20 (10,15%)	25 (12,69%)	24 (12,18%)
	Trastorno Esquizofreniforme Inducido por Sustancias	3 (1,52%)	-	-	-
	Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos Inducido por Sustancias	4 (2,03%)	-	2 (1,02%)	-
	Psicosis No Especificada Inducida por Sustancias	4 (2,03%)	10 (5,08%)	8 (4,06%)	9 (4,57%)
	Trastorno Psicótico Breve Inducido por Sustancias	7 (3,55%)	8 (4,06%)	16 (8,12%)	14 (7,11%)
	Cualquier Trastornos del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias	18 (9,14%)	18 (9,14%)	26 (14,13%)	23 (12,50%)
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico	21 (11,41%)	16 (8,70%)	29 (14,72%)	24 (12,18%)
	Trastorno de Ansiedad Generalizada	3 (1,52%)	2 (1,02%)	3 (1,52%)	2 (1,02%)
	Trastorno de Estrés Postraumático	3 (1,52%)	3 (1,52%)	3 (1,52%)	4 (2,03%)
	Fobia Específica	4 (2,03%)	2 (1,02%)	4 (2,03%)	2 (1,02%)
	Fobia Social	5 (2,54%)	3 (1,52%)	6 (3,05%)	5 (2,54%)
	Agorafobia	2 (1,02%)	1 (0,51%)	2 (1,02%)	1 (0,51%)
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	2 (1,02%)	1 (0,51%)	2 (1,02%)	1 (0,51%)
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	40 (20,30%)	28 (14,21%)	49 (24,87%)	39 (19,80%)
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad		16 (8,12%)	13 (6,60%)	16 (8,12%)	13 (6,60%)
Trastornos de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	14 (7,11%)	11 (5,58%)		
	Trastorno Límite de la Personalidad	31 (15,74%)	26 (13,20%)		

Tabla 10.-Prevalencia (N=197) de los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available).

		Indice Kappa (PRISM 5 vs LEAD)					
		Actual			Pasado		
		k	IC 95%	Grado de Acuerdo	k	IC 95%	Grado de Acuerdo
Trastorno por Consumo de Sustancias	Trastorno por Consumo de Alcohol	0,75	(0,66-0,85)	Bueno	0,72	(0,63-0,82)	Bueno
	Trastorno por Consumo de Alucinógenos	1	(1,00-1,00)	Muy Bueno	0,62	(0,38-0,85)	Bueno
	Trastorno por Consumo de Cannabinoides	0,76	(0,66-0,85)	Bueno	0,73	(0,64-0,83)	Bueno
	Trastorno por Consumo de Cocaína	0,76	(0,67-0,85)	Bueno	0,71	(0,62-0,81)	Bueno
	Trastorno por Consumo de Heroína	0,77	(0,64-0,90)	Bueno	0,83	(0,74-0,92)	Muy Bueno
	Trastorno por Consumo de Sedantes	0,71	(0,55-0,86)	Bueno	0,72	(0,58-0,85)	Bueno
	Trastorno por Consumo de Opiáceos Legales	0	(-1,38-1,38)	Sin acuerdo	0	(-0,97-0,97)	Sin acuerdo
	Trastorno por Consumo de Anfetamínicos	0,66	(0,28-1,04)	Bueno	0,64	(0,42-0,86)	Bueno
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo Mayor Primario	0,7	(0,57-0,83)	Bueno	0,69	(0,57-0,80)	Bueno
	Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias	0,6	(0,43-0,76)	Moderado	0,64	(0,46-0,81)	Bueno
	Trastorno Depresivo Persistente	0,59	(0,19-0,99)	Moderado	0,66	(0,32-0,99)	Bueno
HipoManía		-	-	-	0,49	(0,00-0,98)	Moderado
Trastornos del Espectro Psicótico	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario	0,67	(0,48-0,85)	Bueno	0,7	(0,54-0,86)	Bueno
	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias	0,63	(0,43-0,83)	Bueno	0,69	(0,53-0,85)	Bueno
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico	0,73	(0,56-0,90)	Bueno	0,67	(0,51-0,83)	Bueno
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	0,65	(0,50-0,79)	Bueno	0,62	(0,49-0,76)	Bueno
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad		0,67	(0,45-0,88)	Bueno	0,67	(0,45-0,88)	Bueno
Trastornos de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	0,7	(0,48-0,92)	Bueno			
	Trastorno Límite de la Personalidad	0,69	(0,54-0,84)	Bueno			

Tabla 11.- Valor Kappa (k) y su "Grado de Acuerdo" (N=197) entre los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5) y el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available).

## **6.6. PRISM-5: Validez (Sensibilidad, Especificidad), Seguridad (Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo), Razón de Verosimilitud Positiva y Razón de Verosimilitud Negativa**

En el análisis de los resultados obtenidos de la comparación entre los diagnósticos de la PRISM 5 y los diagnósticos del procedimiento LEAD, se han utilizado, junto con el Índice Kappa, los estadísticos *Sensibilidad (S)* y *Especificidad (E)*, además del *Valor Predictivo Positivo (VPP)* y del *Valor Predictivo Negativo (VPN)*. Hay que tener presente que con estos dos últimos estadísticos (VPP y VPN) se debe de tener especial cuidado en su interpretación, ya que son valores que están condicionados por la prevalencia en la muestra y, nuestra muestra, al ser de conveniencia, las prevalencias obtenidas en la misma son mayores que las poblacionales.

### **6.6.1. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos por Consumo de Sustancias**

La PRISM 5, en los *Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)*, presentó los siguientes valores en *Validez* (Tablas 12 y 13):

- La *Sensibilidad (%)* en los *TCS* actuales osciló entre 79,31%-89,61% con el *Trastorno por Consumo de Heroína* y el *Trastorno por Consumo de Cocaína* respectivamente, mientras que en los *TCS* pasados fue entre 53,85%-91,84% con el *Trastorno por Consumo de Alucinógenos* y el *Trastorno por Consumo de Heroína* respectivamente.
- La *Especificidad (%)* en los *TCS* actuales osciló entre 87,5%-94,95% con el *Trastorno por Consumo de Cocaína* y el *Trastorno por Consumo de Heroína* respectivamente, mientras que en los *TCS* pasados fue entre 82,46%-96,74% con el *Trastorno por Consumo de Cocaína* y el *Trastorno por Consumo de Alucinógenos* respectivamente.

En cuanto a la *Seguridad* la PRISM 5 presentó los siguientes valores (Tablas 14 y 15):

- El *Valor Predictivo Positivo (%)* en los *TCS* actuales osciló entre 65,52%-88,52% con el *Trastorno por Consumo de Sedantes* y el *Trastorno por Consumo de Cannabinoides* respectivamente, mientras que en los *TCS* pasados fue entre 53,85%-89,08% con el *Trastorno por Consumo de Alucinógenos* y el *Trastorno por Consumo de Alcohol* respectivamente.
- El *Valor Predictivo Negativo (%)* en los *TCS* actuales osciló entre 87,39%-98,21% con el *Trastorno por Consumo de Alcohol* y el *Trastorno por Consumo de Sedantes* respectivamente, mientras que en los *TCS* pasados fue entre 83,33%-98,33% con el *Trastorno por Consumo de Alcohol* y el *Trastorno por Consumo de Anfetamínicos* respectivamente.

Respecto a la *Razón de Verosimilitud Positiva* y a la *Razón de Verosimilitud Negativa* en la PRISM 5 encontramos como resultados (Tablas 16 y 17):

- La *Razón de Verosimilitud Positiva* (RVP) en los TCS actuales presentó valores entre 7,17-15,70, Potencia diagnóstica entre Moderada y Alta, en el *Trastorno por Consumo de Cocaína* y el *Trastorno por Consumo de Heroína* respectivamente. Y en los TCS pasados observamos valores entre 5,15-20,24, Potencia diagnóstica entre Moderada y Alta, en el *Trastorno por Consumo de Cocaína* y el *Trastorno por Consumo de Anfetamínicos* respectivamente.
- La *Razón de Verosimilitud Negativa* (RVN) en los TCS actuales presentó valores entre 0,12 (1/RVN=11) y 0,22 (1/RVN=5,09), Potencia diagnóstica entre Moderada y Baja, en el *Trastorno por Consumo de Cocaína* y el *Trastorno por Consumo de Heroína* respectivamente. Y en los TCS pasados observamos valores entre 0,09 (1/RVN=13,05) y 0,48 (1/RVN=2,24), Potencia diagnóstica entre Alta y Baja, en el *Trastorno por Consumo de Heroína* y el *Trastorno por Consumo de Alucinógenos* respectivamente.

#### **6.6.2. Trastornos Relacionados con Sustancias: Trastornos Inducidos por Sustancias y Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos**

Entre los resultados que se obtuvieron en *Validez* en la PRISM 5 en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* y en los de los *Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias* (TM-IS) tuvimos (Tablas 12 y 13):

- La *Sensibilidad* (%) en los TM-IS actuales fue de 66,67% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias* y de 83,33% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales fue entre 70%-87,5% del grupo de diagnósticos *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* y del *Trastorno de Pánico* respectivamente. En los Trastornos de la Personalidad la *Sensibilidad* (%) fue de 80,77% en el *Trastorno Límite de la Personalidad* y de 81,82% en el *Trastorno de la Personalidad Antisocial*.
- La *Sensibilidad* (%) en los TM-IS pasados fue de 78,26% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias* y de 85% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* pasados fue entre 76,92%-83,33% del *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* y del *Trastorno Depresivo Mayor Primario* respectivamente.
- La *Especificidad* (%) en los TM-IS actuales fue de 90,17% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 96,65% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales fue entre 91,93%-94,19% del *Trastorno Depresivo Mayor*

Primario y del grupo de diagnósticos *Cualquier Trastorno de Ansiedad* respectivamente. En los Trastornos de la Personalidad la *Especificidad (%)* fue de 94,15% en el *Trastorno Límite de la Personalidad* y de 97,31% en el *Trastorno de la Personalidad Antisocial*.

- La *Especificidad (%)* en los *TM-IS* pasados fue de 92,66% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 95,4% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* pasados fue entre 89,26%-96,74% del *Trastorno Depresivo Mayor Primario* y del *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* respectivamente.

Con respecto a la *Seguridad* la PRISM 5 presentó los siguientes valores (Tablas 14 y 15):

- El *Valor Predictivo Positivo (%)* en los *TM-IS* actuales fue de 54,05% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 66,67% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales fue entre 62,5%-70% del *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* y del grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* respectivamente. En los Trastornos de la Personalidad el *VPP (%)* fue de 64,29% en el *Trastorno de la Personalidad Antisocial* y de 67,74% en el *Trastorno Límite de la Personalidad*.
- El *Valor Predictivo Positivo (%)* en los *TM-IS* pasados fue de 56,67% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 69,23% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* pasados fue entre 62,5%-72% del *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* y del grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* respectivamente.
- El *Valor Predictivo Negativo (%)* en los *TM-IS* actuales fue de 96,65% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias* y de 97,5% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales fue entre 96,1%-98,77% del *Trastorno Depresivo Mayor Primario* y del *Trastorno de Pánico* respectivamente. En los Trastornos de la Personalidad el *VPN (%)* fue de 96,99% en el *Trastorno Límite de la Personalidad* y de 98,91% en el *Trastorno de la Personalidad Antisocial*.
- El *Valor Predictivo Negativo (%)* en los *TM-IS* pasados fue de 56,67% en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 69,23% en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* pasados fue entre 94,33%-98,34% del *Trastorno Depresivo Mayor*

*Primario y del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad respectivamente.*

En cuanto a la *Razón de Verosimilitud Positiva* y a la *Razón de Verosimilitud Negativa* la PRISM 5 presentó como resultados (Tablas 16 y 17):

- La *Razón de Verosimilitud Positiva (RVP)* en los *TM-IS* actuales presentó valores de 8,48, Potencia diagnóstica Moderada, en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 19,90, Potencia diagnóstica Alta, en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales presentó resultados entre 10,33 y 30,42, Potencia diagnóstica Alta, en el *Trastorno Depresivo Mayor Primario* y el *Trastorno de la Personalidad Antisocial* respectivamente.
- La *Razón de Verosimilitud Positiva (RVP)* en los *TM-IS* pasados presentó valores de 11,58, Potencia diagnóstica Alta, en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 17,01, Potencia diagnóstica Alta, en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales presentó resultados entre 7,76 y 23,60, Potencia diagnóstica Moderada-Alta, en el *Trastorno Depresivo Mayor Primario* y en el *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* respectivamente.
- La *Razón de Verosimilitud Negativa (RVN)* en los *TM-IS* actuales encontramos valores de 0,18 (1/RVN=6,65), Potencia diagnóstica Moderada, en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 0,34 (1/RVN=3,10), Potencia diagnóstica Baja, en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales se observaron resultados entre 0,13 (1/RVN=8,35) y 0,25 (1/RVN=4,42), Potencia diagnóstica Moderada-Baja, en el *Trastorno de Pánico* y en el grupo de *Cualquier Trastorno de Ansiedad* respectivamente.
- La *Razón de Verosimilitud Negativa (RVN)* en los *TM-IS* pasados presentó valores de 0,16 (1/RVN=7,19), Potencia diagnóstica Moderada, en el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y de 0,23 (1/RVN=4,82), Potencia diagnóstica Baja, en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias*, mientras que en los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* actuales presentó resultados entre 0,19 (1/RVN=6,72), y 0,26 (1/RVN=4,17), Potencia diagnóstica Moderada-Baja, en el *Trastorno Depresivo Mayor Primario* y en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* respectivamente.



		Sensibilidad			
		Actual		Pasado	
		S (%)	IC 95%	S (%)	IC 95%
Trastorno por Consumo de Sustancias	Trastorno por Consumo de Alcohol	84,44	75,28-91,23	89,08	82,04-94,05
	Trastorno por Consumo de Alucinógenos	-	-	53,85	25,13-80,78
	Trastorno por Consumo de Cannabinoides	79,41	67,88-88,26	83,15	73,73-90,25
	Trastorno por Consumo de Cocaína	89,61	80,55-95,41	90,36	81,89-95,75
	Trastorno por Consumo de Heroína	79,31	60,28-92,01	91,84	80,4-97,73
	Trastorno por Consumo de Sedantes	86,36	65,09-97,09	82,76	64,23-94,15
	Trastorno por Consumo de Anfetamínicos	-	-	76,92	46,19-94,96
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo Mayor Primario	83,33	67,19-93,63	83,33	69,78-92,52
	Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias	83,33	62,62-95,26	85	62,11-96,79
Trastornos del Espectro Psicótico	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario	70	45,72-88,11	75	53,29-90,23
	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias	66,67	40,99-86,66	78,26	56,3-92,54
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico	87,5	61,65-98,45	79,17	57,85-92,87
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	76	54,87-90,64	79,17	57,85-92,87
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad		76,92	46,19-94,96	76,92	46,19-94,96
Trastornos de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	81,82	48,22-97,72		
	Trastorno Límite de la Personalidad	80,77	60,65-93,45		

Tabla 12.- Sensibilidad (S) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)

		Especificidad			
		Actual		Pasado	
		E (%)	IC 95%	E (%)	IC 95%
Trastorno por Consumo de Sustancias	Trastorno por Consumo de Alcohol	90,65	83,48-95,43	83,33	73,19-90,82
	Trastorno por Consumo de Alucinógenos	-	-	96,74	93,04-98,79
	Trastorno por Consumo de Cannabinoides	94,57	89,14-97,79	89,81	82,51-94,8
	Trastorno por Consumo de Cocaína	87,5	80,22-92,83	82,46	74,21-88,94
	Trastorno por Consumo de Heroína	94,95	88,61-98,34	93,92	88,77-97,18
	Trastorno por Consumo de Sedantes	94,29	89,74-97,23	94,05	89,33-97,11
	Trastorno por Consumo de Anfetamínicos	-	-	96,2	92,32-98,46
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo Mayor Primario	91,93	86,59-95,63	89,26	83,15-93,74
	Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias	90,17	84,73-94,17	92,66	87,77-96,03
Trastornos del Espectro Psicótico	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario	96,61	92,77-98,75	95,95	91,84-98,36
	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias	96,65	92,85-98,76	95,4	91,14-97,99
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico	95,83	91,6-98,31	94,22	89,63-97,19
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	94,19	89,57-97,18	94,22	89,63-97,19
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad		96,74	93,04-98,79	96,74	93,04-98,79
Trastornos de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	97,31	93,84-99,12		
	Trastorno Límite de la Personalidad	94,15	89,51-97,16		

Tabla 13.- Especificidad (E) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)

		VPP			
		Actual		Pasado	
		VPP (%)	IC 95%	VPP (%)	IC 95%
Trastorno por Consumo de Sustancias	Trastorno por Consumo de Alcohol	88,37	79,65-94,28	89,08	82,04-94,05
	Trastorno por Consumo de Alucinógenos	-	-	53,85	25,13-80,78
	Trastorno por Consumo de Cannabinoides	88,52	77,78-95,26	87,06	78,02-93,36
	Trastorno por Consumo de Cocaína	82,14	72,26-89,65	78,95	69,38-86,64
	Trastorno por Consumo de Heroína	82,14	63,11-93,94	83,33	70,71-92,08
	Trastorno por Consumo de Sedantes	65,52	45,67-82,06	70,59	52,52-84,9
	Trastorno por Consumo de Anfetamínicos	-	-	58,82	32,92-81,56
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo Mayor Primario	69,77	53,87-82,82	71,43	57,79-82,7
	Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias	54,05	36,92-70,51	56,67	37,43-74,54
Trastornos del Espectro Psicótico	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario	70	45,72-88,11	72	50,61-87,93
	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias	66,67	40,99-86,66	69,23	48,21-85,67
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico	66,67	43,03-85,41	65,52	45,67-82,06
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	65,52	45,67-82,06	65,52	45,67-82,06
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad		62,5	35,43-84,8	62,5	35,43-84,8
Trastornos de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	64,29	35,14-87,24		
	Trastorno Límite de la Personalidad	67,74	48,63-83,32		

Tabla 14.- Valor Predictivo Positivo (VPP) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)

		VPN			
		Actual		Pasado	
		VPN (%)	IC 95%	VPN (%)	IC 95%
<b>Trastorno por Consumo de Sustancias</b>	<b>Trastorno por Consumo de Alcohol</b>	87,39	79,74-92,93	83,33	73,19-90,82
	<b>Trastorno por Consumo de Alucinógenos</b>	-	-	96,74	93,04-98,79
	<b>Trastorno por Consumo de Cannabinoides</b>	89,71	83,33-94,26	86,61	78,87-92,31
	<b>Trastorno por Consumo de Cocaína</b>	92,92	86,53-96,89	92,16	85,13-96,55
	<b>Trastorno por Consumo de Heroína</b>	94	87,4-97,77	97,2	92,99-99,23
	<b>Trastorno por Consumo de Sedantes</b>	98,21	94,87-99,63	96,93	92,99-99,0
	<b>Trastorno por Consumo de Anfetamínicos</b>	-	-	98,33	95,21-99,65
<b>Trastorno Depresivo</b>	<b>Trastorno Depresivo Mayor Primario</b>	96,1	91,71-98,56	94,33	89,13-97,52
	<b>Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias</b>	97,5	93,72-99,31	98,2	94,84-99,63
<b>Trastornos del Espectro Psicótico</b>	<b>Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario</b>	96,61	92,77-98,75	96,51	92,56-98,71
	<b>Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias</b>	96,65	92,85-98,76	97,08	93,31-99,04
<b>Trastornos de Ansiedad</b>	<b>Trastorno de Pánico</b>	98,77	95,64-99,85	97,02	93,19-99,03
	<b>Cualquier Trastorno de Ansiedad</b>	96,43	92,39-98,68	97,02	93,19-99,03
<b>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad</b>		98,34	95,23-99,66	98,34	95,23-99,66
<b>Trastornos de la Personalidad</b>	<b>Trastorno de la Personalidad Antisocial</b>	98,91	96,11-99,87		
	<b>Trastorno Límite de la Personalidad</b>	96,99	93,11-99,01		

Tabla 15.- Valor Predictivo Negativo (VPN) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5).

		RVP			
		Actual		Pasado	
		RVP	Potencia Diagnóstica	RVP	Potencia Diagnóstica
Trastorno por Consumo de Sustancias	Trastorno por Consumo de Alcohol	9,03	Moderada	5,34	Moderada
	Trastorno por Consumo de Alucinógenos	-	-	16,52	Alta
	Trastorno por Consumo de Cannabinoides	14,62	Alta	8,16	Moderada
	Trastorno por Consumo de Cocaína	7,17	Moderada	5,15	Moderada
	Trastorno por Consumo de Heroína	15,70	Alta	15,11	Alta
	Trastorno por Consumo de Sedantes	15,12	Alta	13,91	Alta
	Trastorno por Consumo de Anfetamínicos	-	-	20,24	Alta
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo Mayor Primario	10,33	Alta	7,76	Moderada
	Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias	8,48	Moderada	11,58	Alta
Trastornos del Espectro Psicótico	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario	20,65	Alta	18,52	Alta
	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias	19,90	Alta	17,01	Alta
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico	20,98	Alta	13,70	Alta
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	13,08	Alta	13,70	Alta
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad		23,60	Alta	23,60	Alta
Trastornos de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	30,42	Alta		
	Trastorno Límite de la Personalidad	13,81	Alta		

Tabla 16.- Razón de Verosimilitud Positiva (RVP) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5).

		RVN					
		Actual			Pasado		
		RVN	Potencia Diagnóstica	1/RVN	RVN	Potencia Diagnóstica	1/RVN
Trastorno por Consumo de Sustancias	Trastorno por Consumo de Alcohol	0,17	Moderada	7,09	0,13	Moderada	10,99
	Trastorno por Consumo de Alucinógenos	-	-	-	0,48	Baja	2,24
	Trastorno por Consumo de Cannabinoides	0,22	Baja	5,14	0,19	Moderada	6,61
	Trastorno por Consumo de Cocaína	0,12	Moderada	11,00	0,12	Moderada	12,58
	Trastorno por Consumo de Heroína	0,22	Baja	5,09	0,09	Alta	13,05
	Trastorno por Consumo de Sedantes	0,14	Moderada	7,78	0,18	Moderada	6,17
	Trastorno por Consumo de Anfetamínicos	-	-	-	0,24	Baja	4,50
Trastorno Depresivo	Trastorno Depresivo Mayor Primario	0,18	Moderada	6,53	0,19	Moderada	6,72
	Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias	0,18	Moderada	6,65	0,16	Moderada	7,19
Trastornos del Espectro Psicótico	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario	0,31	Baja	3,45	0,26	Baja	4,17
	Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias	0,34	Baja	3,10	0,23	Baja	4,82
Trastornos de Ansiedad	Trastorno de Pánico	0,13	Moderada	8,35	0,22	Baja	5,10
	Cualquier Trastorno de Ansiedad	0,25	Baja	4,42	0,22	Baja	5,10
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad		0,24	Baja	4,48	0,24	Baja	4,48
Trastornos de la Personalidad	Trastorno de la Personalidad Antisocial	0,19	Moderada	5,65			
	Trastorno Límite de la Personalidad	0,20	Baja	5,52			

Tabla 17.- Razón de Verosimilitud Negativa (RVN) (N=197) en los Trastornos (actuales y pasados) obtenidos mediante la PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5).

# 7. DISCUSIÓN

Tras comparar los resultados obtenidos mediante el procedimiento LEAD como "gold standard" y la versión informatizada al español de la PRISM 5 podemos afirmar que la PRISM 5 ha obtenido unos buenos índices de concordancia Kappa y que por lo tanto es una entrevista semiestructurada válida para realizar diagnósticos de *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos en pacientes con TCS*. Los mejores resultados los hemos encontrado en: el *Trastorno Depresivo Mayor Primario*, el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias pasado*, el *Trastorno Depresivo Persistente pasado*, los diagnósticos del grupo *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primarios*, los diagnósticos del grupo *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducidos por Sustancias*, el *Trastorno de Pánico*, el *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*, el *Trastorno de Personalidad Antisocial* y el *Trastorno Límite de la Personalidad*.

La hipótesis de nuestro estudio consistía en que los índices de concordancia entre los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista PRISM 5 y los diagnósticos obtenidos mediante el método LEAD debían de presentar un valor kappa  $\geq 0,7$ . En los resultados que hemos obtenido encontramos este valor Kappa de la hipótesis principal del estudio en la mayoría de los *Trastornos por Consumo de Sustancias actuales y pasados*, en el *Trastorno Depresivo Mayor Primario actual*, en los diagnósticos del grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario pasado*, en el *Trastorno de Pánico actual* y en el *Trastorno de la Personalidad Antisocial* (Tabla 11), por lo que podemos afirmar que podemos aceptar la hipótesis principal del estudio para estos diagnósticos al presentar un valor kappa  $\geq 0,7$ .

El objetivo principal de nuestro estudio consistía en obtener una versión informatizada al español de la entrevista psiquiátrica PRISM para los criterios diagnósticos del DSM 5. El proceso de validación al español de la entrevista PRISM-5 se llevó a cabo en varias fases. La primera de ellas consistió en revisar los cambios que se habían producido en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y el DSM 5. Con posterioridad se revisó la versión original de la entrevista PRISM 5 para evaluar su implementación y se compararon las versiones originales de la PRISM-IV y de la PRISM 5 para detectar los cambios necesarios que se debían realizar en los módulos de la entrevista PRISM-IV en castellano en función de las diferencias que se habían detectado en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y el DSM 5 y, para finalizar, se llevó a cabo la traducción, retrotraducción y adaptación cultural al español de la nueva PRISM 5. Tras estos primeros pasos se desarrolló la versión informatizada. La informatización de una entrevista garantiza una serie de ventajas con respecto a su homónima en papel.

En el estudio de informatización de la SCID-5, la Net-SCID, llevado a cabo por Brodey y su grupo en una muestra de 150 participantes con diagnóstico de *Trastorno Mental*, se obtuvo como resultado que la NetSCID, en comparación con la SCID en papel, dio lugar a muchos menos errores en la introducción de datos y en los procesos de ramificación de las preguntas y los clínicos entrevistadores prefirieron utilizarla al considerar que era más fácil de administrar. Esta disminución de errores en la introducción de datos y en los procesos de ramificación de las preguntas garantizó una disminución en el número de errores diagnósticos asociados a la administración de la SCID (Brodey et al. 2016). Con la implementación informática de la PRISM se ha conseguido una mejora importante en la precisión y en el proceso de valoración diagnóstica con respecto a la PRISM de papel, garantizándose una menor probabilidad de cometer errores durante su



administración. En la prueba piloto de la PRISM 5 informatizada los entrevistadores presentaron la misma opinión que los de la NetSCID mediante la que expresaban su preferencia por la versión informatizada de la entrevista en lugar de la versión en papel por la mayor facilidad a la hora de administrarla.

Al comparar los resultados obtenidos en nuestro estudio con los de la PRISM-IV (Torrens et al. 2004) lo primero que destaca es que la muestra del estudio de validación de la PRISM 5 es mayor (N=197) que la del estudio de validación de la PRISM-IV (N=105). Esto permite que el tamaño de los subgrupos de cada diagnóstico específico también sea mayor y que, por ello, los resultados obtenidos por la PRISM 5 tengan una mayor potencia estadística.

En el estudio el *Trastornos por Consumo de Opiáceos Legales* destaca por presentar un Grado de Acuerdo "Sin acuerdo" que puede quedar justificado por el número de diagnósticos que presenta (n; %) entre los diagnósticos LEAD tanto actuales como pasados (0; 0%).

Los diagnósticos de los *Trastornos por Consumo de Sustancias* de la PRISM 5 presenta resultados muy similares, con escasas diferencias, con los diagnósticos de los *Trastornos por Dependencia de Sustancias* de la PRISM-IV. En la PRISM-IV los *Trastornos por Dependencia de Cocaína* y de *Heroína actuales* tienen mejores resultados con un Grado de Acuerdo "Casi Perfecto" que los *Trastornos por Consumo de Cocaína* y de *Heroína actuales* de la PRISM-5 con un Grado de Acuerdo "Bueno". El *Trastorno por Dependencia de Alucinógenos*, tanto *actual* como *pasado*, el de *Anfetamínicos actual* y el de *Sedantes pasado* no presentan resultados en la PRISM-IV mientras que, la PRISM-5 sí que los presenta en sus versiones del DSM 5 de *Trastorno por Consumo de Alucinógenos*, de *Anfetamínicos* y de *Sedantes*, *actuales* y *pasados*. La PRISM 5 tiene además un mejor Grado de Acuerdo del valor kappa que la PRISM-IV en los diagnósticos de *Trastorno por Consumo de Cannabinoides* y de *Anfetamínicos pasados* ("Bueno" vs "Moderado") (Torrens et al. 2004).

En los *Trastornos Depresivos* encontramos que tanto la PRISM 5 como la PRISM-IV (Torrens et al. 2004) presentan un valor kappa con un mismo Grado de Acuerdo ("Bueno") en el *Trastorno Depresivo Mayor Primario actual* y *pasado* sin embargo, observamos mejores resultados en la PRISM 5 que en la PRISM-IV en el Grado de Acuerdo del valor kappa del *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias*, tanto *actual* ("Moderado" vs "Bajo") como *pasado* ("Bueno" vs "Bajo").

En los *Trastornos del Espectro Psicótico* sólo es destacable que en nuestro estudio sí que se encontraron resultados en los *Trastornos del Espectro Psicótico Inducidos por Sustancias actuales* mientras que, la PRISM-IV no presentaba resultados en este grupo diagnóstico (Torrens et al. 2004). No se observan mayores diferencias en el resto de los diagnósticos.

Las diferencias son muy escasas en los resultados de los índices de concordancia kappa en los *Trastornos de Ansiedad* entre la PRISM 5 y la PRISM-IV (Torrens et al. 2004). Tan sólo cabe destacar un Grado de Acuerdo "Casi Perfecto" en la PRISM-IV vs "Bueno" en la PRISM 5 en el *Trastorno de Pánico*.

El *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* es otro diagnóstico que no presentaba resultados en el estudio de la PRISM-IV (Torrens et al. 2004), sin embargo sí que los hemos obtenido en nuestro estudio con un Grado de Acuerdo “Bueno”.

Con respecto a los *Trastornos de Personalidad* se observa una similar capacidad diagnóstica entre la PRISM 5 y la PRISM-IV del estudio de Torrens y su grupo.

Algunos diagnósticos obtenidos mediante la PRISM 5 entre los *TM-IS* y los *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos* presentan una prevalencia en la muestra mayor que la que se obtenida mediante el método LEAD (Tabla 10). Destacan principalmente el *Trastorno Depresivo Mayor Primario*, el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* y los diagnósticos del grupo *Cualquier Trastorno de Ansiedad actual*. Esta diferencia ya se detectó en estudios previos como en el de Torrens y su grupo (Torrens et al. 2004) en donde se interpretó como probablemente relacionado con la estructura de la entrevista PRISM en contraposición a la evaluación clínica no estructurada del método LEAD. En cuanto a la diferencia en los diagnósticos del *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias*, se consideró que el mayor número de diagnósticos obtenidos por la PRISM respecto al procedimiento LEAD podía ser explicado como un efecto de sobrediagnóstico de la PRISM, sin embargo se puntualizó que también podría ser interpretado como un efecto de infradiagnóstico del experto al aplicar el método LEAD dado que al no poseer directrices específicas podría tender a evaluar los síntomas depresivos como efectos esperados del uso crónico de sustancias e infradiagnosticar el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* (Torrens et al. 2004).

En el estudio de Fiabilidad Test-retest llevado a cabo por la Dra. Hasin y su grupo en 565 participantes con *Trastorno por Consumo de Sustancias* a los que se les administró la PRISM 5 en dos tiempos diferentes (Test-retest) (Hasin et al. 2020) observamos que la Fiabilidad o Grado de Acuerdo del índice kappa de los *Trastornos por Consumo de Sustancias actuales*, al compararlos con los resultados obtenidos en nuestro estudio, es similar en el *Trastornos por Consumo de Alcohol* y en el *Trastornos por Consumo de Cannabinoides* (Grado de Acuerdo “Bueno”) sin embargo, mejora el resultado obtenido en nuestro estudio en el *Trastorno por Consumo de Alucinógenos* (Grado de Acuerdo “Casi Perfecto” vs “Moderado”), en el *de Anfetamínicos* y en el *de Sedativos* (ambos con Grado de Acuerdo “Bueno” vs “Moderado”). Para los *Trastornos por Consumo de Sustancias pasados* la Fiabilidad o Grado de Acuerdo es el mismo en el *Trastornos por Consumo de Alcohol*, en el *de Cannabinoides*, en el *de Cocaína*, en el *de Sedativos* (Grado de Acuerdo “Bueno”) y en el *de Heroína* (Grado de Acuerdo “Casi Perfecto”), pero mejora los resultados obtenidos en nuestro estudio en el *Trastorno por Consumo de Alucinógenos* y en el *de Estimulantes* (ambos con Grado de Acuerdo “Bueno” vs “Moderado”).

Al comparar los resultados de nuestro estudio con los obtenidos por la SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version) (Osório et al. 2019) en un estudio de Fiabilidad inter-observador test-retest en 180 participantes con diagnóstico psiquiátrico en el que se utilizó como método estadístico el Grado de Acuerdo del Índice kappa, la Sensibilidad y la Especificidad, la primera diferencia que encontramos es que mientras que en la PRISM 5, en el *Trastorno por Consumo de*

*Sustancias*, se han obtenido resultados con 8 sustancias diferentes (alcohol, alucinógenos, cannabinoides, cocaína, heroína, sedantes, opiáceos legales, anfetamínicos), en el estudio de la SCID-5-CV tan sólo presentaron resultados en el *Trastorno por Consumo de Alcohol* (17; 9,4%), agrupando el resto de *Trastornos por Consumo de Sustancias* en 2 diagnósticos: *Trastornos por Consumo de Sustancias No Alcohólicas* (18; 10%) y *Cualquier Trastorno por Consumo de Sustancias Alcohólicas o No Alcohólicas* (28; 15,6%). El Coeficiente kappa obtenido para el *Trastorno por Consumo de Alcohol* ha sido mejor para la PRISM 5 que para la SCID-5-CV, ya que en éste es de 0,55 (Grado de Acuerdo “Moderado”) mientras que en nuestro estudio el *Trastorno por Consumo de Alcohol actual y pasado* presentaron un Coeficiente kappa de 0,75 y 0,72 respectivamente (Grado de Acuerdo “Bueno”) para ambos). Respecto a la validez de los TCS en la SCID-5-CV encontramos valores de 0,88 en *Sensibilidad* y de 0,98 en *Especificidad* en el *Trastorno por Consumo de Alcohol*, de 1,00 en *Sensibilidad* y de 0,99 en *Especificidad* en los *Trastornos por Consumo de Sustancias No Alcohólicas* y de 0,90 en *Sensibilidad* y de 0,99 en *Especificidad* en el grupo de *Cualquier Trastorno por Consumo de Sustancias Alcohólicas o No Alcohólicas*. Comparando estos valores en validez con los de nuestro estudio, la SCID-5 obtiene similares resultados en *Sensibilidad*, sin embargo, son mejores en *Especificidad* para el SCID-5 (Tablas 12 y 13).

En el estudio de *Fiabilidad* de la SCID-5-CV (Osório et al. 2019) tan sólo presentaron en resultados como único *Trastorno Inducido por Sustancias* el *Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias*, pero sin valor de Coeficiente kappa. Una explicación a la ausencia de valor kappa podría ser por la escasa prevalencia que presentaba en la muestra (n=3; 1,7%). En la PRISM 5 encontramos como *Trastornos Inducido por Sustancias* el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias actual y pasado*, con valores kappa de 0,6 y de 0,64 y Grado de Acuerdo “Moderado” y “Bueno” respectivamente, y los del grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Inducido por Sustancias actual y pasado*, con valores kappa de 0,63 y de 0,69 respectivamente y Grado de Acuerdo “Bueno” en ambos.

Sin embargo, en este estudio de *Fiabilidad* de la SCID-5 (Osório et al. 2019) encontramos valores kappa > 0,80 (Grado de Acuerdo “Casi Perfecto”) en diagnósticos específicos tales como: *Trastorno Bipolar I* ( $\kappa=0,96$ ), *Trastorno Bipolar II* ( $\kappa=1,00$ ), *Esquizofrenia* ( $\kappa=0,92$ ), *Trastorno Obsesivo Compulsivo* ( $\kappa=0,89$ ), *Trastorno de Estrés Postraumático* ( $\kappa=0,84$ ) y *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* ( $\kappa=0,83$ ), mientras que en nuestro estudio de validación de la PRISM 5 estos diagnósticos de: *Trastorno Bipolar I*, *Trastorno Bipolar II*, *Esquizofrenia*, *Trastorno Obsesivo Compulsivo* y *Trastorno de Estrés Postraumático*, carecen de valor kappa al no haberse podido calcular debido a la pequeña/ausencia prevalencia en la muestra de esos diagnósticos específicos; el *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* en nuestro estudio sí que presenta un valor de kappa ( $\kappa=0,67$ ) con un Grado de Acuerdo peor que el obtenido en el estudio de la SCID-5-CV (Grado de Acuerdo “Bueno” vs “Casi Perfecto” respectivamente).

En cuanto a los *Trastornos Depresivos*, en la SCID-5-CV, el *Trastorno Depresivo Mayor actual y pasado*, al igual que en la PRISM 5, presentan un Grado de Acuerdo “Bueno” ( $\kappa=0,61-0,80$ ), mientras que el *Trastorno Depresivo Persistente* presenta peores resultados en el estudio de la SCID-5-CV que en nuestro estudio con valores de kappa de 0,46 vs 0.6 y Grado de Acuerdo “Moderado” vs “Bueno” respectivamente.

Estas diferencias detectadas entre la SCID-5-CV y la PRISM 5 en los *Trastorno por Consumo de Sustancias* y los *Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias* o en algunos diagnósticos específicos que hemos citado como el *Trastorno Bipolar I*, el *Trastorno Bipolar II*, la *Esquizofrenia*, el *Trastorno Obsesivo Compulsivo* y el *Trastorno de Estrés Postraumático*, son debidas a la pequeña prevalencia en la muestra de los subgrupos diagnósticos. Encontramos como posible explicación las características de la población en la que se administraron las respectivas entrevistas. El estudio de la PRISM 5 fue realizado en un ámbito asistencial en el que predominaba la población de pacientes con *Trastornos Mentales Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos con/sin otros Diagnóstico Comórbidos en Patología Dual*. Sin embargo, el estudio de la SCID-5 difiere en que, aunque también ha sido desarrollado en un ámbito asistencial, en éste predominaba una población de pacientes con *Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias ni con los Trastornos Adictivos*. Esto explicaría la pequeña prevalencia en la muestra de los subgrupos diagnósticos en cada uno de los estudios teniendo que ser agrupados en grupos de diagnósticos específicos de similares características clínicas para obtener un grupo con un mayor número de diagnósticos que tenga la suficiente potencia estadística para permitir el análisis estadístico con el estadístico índice kappa.

En otro estudio de Fiabilidad de la SCID-5-CV con 245 participantes con diagnóstico psiquiátrico (Shabani et al. 2021) en el que se utilizó como método estadístico la Sensibilidad, la Especificidad, la Razón de Verosimilitud Positiva, la Razón de Verosimilitud Negativa y el Grado de Acuerdo del Índice kappa entre los diagnósticos obtenidos con la propia SCID-5-CV y los diagnósticos obtenidos por un procedimiento similar al del método LEAD, y en el que se presentaron los resultados por agrupaciones diagnósticas siguiendo como referencia los capítulos del DSM-5, se obtuvieron como resultados un Grado de Acuerdo del índice kappa “Casi Perfecto” en la agrupación diagnóstica del “*Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*”; un Grado de Acuerdo “Bueno” en las agrupaciones diagnósticas: “*Trastorno Bipolar y Trastornos Relacionados*”, “*Trastornos Depresivos*”, “*Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos*” y “*Trastorno Obsesivo Compulsivo*”; y un Grado de Acuerdo “Moderado” en la agrupación diagnóstica “*Trastornos de Ansiedad*”. Si comparamos estos resultados con los obtenidos por la PRISM 5 observamos que la PRISM 5 presenta peor Grado de Acuerdo “Bueno” vs “Casi Perfecto” en la agrupación diagnóstica “*Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico*”; un idéntico Grado de Acuerdo “Bueno” en las agrupaciones diagnósticas “*Trastornos Depresivos*” y “*Trastornos por Consumo de Sustancias*”; y un mejor resultado en los “*Trastornos de Ansiedad*” con un Grado de Acuerdo “Bueno” vs “Moderado”. En cuanto a la validez, en este estudio la SCID-5-CV obtiene en *Sensibilidad* valores que van de 0.82 (*Trastorno Bipolar y Trastornos Relacionados y Trastorno Obsesivo Compulsivo*) a 0.94 (*Trastornos de Ansiedad*); y en *Especificidad* la SCID-5-CV obtiene valores que van de 0.78 (*Trastornos de Ansiedad*) a 0.98 (*Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*). En nuestro estudio, en comparación con estos resultados obtenidos por la SCID-5-CV, la PRISM 5 presenta peores resultados en Sensibilidad en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* y en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno de Ansiedad*, sin embargo, presentan similares valores en Sensibilidad en el grupo de diagnósticos de *Trastornos Depresivos* y en el de *Trastorno por Consumo de Sustancias*; en *Especificidad* la PRISM 5 presenta similares resultados en el grupo de diagnósticos de

*Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* y en el grupo de diagnósticos de *Trastornos por Consumo de Sustancias*, sin embargo, la PRISM 5 presenta mejores valores en el grupo de diagnósticos de *Trastornos Depresivos* y en el de *Cualquier Trastorno de Ansiedad*. Si comparamos los estadísticos de la Razón de Verosimilitud Positiva (RVP) y la Razón de Verosimilitud Negativa (RVN) en donde la SCID-5-CV obtiene valores en la RVP entre 4.27 y 44.5 en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno de Ansiedad* y en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* respectivamente, mientras que en la RVN presentó resultados entre 0.07 y 0.19 en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno de Ansiedad* y en el grupo de diagnósticos de *Trastornos Depresivos* respectivamente. Así, encontramos que la PRISM 5 presenta peores resultados en la RVP en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* y en el grupo de diagnósticos de *Trastornos por Consumo de Sustancias*, mientras que presenta mejores resultados en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno de Ansiedad* y en el grupo de diagnósticos de *Trastornos Depresivos*. Si comparamos la RVN encontramos que presenta la PRISM 5 presenta peores resultados en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario* y en el grupo de diagnósticos de *Cualquier Trastorno de Ansiedad*, presentando similares resultados en el grupo de diagnósticos de *Trastornos por Consumo de Sustancias* y en el grupo de diagnósticos de *Trastornos Depresivos*.

Las diferencias descritas entre los resultados obtenidos mediante la PRISM 5 por la Dra. Hasin y su grupo, los resultados obtenidos mediante la PRISM-IV por la Dra. Torrens y su grupo y los resultados obtenidos por nuestro estudio son mínimas por lo que podemos afirmar que en términos generales la capacidad diagnóstica de la PRISM 5 y de la PRISM-IV son muy similares. Esto es lo que cabría esperar debido a que las modificaciones realizadas de una entrevista a otra en la actualización apenas han supuesto cambios sustanciales más allá de las diferencias existentes en los criterios diagnósticos entre el DSM 5 y el DSM-IV-TR, por lo que en esencia las características principales de la estructura y la dinámica de las preguntas de ambas entrevistas han permanecido constantes. Así, la PRISM 5 destaca por presentar una mayor potencia estadística y una mejor capacidad para diagnosticar el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias* que la PRISM-IV del estudio de Torrens y su grupo, mientras que la PRISM-IV destacaría por presentar una mayor capacidad para diagnosticar el *Trastorno de Pánico*.

En nuestro estudio tanto los Trastornos por Consumo de Sustancia, los Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias como los Trastornos Mentales No Relacionados con Sustancias han presentado unos excelentes resultados en los valores de Especificidad (Tabla 13), tanto para los diagnósticos actuales como para los diagnósticos pasados mientras que, los valores en Sensibilidad, aunque también han sido muy buenos, lo han sido en menor grado (Tabla 12). Aun así, estos valores deben de ser considerados de manera cautelosa. Como se ha comentado en el apartado de Métodos, nuestro estudio utiliza un reclutamiento selectivo obteniendo una muestra de conveniencia por lo que las prevalencias obtenidas son mayores que las poblacionales. Por ello se seleccionó el índice de concordancia Kappa como método estadístico, ya que los estadísticos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo están muy condicionados por la prevalencia.

### Dificultades y Limitaciones:

Debemos de tener en cuenta algunas limitaciones detectadas en el desarrollo del estudio que nos indican que debemos de ser prudentes a la hora de generalizar los resultados obtenidos.

La primera limitación con la que nos encontramos está relacionada con el propio método elegido como gold standard para el proceso de validación de la PRISM 5, el método LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available). En la literatura sólo encontramos dos estudios de Fiabilidad del método LEAD desarrollados ambos por Kranzler y su grupo (Kranzler et al. 1994, 1997), ambos con una muestra de 100 participantes con diagnósticos según los criterios diagnósticos del DSM-III-R de *Trastorno por Consumo de Sustancias (alcohol, sedantes, cannabinoides, anfetamínicos, opioides, cocaína, alucinógenos)* y de *Trastornos Comórbidos en Patología Dual (Trastorno Depresivo Mayor, los Trastornos Ansiosos, Trastorno de Personalidad Antisocial y Trastorno Límite de la Personalidad)*.

En el primer estudio de Kranzler y su grupo de 1994 se utilizó como método estadístico principal el Índice de concordancia kappa y los resultados que obtuvieron fueron de un Grado de Acuerdo del valor kappa “Casi Perfecto” (“concordancia excelente”) para los *Trastornos por Consumo de Sustancias*, a excepción del *Trastornos por Consumo de Alucinógenos* que no presentó valor kappa ante la ausencia de prevalencia en la muestra mientras que, para los diagnósticos de *Trastorno Depresivo Mayor* y de *Trastornos Ansiosos* el Grado de Acuerdo del índice kappa fue “Bajo” e “Insignificante” respectivamente (“fiabilidad pobre”). Los *Trastornos de Personalidad* presentaron resultados opuestos en el Grado de Acuerdo del índice kappa ya que el *Trastorno Límite de la Personalidad* fue “Bueno” mientras que el *Trastorno de Personalidad Antisocial* fue “Bajo” (Kranzler et al. 1994).

En el segundo estudio de Kranzler y su grupo de 1997 se utilizó un método estadístico diferente que fue la razón de correlación eta ( $\eta$ : -1,00 a +1,00) con 3 tipos de *validez (concurrente, discriminante y predictiva)*. Los resultados que se obtuvieron acerca del método LEAD para los *Trastornos por Consumo de Sustancias* fueron de una buena *validez concurrente*, con valores  $\eta$  entre 0,75 y 0,85, y una buena *validez discriminativa*, con valores  $\eta$  entre 0,84 y 0,92; pero en los *Trastornos Comórbidos en Patología Dual* no se obtuvieron resultados tan buenos: en los *Trastornos De Ansiedad* presentaron una pobre *validez concurrente y predictiva* ( $\eta=0.29$  y  $0.33$  respectivamente), en el *Trastorno Depresivo Mayor* una moderada *validez concurrente* ( $\eta=0.45$ ) y una pobre *validez predictiva* ( $\eta=0.35$ ), en el *Trastorno Límite de la Personalidad* una pobre *validez concurrente* ( $\eta=0.33$ ) y una moderada *validez predictiva* ( $\eta=0.40$ ) y en el *Trastorno de Personalidad Antisocial* una moderada *validez concurrente* ( $\eta=0.56$ ) y una pobre *validez predictiva* ( $\eta=0.29$ ) (Kranzler et al. 1997).

Según los resultados de los dos estudios de Kranzler y su grupo podemos afirmar que (Torrens et al. 2004): el método LEAD en el primer estudio (Kranzler et al. 1994) obtuvo una buena fiabilidad test-retest entre clínicos experimentados para la mayoría de los *Trastornos por Consumo de Sustancias*, aunque la fiabilidad fue menor para el *Trastorno Depresivo Mayor* y los *Trastornos Ansiosos* y que en el segundo estudio (Kranzler et al.

1997) el método LEAD obtuvo unos resultados en los que los diagnósticos de *Trastornos por Consumo de Sustancias* mostraron una buena validez concurrente, discriminante y predictiva mientras que, los *Trastornos Comórbidos en Patología Dual* obtuvieron unos resultados pobre para los *Trastornos de Ansiedad*, regular para el *Trastorno Límite de la Personalidad* y bueno para el *Trastorno Depresivo Mayor* y el *Trastorno de Personalidad Antisocial*. No se han encontrado en la literatura otros artículos en los que se valoró la fiabilidad del método LEAD y cómo podemos ver éste sólo presentó buenos resultados en los *Trastornos por Consumo de Sustancias*, el *Trastorno Depresivo Mayor* y el *Trastorno de Personalidad Antisocial*.

Como se preveía antes del inicio del estudio una de las dificultades más importante con la que nos hemos encontrado ha sido con el *reclutamiento* que tiene una influencia directa en el *tamaño muestral*. En nuestro estudio no se contemplaba ninguna recompensa por la participación. Para intentar solventar esta limitación en el reclutamiento se acordó que fuera el propio referente asistencial del candidato quien le propusiera la participación y le explicara las características del estudio. Aun así, el índice de participación no fue muy elevado.

Otra de las limitaciones que hemos presentado tiene que ver con la prevalencia en la muestra de *algunos grupos con un diagnóstico específico*. En nuestro estudio los participantes pertenecían a un ámbito asistencial concreto de la ciudad de Barcelona, es decir, a una población específica en el ámbito asistencial del INAD en la que predominaban los pacientes con *Trastornos Mentales Relacionados con Sustancias* y *Trastornos Adictivos* con/sin otros *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos*. Esto precisó que se llevara a cabo un *muestreo de conveniencia* buscando poblaciones con diagnósticos concretos para mejorar la prevalencia en la muestra de esos *grupos de diagnósticos específicos*. El resultado no ha sido del todo satisfactorio dado que hemos presentado grupos de diagnóstico específico sin representación muestral o con un número de diagnósticos muy pequeño en los que no hemos podido realizar el análisis estadístico, teniendo que agruparlos en grupos de diagnósticos específicos de similares características clínicas que mejoraran su tamaño muestral y en los que sí que hemos podido realizar el análisis estadístico.

También debemos tener presente otro factor limitante no previsto antes del inicio del estudio y que influyó en su desarrollo: la *pandemia de COVID-19*. La OMS la reconoció como una pandemia el 11 de marzo de 2020 encontrándose actualmente todavía en curso (WHO 2020). Del 15 de marzo hasta el 21 de junio de 2020 se declaró el confinamiento de la población en todo el territorio nacional. Este periodo coincide con la etapa final de la fase de reclutamiento de los participantes en nuestro estudio (Tabla 6). Esta limitación en el tiempo disponible para el estudio es otro de los factores que ha influido negativamente en el reclutamiento, es decir, ha influido negativamente en el *tamaño muestral* obtenido.

Durante la administración de la entrevista PRISM 5 otra de las limitaciones con la que nos hemos encontrado, y que influye en la *calidad de la información recogida* aportada por el entrevistado, es con los *sesgos*: memoria selectiva, atribución, efecto “telescopio”, exageración, .... (Avello Martínez 2017). La informatización de la entrevista PRISM 5 es una característica que no presentaba la versión española de la PRISM-IV y

que limita este tipo de dificultad. La informatización permite ir almacenando la información explorada de manera secuencial y si detecta una incongruencia en la nueva información introducida avisa al entrevistador para que la modifique (Ilustración 2<sub>a-b</sub> e Ilustración 5). Aun así, la informatización limita los sesgos, pero no los evita en su totalidad.

Otro factor para considerar como limitación en la *calidad de la información recogida* es el *tiempo de administración* de la entrevista PRISM 5. Cuanto mayor es el tiempo de administración de la entrevista mayor es el riesgo de disminuir la calidad de la información recogida. Es una limitación común a las entrevistas diagnósticas ya que tiene que ver con la fatiga que afecta tanto al entrevistador como al entrevistado. Es una limitación que influye más en las entrevistas no informatizadas. La informatización de la entrevista es una característica que permite disminuir el tiempo de administración hasta en un 30% por lo que reduce las consecuencias de esta limitación. (Brodey et al. 2016). Con la informatización de la PRISM 5 se ha conseguido disminuir esta limitación al conseguir mejorar el tiempo de administración de la entrevista.

En el proceso de *registrar la información en las entrevistas clínicas* hay que considerar otra limitación en la *calidad de la información introducida*. También es una limitación común a las entrevistas diagnósticas ya que tiene que ver con el proceso de codificar la información aportada por el entrevistado: contar síntomas, realizar cálculos, buscar la siguiente pregunta a administrar, ... Es un error en el que incurren más las entrevistas no informatizadas ya que la automatización de estos procesos de las entrevistas informatizadas permite disminuir la probabilidad de su aparición. Con la automatización de los procesos de codificación de la información mediante la informatización de la PRISM 5 se ha conseguido disminuir esta limitación.

En su aplicación el método LEAD, presentó una limitación que también influyó en la *calidad de la información recogida*. Esta limitación tiene que ver con la dificultad de *acceso a los datos clínicos* del pasado del paciente a nivel informático. Cuando el experto hacía acopio de toda la información clínica relevante elaboraba un formulario con los diagnósticos actuales y pasados (Anexo 3 y Anexo 4). En nuestro estudio el proceso de reclutamiento de los voluntarios se ha realizado en alguno de los centros asistenciales participantes del INAD bien en régimen ambulatorio o bien en régimen de ingreso. Esta limitación en la *calidad de la información recogida* tuvo lugar cuando el experto intentaba acceder a la información pasada de la historia clínica informatizada en los pacientes en régimen de ingreso en alguno de los centros asistenciales del INAD, pero derivados de algún centro asistencial no perteneciente al INAD, o en los pacientes en régimen ambulatorio en alguno de los centros asistenciales del INAD con reciente inicio del seguimiento. En la ciudad donde se ha desarrollado el estudio (Barcelona) existen diferentes entidades sanitarias públicas/privadas que desarrollan la actividad sanitaria poblacional de manera sectorizada. Cada entidad sanitaria posee un sistema informático propio. Estos distintos sistemas informáticos no están interconectados entre sí, por lo que la información clínica compartida es escasa. Cuando el experto accedía a la información clínica informatizada de los pacientes que habían aceptado la participación en el estudio, tan sólo podía acceder a la información clínica del programa informático del INAD. En el método LEAD la recopilación exhaustiva de la información clínica debe de realizarse utilizando todos los medios al alcance del experto. La entrevista clínica



personalizada es uno de estos medios y permitía subsanar parcialmente esta limitación en la *calidad de la información recogida*. Aun así, no deja de ser una limitación por la que, ante la omisión de información, puede condicionar la cumplimentación de ese formulario que el experto debe de rellenar con los diagnósticos actuales y pasados.

### Futuras líneas de investigación

En nuestro estudio de validación de la PRISM 5 se demuestra la capacidad de esta entrevista para realizar diagnósticos de Trastornos por Consumo de Sustancias y de *Otros Trastornos Psiquiátricos*. Sin embargo, un reclutamiento realizado principalmente en un ámbito asistencial de tratamiento de adicciones ha condicionado que algunos diagnósticos específicos no hayan conseguido una prevalencia en la muestra lo suficientemente representativa, lo que nos sugiere se debe de ser cautos en el grado en que los resultados de estos diagnósticos específicos pueden ser extrapolados. Por lo tanto, en futuras investigaciones, se debería de promover proyectos de investigación de similares características metodológicas al nuestro, pero en poblaciones clínicas con una mayor prevalencia de esos grupos diagnósticos específicos mejorando la validez de la PRISM 5.

Recientemente se ha publicado el DSM-5-TR (03/2022) por lo que condicionará futuras líneas de investigación mediante las que se obtendrán nuevas versiones de la PRISM 5 que contemplen las modificaciones que haya sufrido el DSM-5.

Otra línea de investigación que se debería de potenciar es aquella cuyo objetivo es la búsqueda de *marcadores biológicos* en patología psiquiátrica: analíticos, genéticos, de neuroimagen, ... La integración de estos marcadores en algoritmos de predicción reproducibles y robustos permitirá realizar diagnósticos más precisos y una selección de la intervención terapéutica más temprana y basada en la biología y, a su vez, se obtendrán elementos de mayor fiabilidad en el proceso de validación de futuras entrevistas diagnósticas.

También se debería de promover los proyectos de investigación que permitan mejorar los criterios diagnósticos de los *Trastornos Mentales Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos* y los criterios diagnósticos de los Trastornos Mentales Comórbidos en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias, de este modo se conseguirá una mayor precisión en la definición de conceptos básicos en *Patología Dual* como el *Trastorno Mental Inducido por Sustancias*, el *Trastorno Mental Primario* y los *Efectos Esperables*.

Otra línea de investigación que se debería de potenciar es aquella que tiene como objetivo la obtención de *entrevistas diagnósticas informatizadas*. Como se ha podido observar el uso de entrevistas informatizadas permite disminuir el tiempo de administración, realizar diagnósticos más precisos, disminuir los errores de introducción de datos, eliminar los errores de ramificación, almacenar informáticamente todas las variables del proceso diagnóstico y, además, requieren de una menor formación por parte del entrevistador (Brodey et al. 2016). Estas propiedades de las entrevistas informatizadas favorecerán la caracterización de los sujetos en futuros estudios

epidemiológicos y en ensayos clínicos que facilitarán su clasificación para decidir la intervención terapéutica.

## **8. CONCLUSIONES**

1. La versión española de la entrevista PRISM 5 ha obtenido un valor kappa  $\geq 0,7$  (Grado de Acuerdo “Bueno” o “Casi Perfecto”) en la mayoría de los *Trastornos por Consumo de Sustancias*, en el *Trastorno Depresivo Mayor Primario actual*, en el grupo de *Cualquier Trastorno del Espectro Psicótico Primario pasado*, en el *Trastorno de Pánico actual* y en el *Trastorno de la Personalidad Antisocial*.
2. La versión española de la entrevista PRISM 5 ha obtenido un Grado de Acuerdo “Bueno” ( $\kappa=0,61-0,80$ ) en: el *Trastorno Depresivo Mayor Primario pasado*, el *Trastorno Depresivo Mayor Inducido por Sustancias*, el *Trastorno Depresivo Persistente*, los *diagnósticos de los Trastornos del Espectro Psicótico Primarios*, los *diagnósticos de los Trastornos del Espectro Psicótico Inducidos por Sustancias*, el *Trastorno de Pánico*, los diagnósticos de la agrupación de *Cualquier Trastorno de Ansiedad*, el *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* y el *Trastorno Límite de la Personalidad*.
3. La versión española de la entrevista PRISM 5 ha obtenido excelentes resultados en Validez, siendo mejores en Especificidad que en Sensibilidad; en Seguridad, ha presentado muy buenos resultados en el VPP, siendo excelentes en el VPN, aunque hemos de ser cautos en la interpretación de estos dos estadísticos (VPP y VPN) dado que dependen de la prevalencia; y en la RVP la PRISM 5 ha presentado excelentes resultados, con una Potencia Estadística Alta en la mayoría de valores, siendo más modestos en los valores de la RVN, con una Potencia Estadística que oscilaba entre Moderada y Baja.
4. La implementación informática de la versión española de la PRISM 5 ha mejorado la precisión y el proceso de elaboración diagnóstica de los *Trastornos Psiquiátricos Comórbidos* en pacientes con *Trastorno por Consumo de Sustancias*.

## **9. BIBLIOGRAFÍA**

- Abraira V. El índice kappa. *Semergen* [Internet]. 2001;27(5):247-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-indice-kappa-S113835930173955X>
- Alías-Ferri M, García-Marchena N, Mestre-Pintó JI, Araos P, Vergara-Moragues E, Fonseca F, et al. Cocaine and depressive disorders: When standard clinical diagnosis is insufficient. *Adicciones*. julio de 2021;33(3):193-200.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). [Internet]. 5th Editio. American Psychiatric Association; 2013a. (DSM Library). Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.x00preface>
- American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. [Internet]. 2013b. Disponible en: [https://www.psychiatry.org/FileLibrary/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM\\_Changes\\_from\\_DSM-IV-TR\\_to\\_DSM-5.pdf](https://www.psychiatry.org/FileLibrary/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf)
- Araos P, Pedraz M, Serrano A, Lucena M, Barrios V, García-Marchena N, et al. Plasma profile of pro-inflammatory cytokines and chemokines in cocaine users under outpatient treatment: Influence of cocaine symptom severity and psychiatric comorbidity. *Addict Biol*. 2015;20(4):756-72.
- Araos P, Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Pedraz M, García-Marchena N, Romero-Sanchiz P, et al. Differences in the Rates of Drug Polyconsumption and Psychiatric Comorbidity among Patients with Cocaine Use Disorders According to the Mental Health Service. *J Psychoactive Drugs*. 2017;49(4):306-15.
- Araos P, Vergara-Moragues E, Pedraz M, Pavón FJ, Cloute RC, Calado M, et al. Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*. 2014;26(1):15-26.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. 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* [Internet]. 2013;25(2):118-27. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/59>
- Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vazquez JM, Martín-Santos R, et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2008;43(5):612-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18393080>
- Avello Martínez R. Principales tipos de limitaciones [Internet]. 2017 [citado 24 de

febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.revistacomunicar.com/wp/escuela-de-autores/importancia-de-expresar-las-limitaciones-del-estudio-2-principales-tipos-de-limitaciones/>

Batalla A, Soriano-Mas C, López-Solà M, Torrens M, Crippa JA, Bhattacharyya S, et al. Modulation of brain structure by catechol-O-methyltransferase Val(158) Met polymorphism in chronic cannabis users. *Addict Biol.* julio de 2014;19(4):722-32.

Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. 2011;(September). Disponible en: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)

Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatry.* 2005;162(8):1483-93.

Brodey BB, First M, Linthicum J, Haman K, Sasiela JW, Ayer D. Validation of the NetSCID: an automated web-based adaptive version of the SCID. *Compr Psychiatry [Internet].* 2016;66:67-70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X15300201>

Bryant KJ, Rounsaville B, Spitzer RL, Williams JB. Reliability of dual diagnosis. Substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis [Internet].* 1992 [citado 15 de septiembre de 2021];180(4):251-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1556565/>

Carletta J. Assessing Agreement on Classification Tasks: The Kappa Statistic. *Comput Linguist [Internet].* 1996;22(2):249-54. Disponible en: <https://aclanthology.org/J96-2004>

Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educ Psychol Meas [Internet].* 1 de abril de 1960;20(1):37-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>

Comín M, Braquehais MD, Valero S, Bel MJ, Navarro MC, Díaz A, et al. Inpatient physicians and nurses with dual diagnosis: an exploratory study. *J Dual Diagn.* 2014;10(3):156-61.

Compton WM, Cottler LB. The Diagnostic Interview Schedule (DIS). En: Hersen M, Hilsenroth MJ, Segal DL, editores. *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 2: Personality Assessment [Internet].* John Wiley & Sons Inc; 2003. p. 153-62. (Comprehensive Handbook of Psychological Assessment). Disponible en: <https://books.google.es/books?id=5WUchKYslqYC>

Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Suelves JM, Domingo-Salvany A. Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav [Internet].* 2012;37(6):709-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.012>

- Cuenca-Royo AM, Torrens M, Sanchez-Niubo A, Suelves JM, Domingo-Salvany A. Psychiatric morbidity among young-adults cannabis users. *Adicciones*. 2013;25(1):45-53.
- Donis JH. Evaluación de la validez y confiabilidad de una prueba diagnóstica (Assessment of the validity and reliability of a diagnostic test). *Av en Biomed*. 18 de mayo de 2012;1(XX).
- Encyclopedia.com. Diagnostic Interview Schedule (DIS) [Internet]. Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior. 2021 [citado 22 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/diagnostic-interview-schedule-dis%0A%0A>
- Endicott J, Spitzer RL. A Diagnostic Interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 de julio de 1978;35(7):837-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770310043002>
- ePROVID.com. Diagnostic Interview Schedule - IV (DIS-IV) [Internet]. PROQOLID. 2020 [citado 22 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/diagnostic-interview-schedule-iv>
- Eurostat, Comision E. European health interview survey (EHIS). Self-reported consultation of mental healthcare or rehabilitative care professionals by sex, age and degree of urbanisation [Internet]. 2014a [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data>
- Eurostat, Comision E. Eurostat. GDP per capita in PPS [Internet]. 2014b [citado 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TEC00114/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=388837b6-18d3-422f-8339-fa23f0378454>
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RAJ, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for Use in Psychiatric Research. *Psychother Psychosom* [Internet]. 1972;26(1):57-63. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/490573>
- First MB, Skodol AE, Bender DS, Oldham JM. Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-AMPD) [Internet]. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2018. Disponible en: <https://www.appi.org/Products/Interviewing/Structured-Clinical-Interview-for-the-DSM-5-Altern?sku=37183>
- First MB, Williams JB., Benjamin L, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder [Internet]. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2015a. Disponible en: <https://www.appi.org/Products/Interviewing/Structured-Clinical-Interview-for-DSM-5-Personalit?sku=62474>
- First MB, Williams JB., Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinical Trials Version (SCID-5-CT) [Internet]. Arlington, VA: American



- Psychiatric Association; 2015b. Disponible en: <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5#versions>
- First MB, Williams JB., Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Research Version (SCID-5-RV) [Internet]. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2015c. Disponible en: <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- First MB, Williams JB., Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV) [Internet]. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2016. Disponible en: <https://www.appi.org/Products/Interviewing/Structured-Clinical-Interview-for-DSM-5-Disorders?sku=62461>
- Fonseca F, Mestre-Pintó J-I, Gómez-Gómez À, Martínez-Sanvisens D, Rodríguez-Minguela R, Papaseit E, et al. The Tryptophan System in Cocaine-Induced Depression. *J Clin Med*. diciembre de 2020;9(12).
- García-Marchena N, Barrera M, Mestre-Pintó JI, Araos P, Serrano A, Pérez-Mañá C, et al. Inflammatory mediators and dual depression: Potential biomarkers in plasma of primary and substance-induced major depression in cocaine and alcohol use disorders. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213791.
- García-Marchena N, Pavon FJ, Pastor A, Araos P, Pedraz M, Romero-Sanchiz P, et al. Plasma concentrations of oleoylethanolamide and other acylethanolamides are altered in alcohol-dependent patients: effect of length of abstinence. *Addict Biol*. septiembre de 2017;22(5):1366-77.
- García Marchena N, Araos P, Pavón FJ, Ponce G, Pedraz M, Serrano A, et al. Psychiatric comorbidity and plasma levels of 2-acyl-glycerols in outpatient treatment alcohol users. Analysis of gender differences. *Adicciones*. septiembre de 2016;29(2):83-96.
- Gilchrist G, Blazquez A, Torrens M. Psychiatric, behavioural and social risk factors for HIV infection among female drug users. *AIDS Behav* [Internet]. 2011;15(8):1834-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21748277>
- Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, et al. Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7(4):195-207.
- Gómez González C, Pérez Castán J. Capítulo 8: Pruebas diagnósticas. Concordancia. *Semergen* [Internet]. 2007;33(10):509-19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13113212>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave [Internet]. Ministerio de Ciencia e Innovación, editor. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y

Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-de-intervenciones-psicosociales-en-el-trastorno-mental-grave/>

Harvard Medical School. The World Mental Health Survey Initiative [Internet]. 2005 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/index.php>

Hasin D. The Computerized Version of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV disorders (PRISM-CV-IV). Columbia University & New York State Psychiatric Institute [Internet]. 2009 [citado 24 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.columbia.edu/~dsh2/prism/>

Hasin D. Deborah Hasin, PhD [Internet]. Columbia University Department of Psychiatry New York, NY United States. 2022 [citado 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.columbiapsychiatry.org/profile/deborah-hasin-phd>

Hasin D, Aivadyan C, Greenstein E, Grant B. Psychiatric Research Interview for Substance Use and Mental Disorders, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth ed.(PRISM-5) version. Columbia University, Department of Psychiatry, New York,NY.; 2011.

Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseoane K, Waxman R. Diagnosis of Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Users Assessed With the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry* [Internet]. abril de 2006 [citado 22 de octubre de 2018];163(4):689-96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585445>

Hasin D, Shmulewitz D, Stohl M, Greenstein E, Roncone S, Aharonovich E, et al. Test-retest reliability of DSM-5 substance disorder measures as assessed with the PRISM-5, a clinician-administered diagnostic interview. *Drug Alcohol Depend.* noviembre de 2020;216:108294.

Hasin DS, Greenstein E, Aivadyan C, Stohl M, Aharonovich E, Saha T, et al. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): procedural validity of substance use disorders modules through clinical re-appraisal in a general population sample. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. marzo de 2015;148:40-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871614019905?via%3Dihub>

Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1996;153(9):1195-201. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ajp.153.9.1195%0A>

Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M. Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users. *J Subst Abuse Treat.* julio de 2011;41(1):55-63.

- Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, De Hoz LDLF, Gómez RB, et al. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: Induced versus independent disorders. *Addiction*. 2008;103(2):284-93.
- Kadden RM, Kranzler HR, Rounsaville BJ. Validity of the distinction between «substance-induced» and «independent» depression and anxiety disorders. *Am J Addict*. 1995;4(2):107-17.
- Keller B, Mestre-Pinto J-I, Álvaro-Bartolomé M, Martínez-Sanvisens D, Farre M, García-Fuster MJ, et al. A Biomarker to Differentiate between Primary and Cocaine-Induced Major Depression in Cocaine Use Disorder: The Role of Platelet IRAS/Nischarin (I1-Imidazoline Receptor). *Front Psychiatry* [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 29 de octubre de 2018];8:258. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29326609>
- Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 1 de junio de 2004;13(2):93-121. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Koten M, Samet S, Hasin D. PRISM 6.0 TRAINING MANUAL [Internet]. New York; 2001. Disponible en: <http://www.columbia.edu/~dsh2/prism/files/PRISMman266.pdf>
- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Rounsaville BJ. Longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*. mayo de 1994;182(5):277-83.
- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Tennen H, Rounsaville BJ. Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* [Internet]. 1 de junio de 1996;91(6):859-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91685911.x>
- Kranzler HR, Tennen H, Babor TF, Kadden RM, Rounsaville BJ. Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1997;45(1):93-104. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871697013495>
- Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* [Internet]. 22 de febrero de 1977;33(1):159-74. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2529310>
- Martínez-Gras I, Ferre Navarrete F, Pascual Arriazu J, Peñas Pascual J, de Iceta Ruiz de Gauna M, Fraguas Herráez D, et al. Psychiatric comorbidity in a sample of cocaine-dependent outpatients seen in the Community of Madrid drug addiction care network. *Adicciones*. marzo de 2016;28(1):6-18.
- Martínez Riera R. Uso terapéutico de isoflavonas de la soja en el trastorno por consumo de cocaína [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Autònoma de Barcelona; 2019 [citado 1 de marzo de 2022]. Disponible en:

<http://www.tdx.cat/handle/10803/669447>

Mateu Codina GÀ. Factores genéticos en patología dual [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Autònoma de Barcelona; 2019 [citado 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/667189>

Maza-Quiroga R, García-Marchena N, Romero-Sanchiz P, Barrios V, Pedraz M, Serrano A, et al. Evaluation of plasma cytokines in patients with cocaine use disorders in abstinence identifies transforming growth factor alpha (TGF $\alpha$ ) as a potential biomarker of consumption and dual diagnosis. PeerJ. 2017;5:e3926.

Mestre-Pintó JI, Domingo-Salvany A, Martín-Santos R, Torrens M, The PsyCoBarcelona Group. Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. Eur Addict Res. 2014;20(1):41-8.

Mestre Pintó JI. Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2011. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/79129/1de1jimp.pdf?sequence=1>

MSC. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 1987 [citado 5 de febrero de 2021]. p. 1-392. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuest a1987.htm>

MSCBS. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 [Internet]. 2018 [citado 11 de diciembre de 2019]. p. 37. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuest aNac2017/ENSE17\\_pres\\_web.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuest aNac2017/ENSE17_pres_web.pdf)

MSCBS. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL [Internet]. 2019 [citado 24 de abril de 2020]. p. 1-43. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuest a2017.htm>

MSSSE, INE. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 2011 [citado 9 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuest aNac2011/encuestaResDetall2011.htm>

MSSSI, INE. Tendencias de salud en 30 indicadores. 2015;28. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend\\_salud\\_30\\_indic.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf)

MSSSI, INE, Eurostat. EESE. Informe Encuesta Europea de Salud en España 2014. European Health Interview Survey (EHIS 2.0) [Internet]. 2014 [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en:

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2014.htm](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm)

Nestler EJ, Carlezon W a. The Mesolimbic Dopamine Reward Circuit in Depression. *Biol Psychiatry*. 2006;59(12):1151-9.

NIDA. Common Comorbidities with Substance Use Disorders. 2018;(February):56. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/introduction>

NIDA. NIDA. (2019, agosto 23). Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales. 2019; Disponible en: [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)

NIMH. Mental Illness [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part\\_154784](https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml#part_154784)

Nocon A, Bergé D, Astals M, Martín-Santos R, Torrens M. Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res*. 2007;13(4):192-200.

Nunes E, Hasin D. Overview of diagnostic methods: diagnostic criteria, structured and semistructured interviews and biological markers. En: Kranzler HR, Rounsaville BJ, editores. *Dual Diagnosis and Treatment: Substance Abuse and Comorbid Medical and Psychiatric Disorders*. First Edit. New York: CRC Press; 1997. p. 608.

OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013;54. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)

OMS. Documentos Básicos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/bd/s/s\\_bd48.html](http://apps.who.int/gb/bd/s/s_bd48.html)

OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Centro de prensa OMS. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CVW, et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 - Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry Clin Neurosci*. diciembre de 2019;73(12):754-60.

Pascual Pastor F, Fernández Miranda JJ, Díaz Fernández S, Sala Añó C. TUS+TM. Concepto, epidemiología & diagnóstico. Marco general de tratamiento [Internet]. Valencia: Socidrogalcohol; 2017. Disponible en: <https://socidrogalcohol.org/proyecto/tustm-concepto-epidemiologia-diagnostico-marco-general-de-tratamiento/>

Pedraz M, Araos P, García-Marchena N, Serrano A, Romero-Sanchiz P, Suárez J, et al. Sex differences in psychiatric comorbidity and plasma biomarkers for cocaine addiction in abstinent cocaine-addicted subjects in outpatient settings. *Front psychiatry*. 2015a;6:17.

- Pedraz M, Martín-Velasco AI, García-Marchena N, Araos P, Serrano A, Romero-Sanchiz P, et al. Plasma concentrations of BDNF and IGF-1 in abstinent cocaine users with high prevalence of substance use disorders: relationship to psychiatric comorbidity. Pechnick RN, editor. PLoS One [Internet]. 3 de marzo de 2015b [citado 29 de octubre de 2018];10(3):e0118610. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0118610>
- Pereiro Gomez C. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación [Internet]. Barcelona; 2010. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2010\\_Manual\\_adicciones\\_medicos\\_especialistas\\_formacion.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2010_Manual_adicciones_medicos_especialistas_formacion.pdf)
- Pérez I, Taito-Vicenti IY, González-Xuriguera CG, Carvajal C, Franco JVA, Loézar C. Cómo interpretar las pruebas diagnósticas. Medwave [Internet]. 4 de agosto de 2021;21(7):e8432. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/MetodInvestReport/8432.act>
- Ramos-Quiroga JA, Díaz-Digon L, Comín M, Bosch R, Palomar G, Chalita JP, et al. Criteria and Concurrent Validity of Adult ADHD Section of the Psychiatry Research Interview for Substance and Mental Disorders. J Atten Disord. diciembre de 2015;19(12):999-1006.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Instituto de Salud Carlos III, MEIC, MSSSI. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica. 2018.
- Rentero D, Arias F, Sánchez-Romero S, Rubio G, Rodríguez-Jiménez R. Cannabis-induced psychosis: clinical characteristics and its differentiation from schizophrenia with and without cannabis use. Adicciones. marzo de 2021;33(2):95-108.
- Rijnders CA, van den Berg JF, Hodiamont PP, Nienhuis FJ, Furer JW, Mulder J, et al. Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. agosto de 2000;35(8):348-52. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs001270050249>
- Robins LN, Cottler L, Bucholz K, Compton W, North CS, Rourke KM. The Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV (DIS-IV) [Internet]. St Louis: MO: Washington University School of Medicine; 1995. Disponible en: <https://wustl.edu/>
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. Arch Gen Psychiatry. abril de 1981;38(4):381-9.
- Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America : the epidemiologic catchment area study. New York: Free Press ; Toronto : Collier Macmillan Canada ; New York : Maxwell Macmillan International; 1991.

- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview: An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction With Different Diagnostic Systems and in Different Cultures. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 de diciembre de 1988;45(12):1069-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360017003>
- Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord* [Internet]. 2009;119(1-3):52-8. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Rodríguez-Llera M, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva T, Sánchez-Niubó A, Torrens M. Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend.* 2006;84(1):48-55.
- Rodríguez Testal JF, Senín Calderón C, Perona Garcelán S. Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 12 de febrero de 2014;14(3):221-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33731525008>
- Roncero C, Comín M, Daigre C, Grau-López L, Martínez-Luna N, Eiroa-Orosa FJ, et al. Clinical differences between cocaine-induced psychotic disorder and psychotic symptoms in cocaine-dependent patients. *Psychiatry Res.* mayo de 2014;216(3):398-403.
- Ross HE, Swinson R, Doumani S, Larkin EJ. Diagnosing Comorbidity in Substance Abusers: A Comparison of the Test-Retest Reliability of Two Interviews. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 1 de enero de 1995;21(2):167-85. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00952999509002686>
- Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin F. Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 de enero de 1991;48(1):43-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810250045005>
- SAMHSA. Mental Health and Substance Use Disorders [Internet]. 2019 [citado 9 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/find-help/disorders#>
- Segal DL. Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV (DIS-IV). En: *The Corsini Encyclopedia of Psychology* [Internet]. 2010. p. 500-1. (Major Reference Works). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0273>
- Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Hejri M, Pirmorad T, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain Behav* [Internet]. 2021/03/17. mayo de 2021;11(5):e01894-e01894. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729681>
- Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity

- of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *Int J Methods Psychiatr Res.* marzo de 2018;27(1).
- Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona P-J, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc).* 2018;151(5):171-90.
- Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry.* 1983;24(5):399-411.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 de junio de 1978;35(6):773-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300115013>
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I: History, Rationale, and Description. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 de agosto de 1992;49(8):624-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Mesias B, Basurte I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones* [Internet]. 2011;23(3):249-55. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/149>
- Szerman N, Martínez-Raga J, Baler R, Roncero C, Vega P, Basurte I, et al. Declaración Conjunta sobre Patología Dual La adicción es un trastorno mental y no un acto voluntario y vicioso [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta\\_Patologia\\_Dual\\_SEPD.pdf](https://www.patologiadual.es/docs/Declaracion-conjunta_Patologia_Dual_SEPD.pdf)
- Tan A, Costi S, Morris LS, Van Dam NT, Kautz M, Whitton AE, et al. Effects of the KCNQ channel opener ezogabine on functional connectivity of the ventral striatum and clinical symptoms in patients with major depressive disorder. *Mol Psychiatry.* 2018;25(6):1323-33.
- Tirado Muñoz J, Farré A, Mestre-Pintó J, Szerman N, Torrens M. Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones* [Internet]. 2017;30(1):66. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/868>
- Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones.* 2008;20(4):315.
- Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2011;113(2-3):147-56.
- Torrens M, Martín-Santos R, Samet S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotox Res.* 2006;



- Torrens M, Mestre-Pintó J-I, Domingo-Salvany A. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2015. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1988/TDXD15019ENN.pdf>
- Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric comorbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system. *Subst Use Misuse*. 2012;47(8-9):1005-14.
- Torrens M, Serrano D, Astals M, Pérez-Domínguez G, Martín-Santos R. Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the psychiatric research interview for substance and mental disorders and the structured clinical interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2004;161(7):1231-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1231>
- Torrens M, Tirado-Muñoz J, Farré A, Mestre-Pintó J, Szerman N. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. *Adicciones* [Internet]. 2017;xx. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/868/868>
- UNDCP. Demand reduction: a glossary of terms [Internet]. United Nations International Drug Control, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), editores. New York: United Nations Publication; 2000. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/430769?ln=es>
- Valverde O, Torrens M. CB1 receptor-deficient mice as a model for depression. *Neuroscience* [Internet]. 2012;204:193-206. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2011.09.031>
- Vázquez-Barquero JL, Gaite L, Artal Simón J, Arenal A, Herrera Castanedo S, Díez Manrique JF, et al. [Development and verification of the Spanish version of the «scanning system» psychiatric interview («Questionnaires for clinical evaluation in neuropsychiatry»)]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* [Internet]. 1994;22(3):109-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7484293/>
- Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Lozano-Rojas O, Fernández Calderón F, Verdejo García A, Betanzos Espinosa P, et al. [Relationship between psychopathological comorbidity and outcomes variables in-treatment cocaine dependent subject in therapeutic community]. *Adicciones*. 2013;25(2):128-36.
- Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Lozano Rojas O, Bilbao Acedos I, Fernández Calderón F, Betanzos Espinosa P, et al. Diagnosing adult attention deficit/hyperactivity disorder in patients with cocaine dependence: discriminant validity of Barkley executive dysfunction symptoms. *Eur Addict Res*. 2011;17(6):279-84.
- Vergara-Moragues E, Mestre-Pintó JI, Gómez PA, Rodríguez-Fonseca F, Torrens M, González-Saiz F. Can symptoms help in differential diagnosis between substance-

- induced vs independent psychosis in adults with a lifetime diagnosis of cocaine use disorder? *Psychiatry Res.* agosto de 2016;242:94-100.
- Volkow ND. Drug abuse and mental illness: Progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatry.* 2001;158(8):1181-3.
- WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. 2020 [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2000;78(4):413-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10885160>
- WHO, MSC. Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization [Internet]. 1994 [citado 3 de agosto de 2021]. p. 66. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>
- Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite Test-Retest Reliability. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 de agosto de 1992;49(8):630-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080038006>
- Wise RA. Opiate reward: Sites and substrates. *Neurosci Biobehav Rev.* 1989;13(2-3):129-33.
- World Health Organization. Division of Mental. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry: version 2.1 [Internet]. Washington, D.C. PP - Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1994. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40356>
- World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0). Geneva: World Health Organization; 1990.
- World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.0). Geneva: World Health Organization; 1997.
- World Health Organization. Investing in Mental Health [Internet]. 2003. p. 3-49. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823>
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. *World Heal Organ.* 2010;53(9):1689-99.
- World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Deaths, by Cause, Age, Sex, by Country, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018a [citado 29 de marzo de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Deaths, by Cause, Age, Sex, by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018b [citado 27 de marzo de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Deaths, globally, by Cause, Age, Sex, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018c [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Disability-Adjusted Life-Years, by Cause, Age, Sex, by Country, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018d [citado 8 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Disability-Adjusted Life-Years, by Cause, Age, Sex, by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018e [citado 28 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Disability-Adjusted Life-Years, globally, by Cause, Age, Sex, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018f [citado 25 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Years Lived with (or Lost due) Disability, by Cause, Age, Sex, by Country, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018g [citado 2 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Years Lived with (or Lost due) Disability, by Cause, Age, Sex, by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018h [citado 28 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Years Lived with (or Lost due) Disability, globally, by Cause, Age, Sex, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018i [citado 26 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Years of Life Lost, by Cause, Age, Sex, by Country, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018j [citado 31 de marzo de 2020]. Disponible en:

[https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Years of Life Lost, by Cause, Age, Sex, by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018k [citado 28 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Years of Life Lost, by Cause, globally, Age, Sex, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018. [Internet]. 2018l [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html)

World Health Organization World Mental Health. The World Health Organization World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI) [Internet]. 2000 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcid/>

# **10. ANEXOS**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>→ : INTOXICACIÓN CRÓNICA O EN ATRACONES</p> <p>  : ABSTINENCIA O CONSUMO ESPORÁDICO</p> </div> <p>1 AÑO ATRÁS: _____</p>	<p>PRISM-5 LÍNEA TEMPORAL DE CONSUMO</p> <p><b>ÚLTIMOS 12 MESES</b></p>	<p>ID# ENTREVISTADO: _____</p> <p>MES ACTUAL: _____</p>
<p>_____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____</p>		
<p>A L C <input type="checkbox"/></p>		
<p>N I C <input type="checkbox"/></p>		
<p>C A N <input type="checkbox"/></p>		
<p>C O C <input type="checkbox"/></p>		
<p>H E R <input type="checkbox"/></p>		
<p>H A L <input type="checkbox"/></p>		
<p>S E D <input type="checkbox"/></p>		
<p>S T I <input type="checkbox"/></p>		
<p>O P I <input type="checkbox"/></p>		
<p>O T H <input type="checkbox"/></p>		
<p>ANOTAR PARA TODAS LAS SUSTANCIAS RELEVANTES LOS PERÍODOS DE ABSTINENCIA O CONSUMO ESPORÁDICO Y / O DE CONSUMO EN ATRACONES (3 DÍAS SEGUIDOS) O INTOXICACIÓN</p>		

Anexo 1.- PRISM 5. Línea Temporal del Consumo de Sustancias Psicoactivas (últimos 12 meses).

	: INTOXICACIÓN CRÓNICA O EN ATRACONES : ABSTINENCIA O CONSUMO ESPORÁDICO	PRISM-5 LÍNEA TEMPORAL DE CONSUMO <b>ANTES DE LOS 12 ÚLTIMOS MESES</b>	ID# ENTREVISTADO: _____									
AÑO Y EDADES DE INICIO	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__	AÑO__
	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____	EDAD: ____
A L C <input type="checkbox"/>												
N I C <input type="checkbox"/>												
C A N <input type="checkbox"/>												
C O C <input type="checkbox"/>												
H E R <input type="checkbox"/>												
H A L <input type="checkbox"/>												
S E D <input type="checkbox"/>												
S T I <input type="checkbox"/>												
O P I <input type="checkbox"/>												
O T H <input type="checkbox"/>												
ANOTAR PARA TODAS LAS SUSTANCIAS RELEVANTES LOS PERÍODOS DE ABSTINENCIA O CONSUMO ESPORÁDICO Y / O DE CONSUMO EN ATRACONES (3 DÍAS SEGUIDOS) O INTOXICACIÓN CRÓNICA (4 DÍAS A LA SEMANA DURANTE 1 MES) A LO LARGO DE LA VIDA.												

Anexo 2.- PRISM 5. Línea Temporal del Consumo de Sustancias Psicoactivas (antes de los últimos 12 meses).

## LEAD Validación PRISM 2017

Identificación del Experto:

Firma y fecha

Identificación del paciente:

Trastorno por consumo de :	ACTUAL	PASADO
Alcohol		
Alucinógenos		
Cafeína		
Cannabis		
Cocaína		
Heroína		
Inhalantes		
Tabaco		
Otros estimulantes		
Otros opiáceos		
Sedantes		
Otras drogas (especificar)		

Trastornos del Estado de ánimo:	ACTUAL	Sustancia	PASADO	Sustancia
Depresión				
Distimia				
Manía				
Hipomanía				
Ciclotimia				

Trastornos Psicóticos:	ACTUAL	Sustancia	PASADO	Sustancia
Esquizofrenia				
Esquizofreniforme				
Esquizoafectivo				
Trastorno delirante				
Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos				
Trastorno psicótico breve				
Psicosis no especificada				

Anexo 3.- Hoja<sub>1</sub> de recogida de diagnósticos psiquiátricos para los médicos expertos LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available).



Trastornos de Ansiedad:				
	ACTUAL	Sustancia	PASADO	Sustancia
Ansiedad Generalizada				
Estrés posttraumático				
Fobia Específica				
Fobia social				
Trastorno de pánico				
Agorafobia				
Trastorno Obsesivo Compulsivo				

Personalidad y otros				
	ACTUAL		PASADO	
Trastorno Límite				
Trastorno antisocial				
Juego patológico				
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad				
Anorexia Nerviosa				
Bulimia Nerviosa				
Trastorno por atracones				

Comentarios:

Anexo 4.- Hoja<sub>2</sub> de recogida de diagnósticos psiquiátricos para los médicos expertos LEAD (Longitudinal assessment, done by Expert diagnosticians, using All Data that are available).



## Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Parc de Salut Mar

### CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2014/5792/I titulado "Adaptación de los instrumentos de diagnóstico de patología dual a los criterios DSM-5", propuesto por la Dra. ANTONIA DOMINGO SALVANY, del Programa de recerca en epidemiologia i salut pública del Institut Hospital del Mar d' Investigacions Mèdiques - IMIM.

Que adjunta documento de consentimiento informado

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan están plenamente justificadas.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en el IMIM por la Dra. ANTONIA DOMINGO SALVANY, como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 30 de Septiembre de 2014.

Lo que firmo en Barcelona, a 1 de Octubre de 2014

COMITÉ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CLÍNICA  
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado: .....  
Doña M<sup>a</sup> Teresa Navarra Alcrudo

CEIC – Parc de Salut MAR  
Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Telèfon 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36  
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat

CONSENTIMIENTO INFORMADO del Proyecto  
"Adaptación de los instrumentos de diagnóstico de patología dual a los criterios DSM-5"

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES

*Qué tengo que hacer:*

Este estudio tiene como objetivo determinar si las entrevistas de diagnóstico PRISM y la entrevista de cribado (ECDD) son útiles para detectar problemas psiquiátricos en individuos drogodependientes. La PRISM es un cuestionario de salud mental administrado por profesionales sanitarios que tarda en administrarse entre 1 y 3 horas, dependiendo de la historia de consumo y psiquiátrica de la persona evaluada. Por su parte, la ECDD es un instrumento corto que tarda en pasarse de 10 a 20 minutos. Para saber si los resultados son buenos necesitamos compararlos con los datos obtenidos mediante una entrevista que realizará con su médico de referencia.

Así, su participación en el estudio consiste en:

**Opción 1.- Contestar las preguntas de la entrevista PRISM, la ECDD y, en caso necesario, la realización de una visita con su médico de referencia (LEAD).**

**Opción 2.- Contestar las preguntas de la entrevista PRISM y, en caso necesario, la realización de una visita con su médico de referencia (LEAD).**

*Para qué servirá:*

Actualmente sabemos que la presencia de un trastorno mental en sujetos que consumen drogas puede interferir mucho en su mejora si no lo tratamos adecuadamente. Por ello es muy importante que podamos determinar si existe algún trastorno mental en los consumidores de forma adecuada.

La puesta a punto de estas entrevistas permitirá diagnosticar a pacientes drogodependientes tanto en la clínica diaria como en estudios epidemiológicos y farmacológicos orientados a evaluar y mejorar tanto el tratamiento como el acceso al mismo de estos pacientes. Así pues, **el objetivo final de este estudio es mejorar la atención sanitaria que se ofrece a los sujetos con problemas de consumo de drogas.**

Le garantizamos que la información que usted nos aporte será confidencial y sus datos estarán protegidos de acuerdo a la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]).

Su decisión de participar o no participar en este estudio es totalmente voluntaria y no influirá en los cuidados médicos de su enfermedad. Así mismo usted puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo crea oportuno, sin que ello repercuta en su atención médica.

Si tiene dudas o quiere más información puede preguntar a la investigadora responsable: Dra. Antònia Domingo, Fundación IMIM, Dr Aiguader 88, 08003-Barcelona. Teléfono 933160757

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del IMIM con el siguiente nº de protocolo: CEIC: 2014/5792/I

Si está de acuerdo en participar deberá firmar la hoja de consentimiento informado que encontrará a continuación.

HOJA DE CONSENTIMIENTO participación estudio validación PRISM-ECDD

(A RELLENAR POR LA PERSONA VOLUNTARIA)

Don/ña.....

Tras haber sido informado verbalmente y por escrito del estudio, por el

Dr./Investigador.....

- Ha podido hacer todas las preguntas que tenía sobre el mismo

- Sabe que en caso de aceptar participar en el estudio es libre de abandonarlo en cualquier momento sin que esto repercuta en la atención médica que precise.

- Que en todo momento se le garantiza la confidencialidad de los datos del estudio.

**ACEPTA** participar en esta investigación que incluye la administración de uno (Opción 2) o dos (Opción 1)\* cuestionarios de salud mental y una entrevista con el psiquiatra.

Firma

Firma

Nombre y apellidos del sujeto

Nombre y apellidos del médico/investigador

Fecha

Fecha

\* Marcar la opción que proceda.

101. Barbitúricos, Sedantes, Pastillas para dormir (hip)	317. Tapentadol = Palexia, Yantil (opi)	620. Mianserina = Lerivon, Lantanon (dep)	905. Oxcarbazepina = Epilexter, Tryleptal (anticon)
102. Amobarbital (hip)	318. Tramadol = Zaldiar (opi)	621. Mirtazapina = Remeron, Rexer (dep)	906. Pregabalina = Lyrica (anticon)
103. Barbital = Veronal (hip)	330. Heroína (her)	622. Nortriptilina = Martimil, Norfenazin (dep)	907. Topiramato = Topamax (anticon)
104. Fenobarbital = Luminal (hip)	330. Heroína = Caballo (her)	623. Olanzapina = Zyprexa (dep)	908. Valproato sódico = Depakine (anticon)
105. Flurazepam = Dormodor (hip)	331. Heroína + Cocaína = Speedball (her)	624. Paroxetina = Motivan, Seroxat (dep)	909. Zonisamida = Zonegran (anticon)
106. Hidrato de cloral (hip)	340. Metadona (met)	625. Reboxetina = Irenor, Norebox (dep)	920. Diclofenaco = Voltaren (analgésico)
107. Lormetazepam = Noctamid (hip)	340. Metadona = Metasedin, Eptadone (met)	626. Sertralina = Aremis, Besitran (dep)	921. Naproxeno = Antalgin (analgésico)
108. Metacualona (hip)	350. Naltrexona = REVIA "implant", VIVITROL (ant-opi)	627. Trazodona = Deprax (dep)	930. Cianamida Cálcica = Colme (inter)
109. Midazolam = Dormicum (hip)	351. Naloxona (ant-opi)	628. Venlafaxina = Dobupal, Vandral (dep)	931. Disulfiram = Antabus (inter)
110. Pentobarbital = Nembutal (hip)	390. Otros opiáceos (opi)	690. Otros antidepresivos (dep)	932. Nalmefene = Selincro (trOH)
111. Secobarbital = Seconal (hip)	391. Opiáceo desconocido (opi)	691. Antidepresivo desconocido (dep)	940. Nicotina = Parches, chicles, sprays, caramelos... (trNIC)
112. Triazolam = Halcion (hip)	401. Estimulantes (est)	701. Antipsicóticos (psy)	941. Vareniclina = Champix (trNIC)
113. Zolpidem = Stilnox (hip)	402. Cristal (METH) = Metanfetamina (est)	702. Amisulprida = Solian (psy)	950. Esteroides - Anabolizantes - Hormonas (Nandrolona, Testosterona) (otr)
190. Otros sedantes (hip)	403. Dexedrina (est)	703. Aripiprazol = Abilify (psy)	960. Antihistamínicos (Biodramina, Hidroxizina) (otr)
191. Sedante desconocido (hip)	404. Dextroanfetamina (est)	704. Asenapina = Sycrest (psy)	970. Inhalantes - Popper (Óxido nítrico, gasolina, disolventes de pintura, líquido de mechero, líquido de limpieza, Nitrito de amilo) (otr)
201. Ansiolíticos (ans)	405. Efedrina (est)	705. Clorpromazina = Largactil (psy)	980. Litio = Plenur (dep) (eut)
202. Alprazolam = Trankimazin (ans)	406. Estimulantes sintéticos (catinonas) (est)	706. Clotiapina = Etumina (psy)	990. Otras drogas (Antieméticos, Miorrelajantes, Anticatarrales, Antitusígenos) (otr)
203. Bromazepam = Lexatin (ans)	407. Estimulantes sintéticos (Piperazinas) (est)	707. Clozapina = Leponex, Nemea (psy)	
204. Buspirona = Buspar = Ansial (ans)	408. Metilfenidato = Rubifen, Medikinet, Concerta, Equasym, Medicebran, Ritalin (est)	708. Flufenazina = Modecate (psy)	
205. Clonazepam = Rivotril (ans)	409. Pastillas adelgazantes (est)	709. Haloperidol (psy)	
206. Clorazepato = Tranxilium (ans)	410. Speed (est)	710. Levomepromazina = Sinogan (psy)	
207. Clordiazepóxido = Librium (ans)	420. Cocaína (coc)	711. Olanzapina = Zyprexa (psy) (dep)	
208. Diazepam = Valium (ans)	420. Cocaína = nieve, farlopa... (coc)	712. Paliperidona = Invega, Xeplion (psy)	
209. Flunitrazepam = Rohipnol (ans)	421. Cocaína = Bazuco, base (coc)	713. Perfenazina = Decentan (psy)	
210. Halazepam = Alapril (ans)	422. Cocaína = Crack (coc)	714. Periciazina = Nemactil (psy)	
211. Hidroxizina dihidrocloruro = Atarax (ans)	490. Estimulante desconocido (est)	715. Quetiapina = Seroquel, Psicotric (psy) (dep)	
212. Ketazolam = Sedotime (ans)	491. Otros estimulantes (est)	716. Reserpina = Serpalan (psy)	
213. Lorazepam = Orfidal (ans)	501. Marihuana, hachís, THC, Cannabis (can)	717. Risperidona = Risperdal (psy)	
214. Meprobamato = Equanil (ans)	502. Dronabinol = Marinol (can)	718. Sulpiride = Tepazepan (psy)	
215. Oxazepam = Suxidina (ans)	503. Nabilona = Cesamet (can)	719. Tiaprida = Tiaprizal (psy)	
216. Temazepam = Restoril (ans)	504. THC+cannabidiol = Sativex (can)	720. Trifluoperazina = Eskazine (psy)	
217. Triazolam = Halcion (ans)	505. Cannabinoides sintéticos (can)	721. Ziprasidona = Zeldox (psy)	
290. Otros ansiolíticos (ans)	601. Antidepresivos (dep)	722. Zuclopentixol = Clopixol (psy)	
291. Ansiolítico desconocido (ans)	602. Agomelatina = Thymanax, Valdoxan (dep)	790. Otros Antipsicóticos (psy)	
301. Opiáceos (opi)	603. Amineptina = Survector (dep)	791. Antipsicóticos desconocido (psy)	
302. Buprenorfina = Buprex, Subutex (opi)	604. Amitriptilina= Elavil, Tryptizol (dep)	801. Alucinógenos (alu)	
303. Cloroxazona = Parafon Forte DSC (opi)	605. Amoxapina = Demolox (dep)	802. Atropina (alu)	
304. Codeína = Codeisa, Perduretas (opi)	606. Atomoxetina = Stratterra (dep) (tdah)	803. Belladonna (alu)	
305. D-Propoxifeno = Deprancol (opi)	607. Bupropion = Zyntabac, Elontril (dep)	804. Éxtasis = MDMA (alu)	
306. Fentanilo = Abstral, Actiq, Durogesic (opi)	608. Citalopram = Seropram (dep)	805. Fenciclina = PCP, polvo de ángel (alu)	
307. Hidromorфона = Jurnista, Palladone (opi)	609. Clomipramina = Anafranil (dep)	806. Ketamina = Special K (alu)	
308. Laudanum = Láudano (opi)	610. Desipramina =Pertofran (dep)	807. LSD = ácido, tipi, secante (alu)	
309. Levacetilmetadol o LAAM = Orlaam (opi)	611. Desvenlafaxina = Pristiq (dep)	808. Mescalina (alu)	
310. Morfina (opi)	612. Doxepina hidrocloruro = Sinequam (dep)	809. Peyote (alu)	
311. Opio (opi)	613. Duloxetina = Cymbalta (dep)	810. Setas = Psilocibina (alu)	
312. Oxicodeona = Targin, Oxynorm (opi)	614. Escitalopram = Esertia, Cipralax (dep)	890. Otros alucinógenos (alu)	
313. Oximorfina (opi)	615. Fenelezina = Nardil (dep)	891. Alucinógeno desconocido (alu)	
314. Pentazocina = Talwin (con Naloxona), Talacén (con paracetamol) (opi)	616. Fluoxetina = Prozac (dep)	901. Anticonvulsivantes (anticon)	
315. Petidina o Meperidina (DCI) = Demerol (opi)	617. Fluvoxamina = Dumirox (dep)	902. Carbamazepina = Tegretol (anticon)	
316. Suboxone (buprenorfina + naloxona) (opi)	618. Imipramina = Tofranil (dep)	903. Gabapentina = Neurontin (anticon)	
	619. Maprotilina = Ludiomil (dep)	904. Lamotrigina = Crisomet, Lamictal (anticon) (dep) (eut)	

Anexo 8.- Variable "alldrugcodes" en español. Listado de Fármacos y Drogas con su nombre científico, nombre comercial o nombre "en la calle". Adaptación lingüístico-cultural

Marijuana & Hashish	
Category	Examples of Commercial & Street Names
Marijuana	Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) ; Blunt, dope, ganja, grass, herb, joint, bud, Mary Jane, pot, reefer, green, trees, smoke, sinsemilla, skunk, weed
Hashish	Boom, gangster, hash, hash oil, hemp
Cocaine & Crack	
Category	Examples of Commercial & Street Names
Cocaine	Cocaine hydrochloride: blow, bump, C, candy, Charlie, coke, crack, flake, rock, snow, toot
Heroin & Opium	
Category	Examples of Commercial & Street Names
Heroin	Diacetylmorphine: smack, horse, brown sugar, dope, H, junk, skag, skunk, white horse, China white; cheese (with OTC cold medicine and antihistamine)
Opium	Laudanum, paregoric: big O, black stuff, block, gum, hop
Painkillers & Opiates	
Category	Examples of Commercial & Street Names
Codeine	Empirin with Codeine, Fiorinal with Codeine, Robitussin A-C, Tylenol with Codeine, Phenaphen w/Codeine; Captain Cody, Cody, schoolboy; (with glutethimide: doors & fours, loads, pancakes and syrup)
Morphine	Roxanol, Duramorph, Dromoran, Stadol (butorphanol); M, Miss Emma, monkey, white stuff
Methadone	Methadose, Dolophine; fizzies, amidone, (with MDMA: chocolate chip cookies)
Fentanyl & analogs	Actiq, Duragesic, Sublimaze; Apache, China girl, China white, dance fever, friend, goodfella, jackpot, murder 8, TNT, Tango and Cash
Other opioid pain relievers: Oxycodone HCL, Hydrocodone Bitartrate, Hydromorphone, Oxymorphone, Meperidine, Propoxyphene, Pentazocine, Dihydrocodeine	Tylox, Oxycontin, Percodan, Percocet: Oxy, O.C., oxycotton, oxycet, hillbilly heroin, percs Vicodin, Lortab, Lorcet; Vike, Watson-387 Dilaudid; juice, smack, D, footballs, dillies Hycodan, Opana, Numporphan, Numorphone; biscuits, blue heaven, blues, Mrs. O, octagons, stop signs, O bomb Demerol, meperidine hydrochloride; demmies, pain killer Darvon, Darvocet, Wygesic, Talwin, Talwin NX, Paracodin

Hallucinogens & Club Drugs	
Category	Examples of Commercial & Street Names
LSD	Lysergic acid diethylamide: acid, blotter, cubes, microdot yellow sunshine, blue heaven
Mescaline	Buttons, cactus, mesc, peyote
Psilocybin	Magic mushrooms, purple passion, shrooms, little smoke
MDMA	Ecstasy, Adam, clarity, Eve, lover's speed, peace, uppers
Flunitrazepam	Rohypnol: forget-me pill, Mexican Valium, R2, roach, Roche, roofies, roofinol, rope, rophies
GHB	Gamma-hydroxybutyrate: G, Georgia home boy, grievous bodily harm, liquid ecstasy, soap, scoop, goop, liquid X
Ketamine	Ketalar SV: cat Valium, K, Special K, vitamin K
PCP and analogs	Phencyclidine: angel dust, boat, hog, love boat, peace pill
Salvia divinorum	Salvia, Shepherdess's Herb, Maria Pastora, magic mint, Sally-D
Dextromethorphan (DXM)	Found in cough and cold medications: Robotripping, Robo, Triple C
Anticholinergics	Belladonna
Other Drugs	
Category	Examples of Commercial & Street Names
Anabolic steroids	Anadrol, Oxandrin, Durabolin (nandrolone phenylpropionate), Deca-Durabolin (nandrolone decanoate), Depo-Testosterone, Equipoise, Boldenone, Winstrol (stanozolol), Oxandrin (oxandrolone), Dianabol (methandrostenolone), Testosterone Cypionate: roids, juice, gym candy, pumpers
Inhalants	Solvents (paint thinners, gasoline, glues, cleaning fluid, lighter fluid); gases (butane, propane, aerosol propellants, nitrous oxide); nitrites (isoamyl, isobutyl, cyclohexyl): laughing gas, poppers, snappers, whippets
Selective Serotonin reuptake inhibitors (SSRI)	Zoloft (sertraline)
Tricyclics	Elavil (amylnitrate)
Antipsychotics	Thorazine, Prolixin, Promazine, Reserpine, Stelazine, Haldol (haloperidol); Compazine
Antihistamines	Benadryl

Sedatives, Sleeping Pills, & Anxiety Medications	
Category	Examples of Commercial & Street Names
Barbiturates	Amytal, Nembutal (pentobarbital), Seconal (secobarbital), Luminal (phenobarbital), Veronal (barbital), Quaalude/Sopor (methaqualone), Tuinal; barbs, reds, red birds, phennies, tooles, yellows, yellow jackets
Benzodiazepines	Ativan (lorazepam), Halcion (triazolam), Librium, Limbitrol, Valium (diazepam), Xanax, Vertran, Klonopin (clonazepam), Tranxene (clorazepate), Restoril (temazepam), Miltown/Equanil (meprobamate), Serax (oxazepam), Dalmane (flurazepam); candy, downers, sleeping pills, tranks
Sleep Medications/Hypnotics	Ambien (zolpidem), Sonata (zaleplon), Lunesta (eszopiclone), Valmid, Placidyl, Chloral Hydrate, Doriden; forget-me pill, Mexican Valium, R2, Roche, roofies, roofinol, rope, rophies
Antihistamines	Afarax, Vistaril,
Azapirones	BuSpar (buspirone)
Stimulants	
Category	Examples of Commercial & Street Names
Amphetamines	Biphetamine, Dexedrine, Adderall, Benzedrine, Sanorex, Dexamyl, Eskatrol, Methedrine, Ephedrine; bennies, black beauties, crosses, hearts, LA turnaround, speed, truck drivers, uppers
Methamphetamine	Desoxyn; meth, ice, crank, chalk, crystal, fire, glass, go fast, speed
Methylphenidate	Concerta, Ritalin; JIF, MPH, R-ball, Skippy, the smart drug, vitamin R
Anorectics	Pondimin, Fastin, Preludin; diet pills
Other	Cylert (pemoline)

Anexo 9.- Listado de Drogas en inglés. Fármacos y Drogas con su nombre científico, nombre comercial o nombre "en la calle". Adaptación lingüístico-cultural

(None "No sabe leer ni escribir",

SomeGrammar "Primarios incompletos; sabe leer y escribir sin haber finalizado Primaria",

CompletedGrammar "Primarios completos; cinco cursos aprobados de EGB o Primaria actual o Programas de Garantía Social o PCPI (programas de cualificación profesional inicial) o ESO incompleta",

SomeHS "Primera etapa de educación secundaria: Graduado escolar, Bachillerato elemental, EGB o ESO, haber aprobado las Pruebas de acceso a ciclos formativos de grado medio",

CompletedHS "FP de grado medio: oficialía industrial, FP I y ciclos formativos de grado medio", GED "Enseñanzas de bachillerato: Bachillerato superior, BUP, Bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU o Prueba de acceso a la universidad (>25 años)",

SomeCollege "FP de grado superior, Maestría industrial, FP II, Ciclos formativos de grado superior, estudios de artes aplicadas y oficios", SomeTechnical "Universitarios de grado medio: Diplomaturas, Enseñanzas universitarias de ciclo corto y enseñanzas universitarias de primer ciclo (3 cursos)",

Completed2year "Universitarios de grado superior: Licenciaturas o Grados ", CompletedCollege "Universitarios de 3er ciclo: Doctorados, Másteres, y estudios de Postgrado", SomeGrad "Otros grados / estudios profesionales",

Other "Otros")

Anexo 10.- Variable "educacion". Adaptación lingüístico-cultural.

- Debe haber bebido ^FFourFiveDrinks2 UBEs en un solo día (1 UBE=10g de alcohol, mirar tabla de correspondencias).@G

VINO (blanco, tinto, ...):	ml	UBE
1 vaso	100	1
1 litro	1000	10
DESTILADOS (whisky, ron, ...):		
1 carajillo	25	1
1 copa/combinado	50	2
1 botella	750	30
	1000	40
CERVEZA:		
1 caña	200	1
1 botella	1000	5
JEREZ, LICOR DE FRUTAS:		
1 copa	50	1
1 botella	1000	20

Anexo 11.- Equivalencias entre cantidad de alcohol y gramos. Adaptación lingüístico-cultural.

<p><b>Co-Directora</b> Marta Torrens Mèlich</p> <p>Directora Procés Atenció Addiccions de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar. Cap del Grup de Recerca en Addiccions (GRAd) del Programa d'Investigació en Neuropsicofarmacologia de l'Institut Hospital Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM-Hospital del Mar). Profesora de Psiquiatria - Universitat Autònoma de Barcelona</p> <p><b>Co-Director y docente del curso:</b> Dr. Juan Ignacio Mestre Pintó</p> <p>Grup de Recerca en Addiccions (GRAd) del Programa d'Investigació en Neuropsicofarmacologia de l'Institut Hospital Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM-Hospital del Mar). Profesor asociado de la Universitat Pompeu Fabra (UPF) de Barcelona</p>	<p><b>PRISM-5</b> (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders)</p> <p>Dr Aiguader 88 Edifici PRBB Barcelona 08003 Metro L4 Ciutat Vella Teléfono: 93 3160697 <a href="http://www.imim.es">http://www.imim.es</a></p>	<p>Curso de formación Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias.</p> <p><b>PRISM -5</b> (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders)</p> <p><b>Marta Torrens</b> <b>Juan Ignacio Mestre-Pintó</b></p> <p><b>Barcelona</b> 22 y 23 de Noviembre de 2018</p>
<p>Este curso está organizado por el Grup de Recerca en Addiccions GRAd, Programa de investigació en Neuropsicofarmacologia-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM-Hospital del Mar), en col·laboració amb la Red de Trastornos Adictivos (RTA).</p>	<p>Curso Organizado por:</p>  <p>Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques</p> <p>En col·laboració con:</p>  <p>Red de Trastornos Adictivos</p> <p>Curso avalado por:</p>  <p>WADD World Assoc 2007 SEPD Spanish Soc 2011</p> <p>Curso acreditado por:</p>  <p>Consell Català de Formació Continuada Professions Sanitàries</p>	

Anexo 12.- Anverso del Tríptico del "Curso de formación PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)".



### La entrevista PRISM-5

Es una entrevista semiestructurada e informatizada que fue diseñada para resolver los problemas de diagnóstico de otras patologías psiquiátricas en personas con trastornos por consumo de sustancias. La PRISM-5 evalúa 21 trastornos del Eje I y dos trastornos del Eje II según el DSM-5.

### Objetivos del curso

- Introducir los tres conceptos principales de diagnóstico comórbido en la PRISM: trastorno mental primario, trastorno inducido por sustancias y los efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia.
- Presentar la organización y convenciones de la PRISM, así como la estructura de sus apartados.
- Proporcionar información práctica sobre la propia entrevista, apartado por apartado, haciendo énfasis en cómo se aplican los conceptos diagnósticos.
- Para la certificación de los asistentes como expertos evaluadores deberán completar una entrevista PRISM, grabarla el audio y enviarla para ser evaluada por un experto. Una vez evaluada y aprobada, se expedirá el certificado pertinente de acreditación.

### Dirigido a:

Licenciados en medicina, psicología y graduados en otras disciplinas relacionadas, con experiencia clínica en población consumidora de sustancias y población psiquiátrica.

### Duración:

El curso consta de 20 h y se realizará los días 8 y 9 de Mayo de 2018 (de 8:00 a 18:00h). Se requieren las horas de práctica necesarias para la administración de la entrevista

### Inscripción

Gastos de inscripción: 650€  
Contactar con: Joan Mestre  
(jmestre@imim.es)

### Localización



Edificio PRBB - IMIM  
Sala Creta (Seminario 127), 1a planta  
Dr. Aiguader, 88. Barcelona (08003)

### Cómo llegar

El Grup de Recerca en Addiccions (GRAD) de l'Institut Hospital Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM-Hospital del Mar) se encuentra situado en la calle Doctor Aiguader, n. 88 de Barcelona, en la primera planta del Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona (PRBB) (forma elíptica y recubrimiento de madera), delante del frente marítimo de Barcelona, entre el Hospital del Mar y el Hotel Arts.

### Metro L-4 (Amarilla)

Parada Ciutadella/Vila Olímpica (girando por las calles Ramon Trias Fargas, caminando unos metros en dirección mar, se divisa el Hotel Arts a su izquierda y el edificio del PRBB a la derecha).

### Programa

#### Jueves 22 de Noviembre

8:00 Entrega de la documentación  
8:15 - 11:00 ¿Qué es la PRISM?  
Convenciones y concepto de comorbilidad en la PRISM  
Apartado 1 – Visión general  
Apartados 2-3 – Evaluación de alcohol y sustancias  
Abuso y dependencia de alcohol y sustancias  
Apartado 4 – Revisión de conceptos de comorbilidad  
Depresión mayor primaria e inducida por sustancias  
11:00 - 11:15 Café  
11:15 - 12:00 Continuación  
Apartados 5-7 - Distimia, manía, ciclotimia  
Apartado 8- Psicosis primaria e inducida por sustancias  
Apartados 9-15 - Trastornos de ansiedad  
Apartados 16-17 - Trastornos de la conducta alimentaria  
Apartados 18-19-T. límite y antisocial de la personalidad  
Apartado 20: Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad.  
12:00 - 14:00 Role Play I  
14:00 - 15:00 Comida  
15:00 – 17:00 Continuación del Role-play I  
17:00 – 18:00 Turno de preguntas

#### Viernes 23 de Noviembre

8:00 Revisión de los conceptos presentados el día 1  
9:30 – 11:00 Role-play II  
11:00 - 11:15 Café  
11:15 - 14:00 Role-play II  
14:00 - 15:00 Pausa Comida  
15:00 – 17:00 Base de datos  
Introducción y manejo de datos Epidata y SPSS  
17:00 – 18:00 Turno de preguntas.  
Instrucciones para obtener el certificado en la PRISM

**ES IMPRESCINDIBLE DISPONER DE UN ORDENADOR PORTATIL**

Anexo 13.- Reverso del Tríptico del "Curso de formación PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)".



Marta Torrens  
Coordinadora del Grup de Recerca en Addiccions  
Certifica que



Ha asistido al curso de formación  
Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias.  
PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders)  
Realizado los días 13 y 14 de Febrero de 2020

Juan Ignacio Mestre Pintó  
Responsable de los cursos de formación  
PRISM del Grup de Recerca en Addiccions (GRAd)

Marta Torrens Mèlich  
Directora de los cursos de formación  
PRISM del Grup de Recerca en Addiccions (GRAd)

Curso organizado por el Grup de Recerca en Addiccions (GRAd)

En colaboración con la Red de Trastornos Adictivos

Curso avalado por la World Association on Dual Disorders  
y la Sociedad Española de Patología Dual



Anexo 14.- Certificado que acredita haber superado el "Curso de formación PRISM 5 (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM 5)".

*En perseguirme, Mundo, ¿qué interesas?*

*¿En qué te ofendo, cuando sólo intento*

*poner bellezas en mi entendimiento*

*y no mi entendimiento en las bellezas?*

*Yo no estimo tesoros ni riquezas;*

*y así, siempre me causa más contento*

*poner riquezas en mi pensamiento*

*que no mi pensamiento en las riquezas.*

*Y no estimo hermosura que, vencida,*

*es despojo civil de las edades,*

*ni riqueza me agrada fementida,*

*teniendo por mejor, en mis verdades,*

*consumir vanidades de la vida*

*que consumir la vida en vanidades.*

*(En perseguirme, Mundo, ¿qué interesas?;*  
*Sor Juana Inés de la Cruz)*



**Universitat Autònoma de Barcelona**

**Facultat de Medicina**

**Departament de Psiquiatria  
y Medicina Legal**