

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabituación

Assessment of happiness in patients diagnosed with substance use disorders throughout detoxification programs

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Clara Lucas Guerra

DIRIGIDA POR

Héctor González Ordi
Ramón del Gallego Lastra

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Programa de doctorado en Cuidados en Salud

TESIS DOCTORAL

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabituación.

Assessment of happiness in patients diagnosed with substance use disorders throughout detoxification programs

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA PRESENTADA POR:

Clara Lucas Guerra

DIRECTORES:

Héctor González Ordi

Ramón del Gallego Lastra

Agradecimientos

Me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento a mis directores de tesis, los profesores doctores Don Héctor González Ordi y Don Ramón del Gallego Lastra, por su valiosa dirección, pero también por su apoyo, sus consejos, dedicación y acompañamiento. Gracias por la generosidad y la empatía demostradas en todo momento.

Gracias también al profesor doctor Don Lars Thore Fadnes de la Universidad de Bergen y a todo su equipo, en especial al doctor Don Jørn Henrik Vold, por la confianza depositada, por la formación recibida y por permitirme vivir una maravillosa experiencia que no olvidaré.

Mi agradecimiento al personal del centro concertado de atención a las adicciones de la Cruz Roja y en particular a María García-Inés Alcalde por permitirme llevar a cabo esta investigación en el centro e incluirme en el equipo desde el primer momento.

Por supuesto, quisiera agradecer a los pacientes que me han confiado parte de su cuidado y han formado parte de mi camino. Ellos han sido una fuente inagotable de búsqueda de conocimiento, pero también de grandes enseñanzas de la vida.

Gracias, de nuevo, a todos los compañeros de trabajo que de una manera u otra me han enseñado y acompañado en todos los servicios donde he trabajado, gracias por la paciencia y la solidaridad. Me gustaría agradecer especialmente a mis compañeros de la Universidad Camilo José Cela: Noemí, Marina, Raquel M. y Raquel D., Lupe, Cristina, Juan Pablo, Edurne, David y un largo etcétera, sin sus consejos, su buen hacer y su generosidad esta tesis quizás no hubiera visto la luz. Gracias a mis compañeros de la planta 4100 del Hospital Universitario Gregorio Marañón que con su compañerismo, simpatía y buen humor me ayudaron a entender que los trastornos por consumo de sustancias son mucho más de lo que parecen.

Quisiera agradecer con especial cariño a mi madre, que ha luchado siempre para darme el mejor regalo: una buena educación. Gracias por la perseverancia y por ayudarme a entender que el esfuerzo y el cariño todo lo pueden. Gracias al resto de mi familia y también a mis amigos por ser un ejemplo de bondad, lealtad y alegría.

Gracias a mi marido, Rubén, por su apoyo absolutamente incondicional, por asumir cargas, por su generosidad y empatía sin límites en uno de los viajes más intensos que hemos realizado. Gracias por darle un significado propio a la felicidad.

Y, por último, gracias a mi padre que, desde arriba, sabrá lo que ha costado alcanzar esta victoria.

Índice

ÍNDICE DE TABLAS.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIV
LISTADO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS	XV
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT.....	XIX
1. INTRODUCCIÓN	21
1.1. Aspectos definitorios de los trastornos por consumo de sustancias.....	23
1.2. Diagnóstico	24
1.3. Definición de los principales tipos de sustancias consumidas y sus variedades de consumo.....	26
1.4. Situación actual del consumo de sustancias.....	30
1.4.1. Situación actual del consumo de sustancias a nivel mundial	30
1.4.2. Situación actual del consumo de sustancias en Europa	37
1.4.3. Situación actual del consumo de sustancias en España	39
1.4.4. Situación actual del consumo de sustancias en Noruega	52
1.5. Impacto de los trastornos por consumo de sustancias	56
2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	59
2.1. Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente	60
2.2. Psicología positiva	63
2.2.1. Teorías de Martin Seligman.....	64
2.2.2. Estado actual del tema	70
2.2.3. Teorías sobre la felicidad.....	71
2.2.4. Informe mundial de la felicidad	77
2.2.5. Principales determinantes de la felicidad.....	79
2.2.6. Relación entre felicidad y salud	80
3. JUSTIFICACIÓN.....	83
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	87
4.1. Hipótesis de investigación.....	88
4.2. Objetivo general.....	88

4.3. Objetivos específicos	88
5. METODOLOGÍA.....	91
5.1. Metodología del estudio de Noruega.....	92
5.1.1. Tipo de estudio	92
5.1.2. Ámbito del estudio	92
5.1.3. Procedimiento de recogida de datos	93
5.1.4. Población y muestra.....	94
5.1.5. Instrumento de recogida de datos para la variable «felicidad»	95
5.1.6. Definición de las variables del estudio, incluyendo factores sociodemográficos y clínicos.....	95
5.1.7. Instrumento de medida para el distrés psicológico	96
5.1.8. Análisis estadístico	96
5.1.9. Aspectos éticos	98
5.2. Metodología del estudio de España	99
5.2.1. Tipo de estudio	99
5.2.2. Ámbito del estudio	99
5.2.3. Procedimiento de recogida de datos	99
5.2.4. Población y muestra.....	99
5.2.5. Instrumento de recogida de datos para la variable «felicidad» ...	100
5.2.6. Definición de las variables del estudio, incluyendo factores sociodemográficos y clínicos.....	100
5.2.7. Instrumento de medida para el distrés psicológico	101
5.2.8. Análisis estadístico	102
5.2.9. Aspectos éticos	102
6. RESULTADOS	105
6.1. Resultados recogidos en Noruega	106
6.1.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas en Noruega.....	106
6.1.2. Descripción del nivel de felicidad.....	107
6.1.3. Distribución de la felicidad, consumo de sustancias y distrés psicológico en función de las características sociodemográficas y clínicas en Noruega	109

6.1.4. Correlación entre la felicidad, el distrés psicológico y los intentos de suicidio	111
6.1.5. Asociación entre la felicidad y los factores sociodemográficos y clínicos a lo largo del tiempo	111
6.2. Resultados recogidos en España.....	113
6.2.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas en España.....	113
6.2.2. Descripción del nivel de felicidad.....	115
6.2.3. Distribución de la felicidad, consumo de sustancias y distrés psicológico en función de las características sociodemográficas y clínicas en España.....	115
6.2.4. Contraste de hipótesis.....	116
6.2.5. Correlación entre la felicidad, el distrés psicológico y los intentos de suicidio	117
6.2.6. Modelo de regresión lineal multivariante	117
6.3. Comparación del nivel de felicidad entre España y Noruega.....	119
7. DISCUSIÓN.....	121
7.1. Datos demográficos y clínicos de las muestras	123
7.2. Discusión de los resultados recogidos en Noruega.....	124
7.2.1. Nivel de felicidad y sus cambios en el tiempo	124
7.2.2. Impacto del consumo sobre la felicidad.....	127
7.2.3. Impacto del distrés psicológico sobre la felicidad y correlación entre felicidad, distrés e intentos de suicidio	129
7.2.4. Discusión sobre las variables predictoras de la felicidad.....	132
7.3. Discusión de los resultados recogidos en España	135
7.3.1. Nivel de felicidad.....	135
7.3.2. Impacto del consumo sobre la felicidad.....	137
7.3.3. Impacto del distrés psicológico sobre la felicidad y correlación entre felicidad, distrés e intentos de suicidio	138
7.3.4. Discusión sobre las variables significativas de la felicidad.....	141
7.4. Comparativa entre el nivel de felicidad entre Noruega y España	143
7.5. Fortalezas y limitaciones del estudio	146
8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	149

9. CONCLUSIONES.....	151
10. CONCLUDING REMARKS.....	153
BIBLIOGRAFÍA	155
ANEXOS	183
Anexo I. Características sociodemográficas de los pacientes admitidos a tratamiento en España	184
Anexo II. Memoria de la estancia doctoral	187
Anexo III. Metodología de la tesis en inglés / <i>Additional File 3: Methods</i>	189
Anexo IV. Lista de verificación de síntomas de Hopkins (SCL-25) / <i>Additional File 4: Hopkins symptom checklist 10 (SCL-10)</i>	199
Anexo V. Informe de protocolo favorable del comité de ética de la Universidad Complutense de Madrid / <i>Additional File 5: Favourable protocol report of the ethics committee of Universidad Complutense de Madrid/</i> .	201
Anexo VI. Modelo de consentimiento informado entregado a los pacientes de los CCAD Centro Cruz Roja y CCAD Casa de Campo	202
Anexo VII. Modelo de cuestionario entregado a los pacientes de los CCAD Centro Cruz Roja y CCAD Casa de Campo	204
Anexo VIII. Pruebas de dependencia entre la variable felicidad y el resto de variables sociodemográficas.....	207
Anexo IX. Modelo de regresión lineal múltiple «backward»	208
Anexo X. Publicaciones adicionales de la tesis doctoral	211

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución del porcentaje de admisiones a tratamiento en función de las drogas consumidas	42
Tabla 2. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias legales e ilegales en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años y en la población con riesgo de suicidio (%) en España en 2022	50
Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de Noruega al inicio	107
Tabla 4. Distribución de la felicidad, consumo de sustancias y distrés psicológico en función de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de Noruega.	110
Tabla 5. Correlación de Pearson para la felicidad, distrés e intentos de suicidio para los pacientes de Noruega.....	111
Tabla 6. Modelo de regresión lineal mixto ajustado de las asociaciones entre el nivel de felicidad autopercebido y las variables sociodemográficas y clínicas al inicio y a lo largo del tiempo para los pacientes de Noruega	112
Tabla 7. Características sociodemográficas y clínicas al inicio de los pacientes de España	114
Tabla 8. Distribución de la felicidad, distrés psicológico y consumo de sustancias en función de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de España	116
Tabla 9. Resumen de los coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple «backward» para la variable felicidad para los pacientes de España.....	117
Tabla 10. Resumen de los resultados al inicio de los pacientes de Noruega y España al inicio.....	118

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de la primera sustancia consumida con mayor frecuencia de tratamiento en 2020.....	30
Figura 2. Distribución de las muertes por trastornos por consumo de sustancias de 1990 a 2019.....	33
Figura 3. Número de personas con consumo de drogas por vía intravenosa en 2020...34	
Figura 4. Carga global de la enfermedad atribuible al alcohol y a los trastornos por consumo de sustancias en 2019.....	35
Figura 5. Distribución mundial de la mortalidad atribuida al trastorno por consumo de sustancias.....	36
Figura 6. Número de muertes inducidas por drogas notificadas en la UE en 2012 y 2020, o en el año más reciente, por intervalo de edad y género.....	38
Figura 7. Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales en España (1996-2020).....	41
Figura 8. Variables y componentes del modelo transteórico.....	60
Figura 9. Modelo transteórico del cambio.....	61
Figura 10. Distribución de los cambios entre los niveles de felicidad alto (verde), medio (amarillo) y bajo (rojo) al inicio y en el seguimiento anual posterior en los pacientes de Noruega (n = 572).....	108

Listado de abreviaturas, siglas y acrónimos

Se especifican las abreviaturas por orden alfabético.

a. C.	Antes de Cristo
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
CCAD	Centros Concertados de Atención a las Adicciones
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades, décimo primera edición
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i> [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]
DSM-5-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: text revisión</i> [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado]
EDADES	Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España
ESTUDES	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España
GHB	Gamma-hidroxibutirato
HSCL-25/SCL-25	<i>The Hopkins Symptoms Checklist-25</i> [Escala Hopkins Symptom Checklist]
IC/CI	Intervalo de confianza [<i>Confidence Interval</i>]
ICD version 10/CIE-10	<i>International Classification of Diseases version 10</i> [Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición]
IQR/ RIQ	<i>Interquartile range</i> [rango intercuartil]
MDMA	Metilendioximetanfetamina
OAT	<i>Opioid Agonist therapy</i>
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Odds Ratio
PIB	Producto interior bruto
PNSD	Plan Nacional Sobre Drogas
SD/DE	<i>Standard deviation</i> / Desviación estándar
Sig	Nivel de significación
SUD	<i>Substance use disorders</i>
THC	Tetrahidrocannabinol
UE	Unión Europea
UNODC	<i>United Nations of Drug and Crime</i>

USD	Dólares estadounidenses
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WHR	<i>World Happiness Report</i> [Informe mundial de felicidad]

Resumen

Título: Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabituación.

Introducción: Los trastornos por consumo de sustancias son fenómenos complejos que afectan a múltiples aspectos de la vida del individuo. Los estudios relacionados con las emociones positivas en el contexto de la deshabituación, particularmente el estudio de la felicidad, emergen como elementos potencialmente transformadores en el tratamiento y la recuperación.

Objetivo: Describir el nivel de felicidad y sus cambios en el tiempo en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabituación, analizando las variables predictoras de la felicidad.

Metodología: Se presenta un estudio de cohortes prospectivo con seguimiento anual realizado en Noruega entre 2017 y 2023 y un subestudio de cohortes prospectivo con resultados preliminares realizado en España en 2024. Para el estudio realizado en Noruega se reclutaron pacientes con trastorno por consumo de sustancias en ocho clínicas ambulatorias y clínicas municipales de programas de deshabituación. Un total de 967 pacientes con trastornos por uso de sustancias fueron examinados al inicio de los cuales se hizo seguimiento a 572 pacientes en las evaluaciones anuales que incluían la evaluación del nivel de felicidad autoinformado. El nivel de felicidad se evaluó con una escala Likert de once puntos (desde 0 «completamente infeliz» hasta 10 «completamente feliz»). El distrés psicológico se evaluó con la escala SCL-10. Se utilizó un modelo de regresión lineal mixto para analizar las asociaciones entre las exposiciones y el nivel de felicidad y su evolución temporal de la muestra de Noruega. Para el estudio realizado en España se reclutaron pacientes con trastorno por consumo de sustancias en dos centros concertados de atención a las adicciones de Cruz Roja. Un total de 50 pacientes con trastornos por uso de sustancias fueron examinados en una única medición que incluyó la evaluación del nivel de felicidad autoinformado. El nivel de felicidad se evaluó con una escala Likert de once puntos (desde 0 «completamente infeliz» hasta 10 «completamente feliz»). El distrés psicológico se evaluó con la escala SCL-25. Se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple «backward». El umbral de significación estadística se estableció en $p < 0,05$ en ambos estudios.

Resultados: Al inicio de las mediciones la puntuación media del nivel de felicidad en Noruega fue del 4,5 (intervalo de confianza (IC) del 95 %: 3,5;5,4), con un incremento de la felicidad con el tiempo del 1,1 (IC 95 %: 0,2;1,9). Al inicio el nivel de felicidad de aquellos pacientes que vivían con alguien fue significativamente mayor (β : 0,9; IC 95 %: 0,6; 1,2) en comparación con aquellos que vivían solos (valor de referencia del modelo).

Un mayor consumo de sustancias se asoció con una puntuación más baja del índice de felicidad al inicio del estudio (β : -2,4; IC 95 %: -3,2; -1,6). El valor del coeficiente se reduce sustancialmente con el tiempo por lo que la asociación entre felicidad y consumo también se reduce (β : 0,54; IC 95 %: 0,2; 0,8). En las evaluaciones anuales, estar en tratamiento con metadona y buprenorfina tiene un impacto negativo sobre la felicidad (β : -1,2; IC 95 %: -2; -0,5 y β : -1,2; IC 95 %: -1,9; -0,4 respectivamente). Se observó una correlación negativa moderada entre los valores iniciales del nivel de felicidad y la medición media del SCL-10 (-0,55) ($p < 0,05$). La puntuación media de felicidad al inicio de las mediciones en España fue de 4,99 (DE: 2,41). Las variables significativas con un impacto relevante sobre la felicidad con distrés psicológico (β : -1,92; IC 95 %: -2,7; -1,13), la edad (β : -0,07; IC 95 %: -0,12; -0,01) y el tratamiento (β : 0,59; IC 95 %: 0,03; 1,14). La correlación entre los valores iniciales del nivel de felicidad y la medición media del SCL-25 fue de -0,47 ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias incluidos en programas de deshabituación en Noruega y España muestran bajos niveles de felicidad al inicio de las mediciones, pero se ha observado un incremento anual en la muestra de Noruega. Evaluar la felicidad y su evolución junto con otros indicadores, como el distrés psicológico, permite un enfoque más individualizado de las necesidades del paciente, lo que es fundamental para diseñar estrategias de intervención.

Abstract

Title: Assessment of happiness in patients diagnosed with substance use disorders throughout the detoxification programs.

Introduction: Substance use disorders are complex phenomena that affect many aspects of an individual's life. Studies of positive emotions in the context of detoxification, particularly the study of happiness, are emerging as potentially transformative elements in treatment and recovery.

Objectives: To assess the level of happiness and its changes over time in patients with substance use disorders during the detoxification process and to analyse predictor variables of happiness.

Methods: We present a prospective cohort study with annual follow-up conducted in Norway between 2017 and 2023, and a prospective cohort substudy with preliminary results conducted in Spain in 2024. For the Norwegian study, patients with substance use disorders were recruited from eight outpatient clinics and municipal clinics of detoxification programs. A total of 967 patients with substance use disorders were assessed at baseline, of whom 572 were followed up with annual assessments, including an assessment of self-reported happiness. Happiness was assessed using an eleven-point Likert scale (from 0 'completely unhappy' to 10 'completely happy'). Psychological distress was assessed using the SCL-10 scale. A linear mixed regression model was used to analyse the associations between exposures and levels of happiness and their temporal evolution in the Norwegian sample. For the study in Spain, patients with substance use disorders were recruited from two Red Cross addiction treatment centres. A total of 50 patients with substance use disorders were examined in a single measurement that included the assessment of self-reported levels of happiness. Happiness was assessed on an eleven-point Likert scale (from 0 'completely unhappy' to 10 'completely happy'). Psychological distress was assessed with the SCL-25 scale. A backward multiple linear regression model was used. The threshold for statistical significance was set at $p < 0.05$ in both studies.

Results: At the outset of the study, the mean happiness score in Norway was 4.5 (95% confidence interval (CI): 3.5;5.4). This score increased by 1.1 (95% CI: 0.2;1.9) over the course of the study. At the baseline measurement, the level of happiness of patients who were living with someone was significantly higher (β : 0.9, 95% CI: 0.6, 1.2) compared to patients who were living alone (baseline of the model). A higher incidence of substance use was found to be associated with a lower baseline happiness index score (β : -2.4, 95% CI: -3.2, -1.6). The coefficient value declines significantly over time, indicating a corresponding decline in the association between happiness and substance use (β : 0.54,

95% CI: 0.2, 0.8). At annual assessments, the administration of methadone and buprenorphine was found to have a negative impact on happiness, with β coefficients of -1.2 (95% CI: -2, -0.5) and -1.2 (95% CI: -1.9, -0.4), respectively. Additionally, a moderate negative correlation was observed between baseline happiness scores and the mean SCL-10 measure (-0.55) ($p < 0.05$). The mean happiness score at baseline in Spain was 4.99 (standard deviation: 2.41). The significant variables associated with happiness are psychological distress (β : -1.92 (95 % CI: -2.7, -1.13)), age (β : -0.07 (95 % CI: -0.12, -0.01)) and treatment (β : 0.59 (95 % CI: 0.03, 1.14)). A correlation was observed between the baseline values of the happiness level and the mean SCL-25 measurement, with a coefficient of -0.47 ($p < 0.05$).

Concluding remarks: Patients with substance use disorders who were enrolled in detoxification programmes in Norway and Spain exhibited low levels of happiness at baseline measurements. However, a yearly increase was observed in the Norwegian sample. By assessing happiness and its evolution together with other indicators, such as psychological distress, it is possible to gain a more individualised understanding of the patient's needs, which is essential for the development of effective intervention strategies.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ASPECTOS DEFINITORIOS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las sustancias psicoactivas son «diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento»¹.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) los trastornos debidos al uso de sustancias o a comportamientos adictivos son «los trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, lo que incluye los medicamentos, o comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y de refuerzo»². El DSM-5 define el trastorno por consumo de sustancias como la «asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia»³.

Desde un punto de vista antropológico y social, los trastornos por consumo de sustancias son mecanismos socioculturales en los que confluyen procesos de identificación, de construcción del «yo», estrategias de interacción o de negociación del rol en determinados contextos de relaciones económicas, sociales y expectativas culturales. Estos mecanismos contribuyen a la construcción del sujeto y hacia donde éste orienta su existencia, aunque en este caso sea en medio de áreas sustanciales de conflicto. En estas situaciones los efectos farmacológicos de las sustancias son un factor fundamental, pero no pueden contemplarse como el factor causal de las mismas, ya que sería una perspectiva simplista únicamente enfocada desde el modelo biomédico. Los trastornos por consumo de sustancias conforman un fenómeno que necesita ser articulado a todos los niveles⁴, como, por ejemplo, a nivel antropológico, social, biomédico y enfermero.

Ligado a esta perspectiva antropológica y social, el término «droga» en castellano es sinónimo de «sustancia psicoactiva» aunque puede tener distintos significados en función del contexto, en ocasiones con connotaciones ligadas al consumo de sustancias ilegales⁵. En el vocabulario anglosajón una droga es «cualquier medicamento que se utiliza con fines terapéuticos, incluyendo los medicamentos recetados entre otros»⁶. Mientras que las sustancias ilegales son «aquellas cuya producción, venta o uso está prohibida o limitada por las leyes y tratados internacionales y nacionales sobre el control de drogas»⁵. En el presente estudio se utilizará el término «sustancia» para designar el objeto de consumo, de acuerdo con la nomenclatura del DSM-5.

1.2. DIAGNÓSTICO

Según el DSM-5 y el DMS-5-TR los trastornos relacionados con sustancias engloban diez clases diferentes de drogas como el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias desconocidas. No obstante, todas las drogas que se consumen en exceso tienen la capacidad de activar los sistemas de recompensa cerebrales que intervienen en el refuerzo comportamental y la producción de recuerdos. En lugar de lograr la activación de los sistemas de recompensa a través de conductas adaptativas, estas sustancias producen una activación tan intensa de estos sistemas que pueden llegar a desatenderse las actividades normales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos tipos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Una particularidad importante de los trastornos por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en personas con trastornos graves. Estos cambios se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo de consumo intenso cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga. El trastorno por consumo de sustancias, de manera global, se resume en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. Este trastorno puede aparecer por consumo de alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, otros alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes (tipo Anfetamina, cocaína u otros estimulantes), tabaco o por consumo de otras sustancias o sustancias desconocidas.

En cuanto a la organización diagnóstica, el control deficitario sobre el consumo de la sustancia compone el primer grupo de criterios (Criterios del 1 al 4). La persona consume grandes cantidades de la sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto (Criterio 1). La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este (Criterio 2). La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos (Criterio 3). En los casos más graves, es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo (Criterio 4) manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha consumido la sustancia anteriormente. El ansia del consumo puede utilizarse como una medida del resultado terapéutico ya que puede ser señal de una recaída inminente.

El deterioro social constituye el segundo grupo de criterios (Criterios 5-7). El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales

en los ámbitos académicos, laboral o doméstico (Criterio 5). La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo (Criterio 6). Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debidas al consumo de sustancias (Criterio 7). La persona puede descuidar o abandonar las actividades familiares y las aficiones a causa del consumo.

El tercer grupo de criterios se refiere al consumo de riesgo de la sustancia (Criterios 8 y 9). Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico (Criterio 8). La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo (Criterio 9). El punto clave a la hora de valorar este criterio no es tanto la existencia del problema como el fracaso de la persona en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca.

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo (Criterios 10 y 11). La tolerancia (Criterio 10) se define como el aumento significativo de la dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual. La abstinencia (Criterio 11) es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Estos síntomas difieren enormemente según la clase de sustancia.

Los trastornos inducidos por sustancias hacen referencia a los cuadros sintomáticos que se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia exógena sobre el sistema nervioso central que abarca intoxicantes típicos —como el alcohol o la cocaína— medicamentos psicotrópicos —como los estimulantes o los sedantes hipnóticos— otros medicamentos o las toxinas medioambientales como los insecticidas organofosforados. Dentro de los trastornos inducidos por sustancias se incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos inducidos por sustancias o medicamentos como los trastornos psicóticos, bipolares, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos, del sueño, disfunciones sexuales, delirium y los trastornos neurocognitivos. La característica esencial de la intoxicación es el desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta de la sustancia. La característica esencial de la abstinencia es el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales junto con cambios cognitivos y fisiológicos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado o frecuente de la sustancia^{3,6}.

1.3. DEFINICIÓN DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS Y SUS VARIETADES DE CONSUMO

Alcohol

El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central, afecta a la función cerebral y puede llevar a la pérdida de autocontrol. Aunque puede producir euforia y desinhibición al principio, su efecto general es sedante. El componente principal de las bebidas alcohólicas es el etanol (o alcohol etílico), cuya concentración varía según el tipo de bebida y su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas se pueden clasificar en varias categorías:

- Fermentadas: Son aquellas bebidas naturales elaboradas exclusivamente a partir de la fermentación de alimentos como la uva, los cereales, los frutos carnosos o las bayas. Son características de este grupo el vino, la cerveza y la sidra, oscilando su graduación alcohólica entre 1°, 2° y 14°.
- Bebidas alcohólicas espirituosas o destiladas: Son todas aquellas bebidas obtenidas por destilación de productos fermentados, por maceración en alcohol etílico o por adición de aromas, azúcares u otros productos edulcorantes al alcohol etílico o destilados, o las mezclas de estas entre sí o con otras bebidas, para obtener mayores concentraciones de alcohol, superando los 15°. Entre ellas se encuentran el orujo, el pacharán, el vodka, el ron o la ginebra⁷.

Cannabis

El cannabis, proveniente de la planta *Cannabis sativa*, se utiliza para elaborar sustancias como el hachís y la marihuana. Los efectos psicoactivos del cannabis son principalmente atribuibles al tetrahidrocannabinol (THC), uno de sus principales compuestos activos. Los efectos del THC en el cerebro incluyen euforia, alteraciones en la percepción del tiempo y el espacio, relajación y aumento del apetito. Sin embargo, también puede causar ansiedad, paranoia y problemas de memoria en algunos usuarios. Los efectos del cannabis son mayores cuando este se consume fumado. Cuando se consume por vía oral, los efectos pueden aparecer de 30 a 180 minutos después. La concentración de THC varía según el tipo de preparado:

- Hachís: Es una resina concentrada de la planta y suele tener una mayor concentración de THC, a menudo entre 20 % y 60 %, aunque puede variar.

- Marihuana: Se refiere a las flores y hojas secas de la planta. Su contenido de THC también puede variar, pero suele estar entre el 5 % y el 30 %, dependiendo de la cepa y su cultivo.
- Aceite de hachís: Resina de hachís disuelta y concentrada⁷.

Heroína

La heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. Se incluye en el grupo de los opiáceos y tiene efectos depresores sobre el sistema nervioso central. Existen varios métodos de consumo, cada uno tiene diferentes velocidades de acción y efectos:

- Inyectada: Este es el método más rápido, ya que permite que la heroína llegue directamente al torrente sanguíneo. Los efectos son casi inmediatos, lo que aumenta el riesgo de sobredosis.
- Fumada: Fumar heroína también produce efectos rápidos, aunque ligeramente más lentos que siendo inyectada. Los usuarios suelen sentir una intensa euforia en cuestión de minutos.
- Inhalada: Este método tiene un inicio de acción más lento en comparación con la inyección y la fumada, pero sigue siendo efectivo. La heroína inhalada se absorbe a través de las membranas mucosas de la nariz.

Independientemente del método de consumo, la heroína puede causar una intensa sensación de euforia, pero también conlleva riesgos significativos de dependencia⁷.

Cocaína

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central. Se trata de una droga que se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca (*Erythroxylum coca*). Existen diversas formas de consumo de la cocaína (esnifada o inhalada, fumada, inyectada, etc.) que producen efectos más rápidos e intensos que la hoja masticada. Existen diferentes preparados a partir de esta droga:

- Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína: Es una de las formas más habituales de presentación. Se suele consumir esnifada (aspirada por la nariz) y tiene unos efectos casi inmediatos que duran entre 2 y 3 horas. Aunque menos frecuentemente, también se usa por vía inyectada, en ocasiones mezclándola con heroína.
- Pasta de coca: Es sulfato de cocaína y se fuma mezclado con tabaco o marihuana.
- «Crack» o cocaína base: Se consume fumada y su efecto es rápido, intenso y breve.

El riesgo de sobredosis es alto, especialmente con métodos de consumo que proporcionan efectos más rápidos⁷.

Drogas de síntesis

Es el nombre por el que se conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química entre las que cabe señalar el Gamma-hidroxibutirato (GHB), las anfetaminas o la ketamina. Contienen distintos derivados anfetamínicos o de otras sustancias que poseen efectos estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable, y que se encuentran en el mercado en diversas formas (pastillas, cápsulas, polvo, líquidos...). La fabricación en laboratorios clandestinos y el desconocimiento de su composición final, las convierte en especialmente peligrosas, pues los consumidores nunca saben exactamente qué están ingiriendo, por lo que sus efectos no son claramente previsibles. Las más frecuentes son las siguientes:

- Estimulantes:
 - Anfetaminas: Son sustancias sintéticas que aumentan la energía y la concentración. Las anfetaminas son potentes estimulantes que afectan al sistema nervioso central. Estas sustancias pueden producir una serie de efectos como el aumento de la energía, la disminución del apetito y mejoras en el rendimiento de tareas físicas y/o mentales. Sin embargo, el uso recreativo de anfetaminas conlleva riesgos significativos. Las principales vías de administración son la oral (en forma de tabletas o cápsulas), la inhalada (mediante la inhalación de anfetaminas en polvo), la inyectada y la fumada. Cada método de administración presenta diferentes riesgos para la salud, incluyendo un mayor potencial de adicción, efectos adversos y complicaciones médicas⁷.
 - Metanfetaminas: Son sustancias estimulantes derivadas de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso. Su presentación más común es en forma de un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua. Se puede consumir por vía oral, inhalada, fumada o inyectada, lo que determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce. Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar, a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo. Inmediatamente después de ser fumada o inyectada por vía intravenosa se produce una sensación intensa de placer que dura solo unos minutos. La inhalación y la ingesta oral provocan efectos de menor intensidad, más duraderos y de aparición algo más tardía (de 3 a 5 minutos si se inhala y de 15 a 20 minutos si es por vía oral)⁷.
 - Catinonas sintéticas: Producen efectos similares a los de las anfetaminas.

- Depresores:
 - Benzodiazepinas sintéticas.
 - GHB y sus análogos: son depresores del sistema nervioso central, aunque inicialmente producen bienestar y euforia. Se comercializan en forma de líquido y se consumen por vía oral, en ocasiones mezclados con agua o con alcohol. Pueden provocar un aumento de la sociabilidad y de la capacidad de comunicación, pero también somnolencia, obnubilación y, a dosis altas, ideas delirantes, alucinaciones y coma.
- Alucinógenos:
 - Ácido lisérgico (LSD): Un potente alucinógeno que afecta la percepción.
 - Dimetiltriptamina: Un alucinógeno que se encuentra en ciertas plantas, pero también se puede sintetizar.
- Drogas de diseño:
 - MDMA/«éxtasis»: Es una de las sustancias más consumidas (conocido técnicamente como MDMA o 3-4 metilenedioximetanfetamina). Se trata de una droga sintética con un efecto vigorizante y de aumento de la percepción a través de los sentidos, en especial del tacto, produciendo una sensación de bienestar, de cercanía y de conexión con las demás personas.
 - Fentanilo y sus análogos: Opioides sintéticos potentes que se utilizan médicamente, pero también se producen ilegalmente.
- Nuevas sustancias psicoactivas: Un término que abarca una amplia variedad de drogas de síntesis que están apareciendo en el mercado, a menudo sin una regulación clara. Entre ellas se encuentra la ketamina. Esta sustancia tradicionalmente se ha utilizado como anestésico, pero en los últimos años ha aumentado su uso como droga recreativa. Se puede administrar por vía oral, inhalada, intramuscular, intravenosa o rectal. Sus formas de presentación más habituales son un líquido incoloro, en forma de polvo blanco o en tableta o comprimido. A dosis bajas produce un efecto similar a la ingesta de alcohol (pérdida de coordinación, dificultades para hablar o visión borrosa). A dosis más elevadas puede producir delirios, alucinaciones, pérdida de la noción del tiempo y del espacio y distorsión de la realidad.

Dado que el diseño de estas drogas depende de las condiciones de fabricación, su vía de administración puede variar. Habitualmente se consumen por vía oral (en forma de pastillas, tabletas o polvo), vía inhalada o intravenosa⁷. El uso de las drogas de síntesis, especialmente del GHB, de las metanfetaminas, de la cocaína y del MDMA/ «éxtasis», producen una potente desinhibición y estimulación sexual, por lo que son utilizadas para

conseguir mayor placer, euforia y duración de las relaciones sexuales. Las tendencias en el consumo de todas las sustancias mencionadas se exponen en los apartados a continuación.

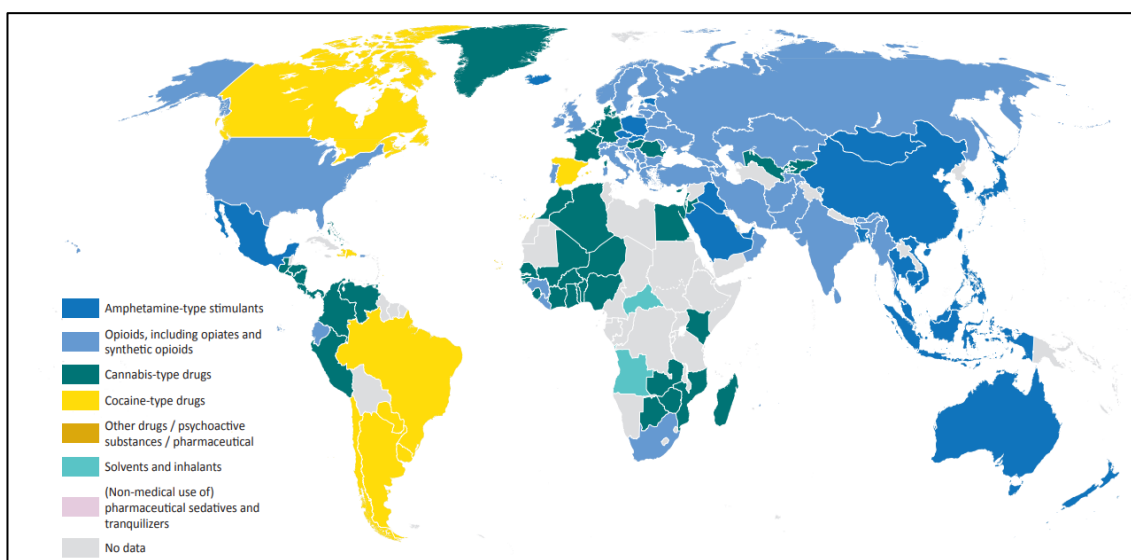
1.4. SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.4.1. Situación actual del consumo de sustancias a nivel mundial

De acuerdo con el informe mundial sobre drogas publicado en 2022⁸, 284 millones de personas en el mundo entre 15 y 64 años han consumido algún tipo de sustancia durante los últimos 12 meses. Eso corresponde al 5,6 % de la población de esa franja de edad y supone un incremento del 10 % con respecto al 2010. Este crecimiento va en paralelo con el crecimiento de la población mundial.

De los 68 países que proporcionaron datos se observó que la principal sustancia consumida fue el cannabis, seguida de cerca por los opioides, especialmente por la heroína. Las anfetaminas (incluyendo las anfetaminas, las metanfetaminas, las catinonas y las sustancias del grupo MDMA/ «éxtasis» y sus análogos) también son comúnmente consumidas, especialmente las metanfetaminas (Figura 1).

Figura 1. Distribución de la primera sustancia consumida con mayor frecuencia de tratamiento en 2020



Fuente: UNODC, responses to the annual report questionnaire⁸. Imagen utilizada con el permiso de United Nations Office on Drugs and Crime.

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida. Se estima que la consumen 206 millones de personas en el mundo. El consumo de opioides se ha mantenido relativamente estable durante 2020: 61 millones de personas consumieron opioides por razones no médicas, de los cuales 31 millones consumieron heroína.

El consumo de anfetaminas se ha incrementado. Durante 2020, 34 millones de personas las consumieron. Por otro lado, la cocaína y el MDMA/ «éxtasis» fueron consumidos por alrededor de 20 millones de personas cada uno. No obstante, estos datos deben ser contextualizados debido a la pandemia por COVID-19 y a los confinamientos que derivaron de ella. Se estima que durante los confinamientos aumentó el consumo de tabaco, alcohol y cannabis y disminuyó el consumo de las drogas recreativas como el MDMA/ «éxtasis»⁸.

A nivel mundial se está registrando un auge del consumo de estimulantes y especialmente de las drogas de síntesis. El consumo de las drogas de síntesis sigue siendo inferior al de las sustancias tradicionales. En muchos casos, menos del 5 % de la población mundial las ha probado alguna vez en la vida, pero este consumo puede ser elevado en determinados contextos lúdicos (actividades recreativas, festivales, bares y también para alargar las relaciones sexuales) más frecuentados por los adultos varones entre 30 y 45 años. No obstante, en relación con el consumo de drogas de síntesis, solo se dispone de datos concretos en los países de ingreso alto. El 18 % de los consumidores a nivel mundial presenta un trastorno por consumo de sustancias por drogas de síntesis. La droga más consumida en este grupo son las metanfetaminas. Esta sustancia ha sido consumida al menos una vez en la vida por el 10 % de los adultos entre 30 y 45 años. Con respecto al consumo de MDMA/«éxtasis», entre el 2 % y el 10 % de los adultos entre 30 y 45 años refirieron haberlo tomado al menos una vez en la vida. En relación con el consumo de GHB, entre el 2 % y el 4 % de los adultos entre 30 y 45 años refirieron haberlo tomado al menos una vez en la vida. En relación con las nuevas sustancias psicoactivas, se estima en que en países de Europa y América del Norte entre el 1 % y el 3 % de los adultos las han probado al menos una vez en la vida⁸.

En relación con las sustancias legales, el alcohol es la más consumida en el mundo, aunque su consumo tiene un reparto desigual. Países como Japón, Rusia, Noruega, Suecia o la región del África Subsahariana presentan un mayor consumo de alcohol, aunque especialmente el consumo es más elevado en Europa del Este. Se considera que 1,34 billones de personas en Europa tuvieron un consumo dañino de alcohol durante el pasado año. Las principales consecuencias observadas a nivel mundial son la cirrosis hepática, el síndrome de alcoholismo fetal, las enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer, así como determinados tipos de violencia. El consumo de alcohol está normalizado en todas las franjas de edad a pesar de que no se consume el mismo tipo de alcohol en todas las regiones⁹.

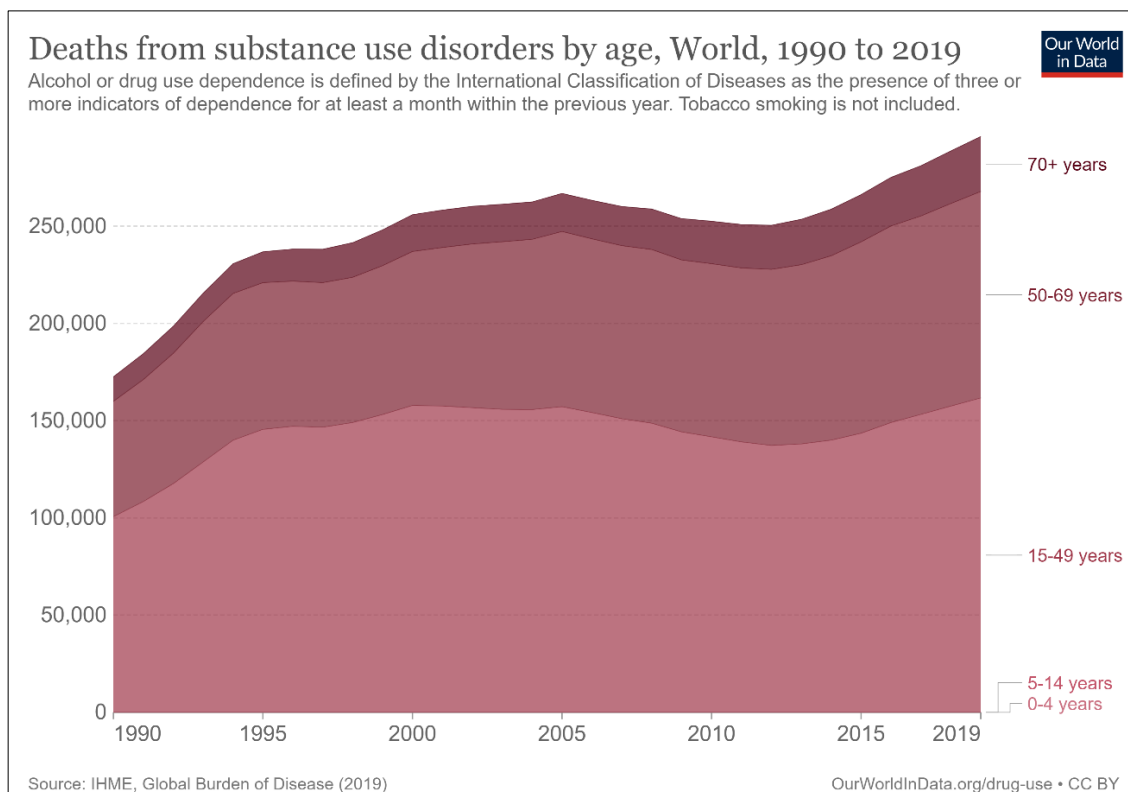
De los 284 millones de personas que consumieron drogas el año pasado, aproximadamente el 13,6 % tienen un trastorno relacionado con el consumo de sustancias. Esto corresponde al 0,76 % de la población entre 15 y 64 años. Estos valores se han mantenido estables desde los últimos 15 años.

Por otro lado, existen ciertos matices en el consumo de sustancias relacionados con el sexo. Si bien el consumo general de sustancias sigue siendo menor entre las mujeres que los hombres, las diferencias entre los sexos varían, en cierta medida, según la sustancia. Menos de un tercio de las personas que consumen cannabis o cocaína en todo el mundo son mujeres. Dos tercios de los consumidores de cannabis y anfetaminas son hombres. También son varones en torno al 77 % de los consumidores de alcohol. No obstante, los porcentajes de hombres y mujeres consumidores de hipnosedantes son del 51 % y 49 % respectivamente. Se observa una mayor prevalencia de consumo de estas sustancias frente a otros tipos de sustancias en mujeres. Este consumo suele estar asociado con el manejo del dolor, la ansiedad, la depresión y/o los problemas de sueño, más prevalentes en el sexo femenino de acuerdo con el informe mundial sobre drogas⁸.

A pesar de que de manera general haya más varones consumidores que mujeres, se ha observado que el consumo entre mujeres evoluciona más rápidamente hacia una situación de dependencia. Mientras que los problemas más frecuentemente asociados al consumo de sustancias en hombres son los accidentes de tráfico, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad o los trastornos de la personalidad. El consumo de las mujeres está más relacionado con la ansiedad y la depresión. Las mujeres consumidoras tienen dos a tres veces más de posibilidades de ser diagnosticadas de un trastorno de estrés post traumático debido a abusos físicos y/o sexuales durante su infancia. Por ello, estudios diseñados con una perspectiva de género en el ámbito de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son necesarios⁸.

En cuanto a los grupos de edad, los adolescentes suponen un grupo de riesgo por la etapa vital de desarrollo en el que se encuentran. El número de muertes asociadas a la edad y al consumo ha aumentado desde 1990. El mayor número de muertes por trastornos por consumo de sustancias está en la franja entre 15 y 49 años, lo que, a su vez, corresponde al grupo de edad que más sustancias consume (Figura 2)⁹.

Figura 2. Distribución de las muertes por trastornos por consumo de sustancias de 1990 a 2019

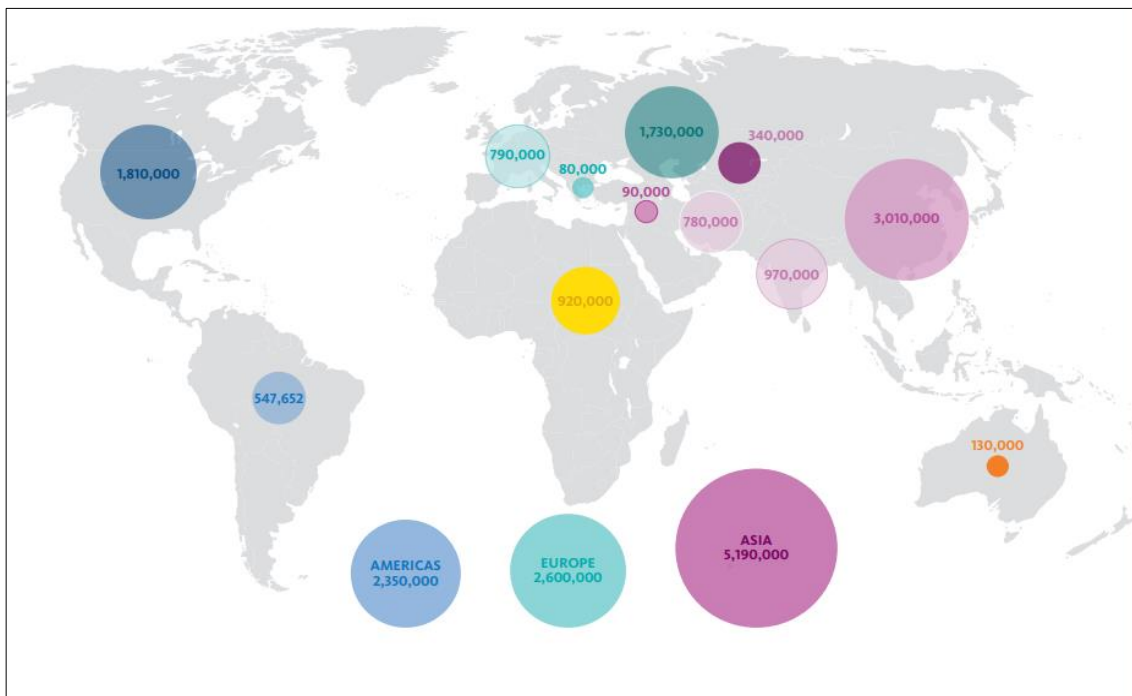


Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021⁹. Imagen utilizada bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

En cuanto a los problemas de salud asociados al consumo de drogas, se estima que 1 de cada 8 personas en el mundo con diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son usuarios de drogas por vía intravenosa, lo que equivale a 1,4 millones de personas en el mundo. El 9 % de los nuevos diagnósticos de VIH fueron en pacientes consumidores de drogas por vía intravenosa en 2020.

El 23 % de los nuevos diagnósticos de virus de la hepatitis C (VHC) se han diagnosticado en usuarios de drogas por vía intravenosa en 2020, lo que equivale 5,5 millones de personas. Además, se estima que el 7,9 % de los pacientes consumidores de drogas por vía intravenosa tienen de virus de la hepatitis B (VHB), lo que equivale a 0,9 millones de personas⁸. La coinfección por VIH y VHC es también un tema preocupante ya que se estima que el 82 % de los pacientes que consumen drogas por vía intravenosa tienen VIH y además coinfección por VHC, lo que equivale a 1,1 millones de personas. La distribución del número de personas que consumieron sustancias por vía intravenosa en 2020 aparece en la Figura 3.

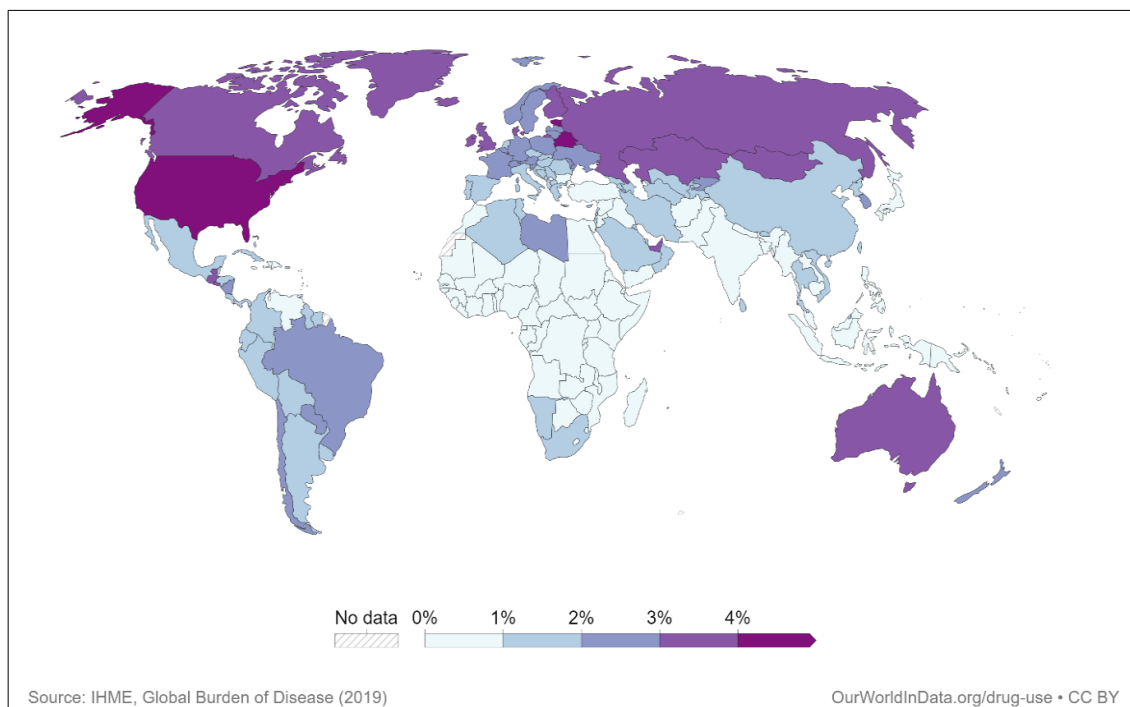
Figura 3. Número de personas con consumo de drogas por vía intravenosa en 2020



Fuente: UNODC ⁸. Imagen utilizada con el permiso de United Nations Office on Drugs and Crime.

El consumo de sustancias está relacionado con una mayor prevalencia de múltiples patologías como infecciones de VIH o tuberculosis, algunos tipos de cáncer como el cáncer de pulmón, así como con patologías renales, cardíacas, hepáticas o cerebrales⁸. Se estima que el 1,5 % de la carga global de estas enfermedades es atribuible al consumo de alcohol y drogas ilegales, aunque este porcentaje equivale al 5 % en algunos países (Figura 4)⁹.

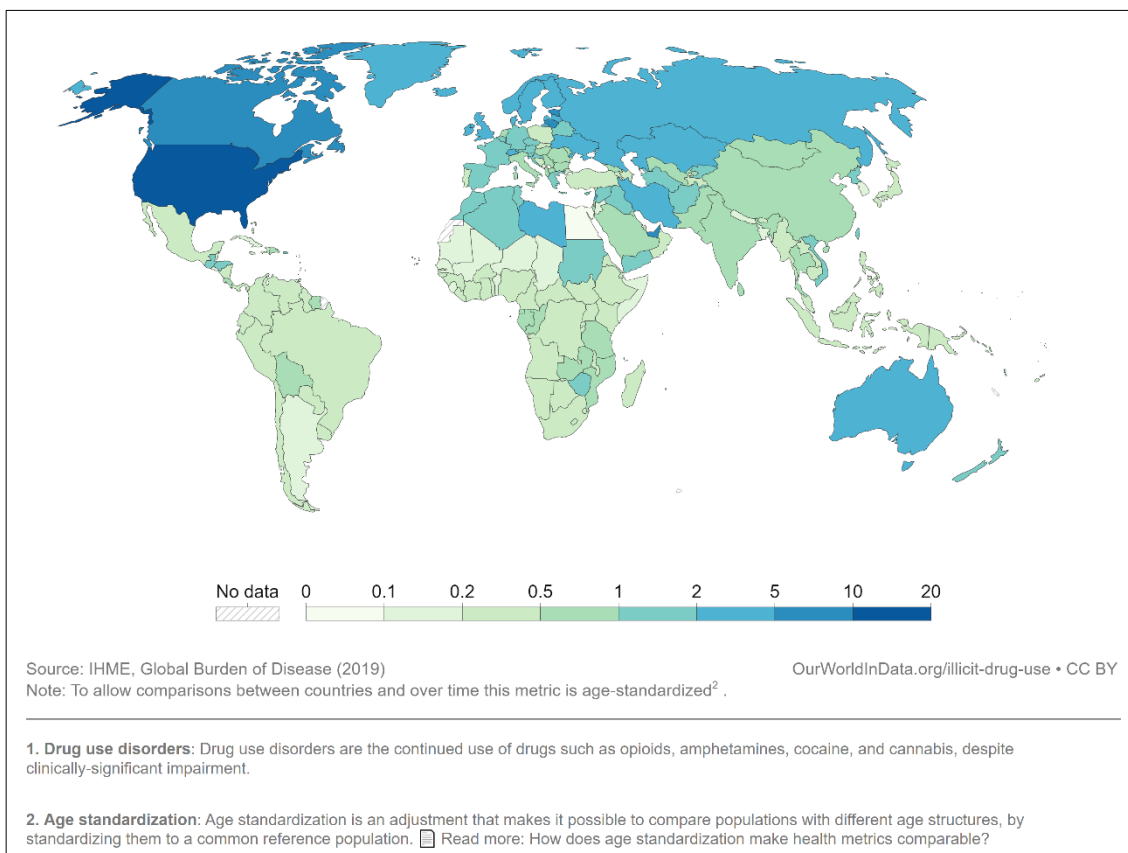
Figura 4. Carga global de la enfermedad atribuible al alcohol y a los trastornos por consumo de sustancias en 2019



Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021⁹. Imagen utilizada bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

La mortalidad por consumo de sustancias es un indicador directo e indirecto del propio consumo ya que se cuantifican el número de fallecimientos por sobredosis, pero también las muertes asociadas a cirrosis hepáticas en contextos de consumo. En 2019 se estima que fallecieron 494 000 personas por consumo de drogas con un aumento del 19,5 % desde 2009. La sustancia asociada a mayor mortalidad son los opioides, especialmente la heroína y la morfina, administrados por vía intravenosa. Su mortalidad representa un 77 % del total de muertes por consumo de sustancias. El 11 % de los fallecimientos se debe a anfetaminas y cocaína^{7,8}. En 2019, se estimó que 1,8 millones de muertes fueron atribuibles al consumo de alcohol. La mortalidad atribuible al alcohol en consumidores es del 66 %. Además, se estima que el 38 % de las muertes por cirrosis hepática también son atribuibles al alcohol. En general el número de fallecimientos ha aumentado en Estados Unidos y Canadá mientras que en Europa parece haberse estabilizado (Figura 5)⁹.

Figura 5. Distribución mundial de la mortalidad atribuida al trastorno por consumo de sustancias



Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021⁹. Imagen utilizada bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

Podemos observar cómo la mortalidad por consumo de sustancias está relacionada con una mayor carga de enfermedad y mortalidad en los países del hemisferio norte y Oceanía (Figura 3 y Figura 4). Esto puede también deberse a que otros países en África o América Latina no cuentan con los recursos suficientes para contabilizar y registrar las muertes y la carga de la enfermedad.

El cannabis continúa siendo la sustancia más consumida. Su consumo, así como el de los opioides se mantiene estable. Se ha observado un incremento del consumo de anfetaminas, metanfetaminas, metcatinonas y de las sustancias del grupo del MDMA/ «éxtasis» y sus análogos, así como de hipnosedantes. Existe mayor consumo en hombres que en mujeres, especialmente en aquellos sujetos entre 15 y 49 años si bien esta distribución varía en función de la sustancia consumida. No obstante, queda patente que el trastorno por consumo de sustancias es un problema mundial, con importantes repercusiones sobre la morbimortalidad de la población afectada.

1.4.2. Situación actual del consumo de sustancias en Europa

Según el informe europeo de drogas de 2022, donde se tuvieron en cuenta los datos de los países de la Unión Europea (UE), Turquía y Noruega (que se entienden incluidos en el concepto de UE a los efectos de este apartado), la disponibilidad y el consumo de drogas se mantienen elevados en toda la UE, aunque hay ciertas diferencias entre países. Se estima que el 29 % de los adultos de la población europea entre 15 y 64 años han consumido alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida. El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida, el 23,7 % lo han consumido alguna vez en la vida mientras que el 7,7 % de la población de la UE refiere haberla consumido en 2021, de los cuales 15,5 % son adultos entre 15 y 34 años. Parece que el cultivo doméstico de cannabis también ha aumentado. En los últimos años, esta droga ocupa un lugar destacado tanto en las urgencias atendidas por consumo de sustancias como en las nuevas demandas de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Su uso con fines médicos también ha aumentado en los últimos años. La mayoría de los países de la UE permiten el uso médico del cannabis o los cannabinoides de alguna forma. La expansión del comercio legal de cannabis se refleja en un aumento del número de registro de variedades de plantas de cannabis, marcas comerciales de productos, hectáreas de cáñamo cultivados y solicitudes de nuevo productos alimenticios. También ha aumentado la venta de tiendas con productos de cannabis con bajo contenido de THC como alimentos o cosméticos¹⁰.

Se estima que hay un millón de personas consumidoras de opioides en alto riesgo, siendo la heroína el principal opioide consumido. El 28 % de las solicitudes de entrada a tratamiento son por opioides. Los opioides continúan siendo la sustancia que genera más admisiones a tratamiento.

En 2021 el 1,2 % de la población de la UE entre 15 y 64 años consumió cocaína, de los cuales el 2,2 % eran adultos entre 15 y 34 años. El 5 % de la población de la UE ha consumido cocaína alguna vez en la vida.

En 2020, 7000 pacientes iniciaron tratamiento por problemas de «crack» o cocaína cristalizada en la UE, el triple del número notificado que en 2016. El consumo parece haberse incrementado especialmente en Bélgica, Irlanda, España, Francia, Italia y Portugal. El consumo de «crack» se caracteriza a menudo por un consumo de alta frecuencia asociado a contextos de ocio, lo que da lugar a problemas de salud mental y física —especialmente por contagio de VIH y VHC— así como a un comportamiento agresivo. Esto dificulta la administración de tratamientos y las respuestas de reducción de daños.

En relación con el consumo de anfetaminas, en 2021, el 2 % de la población de la UE entre 15 y 64 años las consumió, de los cuales 1,4 % eran adultos entre 15 y 34 años. El

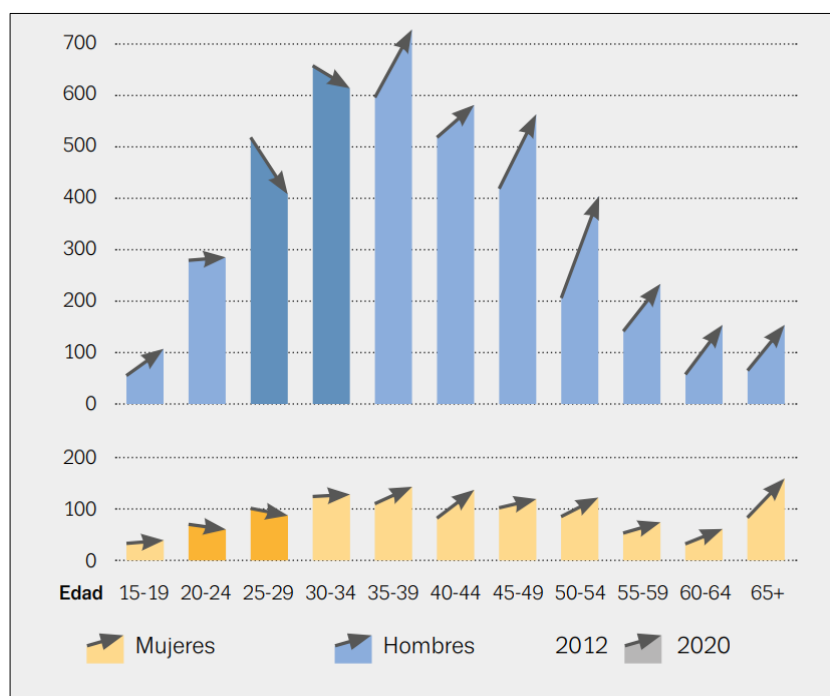
8,9 % de la población de la UE refiere haber consumido anfetaminas en algún momento de sus vidas. En algunos países el consumo se ha incrementado hasta el 4,2 %.

En 2021, el 0,9 % de la población de la UE entre 15 y 64 años consumió MDMA/ «éxtasis». El 3,7 % de la población europea refiere haber consumido MDMA/ «éxtasis» en algún momento de la vida. Se estima que el consumo se ha incrementado un 7,7 % desde 2020.

Al igual que en las tendencias mundiales, el consumo en la UE es mayor en hombres y especialmente entre 15 y 49 años, si bien los estimulantes son consumidos en gran parte por sujetos entre 15 y 34 años con fines recreativos.

Una de las consecuencias más graves del consumo es el fallecimiento. En 2020 hubo 5796 fallecimientos por consumo de drogas en la UE, siendo el 21 % mujeres. La distribución por fallecimiento por sobredosis por grupo de edad aparece en la Figura 6. El mayor número de fallecimientos corresponde al grupo de edad entre 35 y 39 años con una tendencia al alza. El consumo de opioides continúa generando el mayor número de fallecimientos por consumo de sustancias. Se detectaron opioides en el 74 % de los fallecimientos por sobredosis¹⁰.

Figura 6. Número de muertes inducidas por drogas notificadas en la UE en 2012 y 2020, o en el año más reciente, por intervalo de edad y género



Fuente: Informe europeo sobre drogas: tendencias y novedades 2022¹⁰. Imagen utilizada con el permiso de la Agencia de Drogas de la UE bajo la licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

La prevalencia del consumo de drogas por vía intravenosa ha disminuido en los últimos 10 años. En España, Grecia, Hungría y Países Bajos hay un caso de consumo por vía intravenosa cada 1000 habitantes de 15 a 64 años. Otras sustancias de consumo frecuente por vía intravenosa han sido las anfetaminas, cocaína, catinonas sintéticas y medicamentos opioides recetados.

En general el consumo se mantiene elevado en toda la UE, si bien existen diferencias entre países. Existe un mayor consumo en hombres, especialmente entre los sujetos entre 15 y 49 años. El cannabis es la sustancia más consumida, seguida de los estimulantes como la cocaína, el MDMA/ «éxtasis» o las anfetaminas, cuyo consumo se ha incrementado. A pesar de que los opioides y especialmente la heroína no es la sustancia más consumida, representa la mayor parte de los daños atribuidos al consumo de drogas ilegales¹⁰.

1.4.3. Situación actual del consumo de sustancias en España

Informe 2022 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

Las sustancias consumidas con mayor frecuencia son el alcohol, los hipnosedantes, el cannabis y la cocaína¹¹.

En 2019-2020 la prevalencia de los sujetos que han consumido alcohol una vez en la vida es superior al 90 %. Esta tendencia se mantiene desde el 2009. No obstante, el 77 % de los sujetos declaran haber bebido alcohol en los últimos 12 meses previos a la encuesta. Esta cifra ha aumentado con respecto al 2017 (75,2 %). Desde 2009 el número de personas que consumen alcohol a diario ha disminuido. No obstante, en 2019 y 2020 se aprecia un ligero aumento de esta cifra con respecto a 2018. Las cifras de los pacientes que consumieron alcohol diario en 2018 fueron de 7,4 % frente al 8,8 % en 2019. El consumo es mayor en hombres que en mujeres, especialmente entre 55 y 64 años. No obstante, las borracheras y las intoxicaciones etílicas, que experimentan un ligero repunte, son más frecuentes en menores de 35 años. En relación con el sexo, el 41,6 % de los varones y el 26,6 % de las mujeres menores de 35 años refiere haberse emborrachado en el último año.

Se ha visto un incremento del 22,5 % del consumo de hipnosedantes en España en 2019 frente al 2017. Se estima que, en 2019, 640 000 personas iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta. Este consumo es mayoritario entre mujeres entre los 35 y los 64 años, pero especialmente entre los 55 y los 64 años. En esta franja de edad el consumo equivale al 22,2 % de los sujetos.

Existe una tendencia creciente de los analgésicos opioides con o sin receta del 2017 al 2019; el 7,1 % de la población lo ha consumido en el último año. Existe mayor consumo de estos fármacos en mujeres frente a hombres, especialmente a partir de los 55 años. El 82,1 % de los sujetos afirma haberlos consumido para mitigar un dolor crónico y siguiendo con exactitud las recomendaciones médicas¹¹.

La sustancia ilegal más consumida en España es el cannabis. Desde 1995 el porcentaje de las personas que lo han consumido una vez en la vida es del 23 %. Desde ese mismo año, han aumentado los porcentajes de sujetos que lo han consumido en el último mes y de manera diaria. El consumo es más frecuente en varones entre 15 y 24 años. El tipo de cannabis consumido es predominantemente la marihuana (48,7 %).

El consumo de cocaína también ha aumentado. Uno de cada diez individuos de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida (10,9 %), porcentaje ligeramente superior al registrado en 2017, mientras que el porcentaje de sujetos que ha consumido cocaína en los últimos doce meses también ha aumentado 0,5 puntos. En 2019 fue en torno a 2,5 %. Los consumidores son en su mayoría varones (83 %).

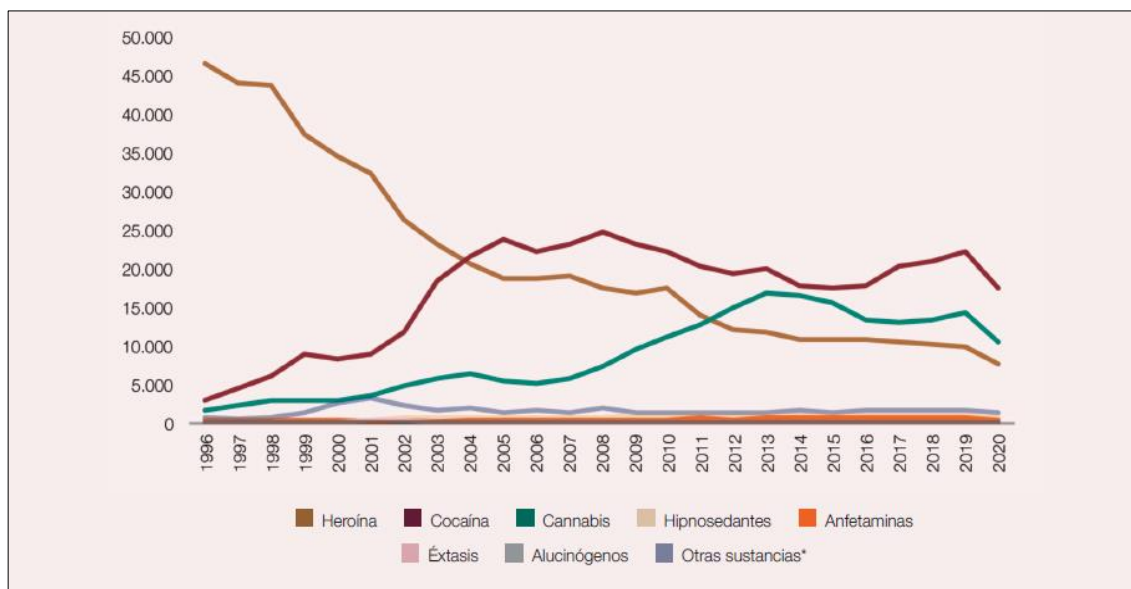
Existe también un repunte del consumo de sustancias estimulantes como el GHB, las anfetaminas o el MDMA/ «éxtasis». Aunque los porcentajes de sujetos que las han probado alguna vez en la vida se mantienen por debajo del 5 %, sí se observa un ligero aumento.

El policonsumo —el consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo— se mantiene como en años anteriores en torno al 40 % de los sujetos¹¹.

Evolución de las admisiones a tratamiento en función de la droga consumida

El número total de admisiones a tratamiento en 1998 fue de 54 338 mientras que en 2020 ha sido de 38 544. Desde 1996 hasta 2020 han aumentado las admisiones a tratamiento por cocaína y cannabis mientras que las admisiones a tratamiento por heroína han disminuido y las admisiones a tratamiento por anfetaminas y alucinógenos se han mantenido estables (Figura 7).

Figura 7. Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales en España (1996- 2020)



Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas¹¹. Imagen utilizada con el permiso del centro de documentación e información de la delegación del gobierno del Plan nacional sobre drogas.

Admisiones a tratamiento en el último informe de la OEDA (2020)

El número total de admisiones por drogas legales (excepto tabaco) e ilegales en 2020 es de 58 561, situándose el alcohol (34,2 %) en primer lugar, seguido de la cocaína (29,9 %), el cannabis (18,1 %) y los opioides (14,5 %). Dentro de las sustancias ilegales, en 2020 la cocaína fue la sustancia que más admisiones a tratamiento generó (36,2 %), seguida por el cannabis (32,8 %) (Tabla 1). Es necesario destacar que estos datos pueden haber sido influidos por la pandemia por COVID-19, así como por el confinamiento consecuente de la misma.

Tabla 1. Distribución del porcentaje de admisiones a tratamiento en función de las drogas consumidas

	Todas las admisiones	Admitidos primera vez la vida	Admitidos menores de 18 años*	Nacidos fuera de España
Opioides	22,1	11,2	0,3	23,7
Cocaína	45,4	45,4	2,0	36,2
Cannabis	27,5	36,7	95,1	32,8
Otros estimulantes	2,5	3,0	1,0	4,1
Otras sustancias	2,5	3,7	1,6	3,2
Número de admisiones	38 544	20 006	1972	48 411

* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años. Nota: El porcentaje puede no sumar 100 % debido a que en esta tabla solo se representan algunas drogas. Fuente: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas¹¹.

Las características sociodemográficas de los pacientes admitidos a tratamiento en 2020 figuran en el 0. Por sexo, se observa que, aunque las tres sustancias más prevalentes son las mismas (cannabis, hipnosedantes y opioides) en ambos sexos, entre las mujeres tiene más peso el cannabis (34,6 %) y los hipnosedantes (3,3 %) y entre los hombres los opioides (24,3 %). En 2020 la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (82 %). La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 35,6 años para el conjunto de las admisiones.

En cuanto a la residencia habitual de los admitidos, en España, la gran mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales vive en hogares familiares como casas, pisos o apartamentos (86,9 %). En 2020, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivía en instituciones era del 8,1 % (prisiones, centros de internamiento para menores y otras) y el 3,3 % tenía un alojamiento precario o inestable.

El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen/con sus padres o la familia propia (con cónyuge/pareja y/o hijos). Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (56,6 %) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron animados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud (hospitales u otros servicios de salud, médico de atención primaria u otros servicios de drogodependencias) derivó a tratamiento a casi un cuarto de los admitidos (23,5 %).

Con más frecuencia, los pacientes admitidos a tratamiento tienen estudios de educación primaria (52,5 %), están parados, pero han trabajado anteriormente (40,9 %). En su mayoría son españoles (87,2 %). La sustancia más consumida es el cannabis (27,5 %). La vía de administración más utilizada para el consumo es la pulmonar (50,5 %). La

enfermedad infecciosa más prevalente es el VHC (con una prevalencia máxima entre admitidos a tratamiento del 14 %).

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas

En 2020 se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 974 defunciones en España. Evolutivamente, se observa un leve aumento de los opioides, cierto descenso de los hipnosedantes y del cannabis y un claro descenso de la cocaína y el alcohol. En 2020 se detectaron opioides en el 59,5 % de las muertes por reacción aguda a drogas. La metadona ha estado presente en el 28,8 % de los fallecidos en 2020, siendo en el 13,3 % de los casos el único opioide. Solo en el 2,7 % de los fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada, de los cuales el 58,3 % se tratan de casos notificados como suicidios.

En 2020 la cocaína estuvo presente en el 52,9 % de las muertes por reacción aguda a drogas. No obstante, hay evidencias claras de policonsumo. En el 58,4 % de aquellos pacientes en los que se clasificó el fallecimiento por reacción aguda a cocaína, también se hallaron opioides en sangre. Solo en el 15,4 % de los fallecidos por reacción aguda a cocaína, esta es la única sustancia detectada.

El cannabis estuvo presente en 2020 en el 22,4 % de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2020 se notificaron 195 defunciones en las que el cannabis estaba presente, pero solo en 3 casos se detectó únicamente cannabis. El 26,1 % de los fallecimientos por reacción aguda a sustancias mostraron evidencias de suicidio¹¹.

Las sustancias consumidas más frecuentemente en España son el alcohol, los hipnosedantes y el cannabis, aunque se observa un repunte del consumo de drogas estimulantes. La frecuencia de policonsumo se mantiene. Al igual que en las tendencias mundiales, el consumo se da mayoritariamente en hombres excepto en el caso de los hipnosedantes, que son más consumidos por mujeres.

Informe ESTUDES de 2021

La encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)¹² se realiza para conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursan enseñanzas secundarias en España (3.º y 4.º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1.º y 2.º de Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional). Para la elaboración de la última encuesta se visitaron 531 centros educativos y 1324 aulas, con una muestra válida final de 22 321 alumnos.

El alcohol continúa siendo la sustancia más consumida. Un 73,9 % reconoce haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y el 53,6 % lo ha hecho en el último mes. Esto supone una reducción con respecto al 2019 (77,9 % y 58,5 % respectivamente). Un 27,9 % ha realizado *binge drinking*, es decir, ha tomado 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de alcohol en el tramo temporal de «alguna vez en la vida» presenta una tendencia descendente iniciada en 2014. De igual manera también se observa esta tendencia descendente en la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, en los que dicha prevalencia cae más de 5 puntos porcentuales; así como en los últimos 30 días, con un descenso similar, pasando del 58,5 % al 53,6 %. La principal motivación para consumir alcohol es divertirse y desinhibirse (96,9 % y 81,4 % respectivamente) mientras que el 71,4 % de los sujetos lo hace cuando se siente deprimido. Además, existe mayor prevalencia de consumo de alcohol en aquellos estudiantes cuyos padres también lo consumen (75 %).

Tras el alcohol, el tabaco es la sustancia más consumida. El 38,2 % de la muestra ha fumado alguna vez en la vida y el 23,9 % lo ha hecho en los últimos 30 días. Los datos registrados en estos tres períodos temporales presentan un descenso respecto al 2019 y son las menores prevalencias de consumo desde que se monitoriza el consumo de esta sustancia. Respecto al número medio de cigarrillos de tabaco fumados al día, los chicos, a pesar de ser menos fumadores, tienen un hábito más intenso (6,8 cigarrillos) que las chicas (5,4 cigarrillos). En el caso de los chicos se aprecia un ligero aumento con respecto a las cantidades registradas en 2019. El tabaco se consume principal en forma de cigarro o en forma de tabaco de liar. Existe una mayor prevalencia de consumo de tabaco en aquellos sujetos cuyos padres y/o profesores son fumadores. El 93,9 % de los estudiantes de 14 a 18 años creen que fumar tabaco diariamente está relacionado con bastantes o muchos problemas para la salud.

La sustancia ilegal más consumida es el cannabis. El 28,6 % de los encuestados refieren haber consumido cannabis alguna vez en la vida. A los 14 años el 11 % de los sujetos refiere haberlo consumido alguna vez, frente al 51,5 % de los sujetos con 18 años. El 14,9 % refiere haberlo consumido en el último mes, por tanto, se mantiene la tendencia descendente desde 2006 donde el 20,1 % de la población había consumido cannabis en el último mes. El 17,8 % de los encuestados presenta un consumo de cannabis problemático, siendo este el dato más elevado de toda la serie histórica. No obstante, en las mujeres encuestadas entre 14 y 15 años se aprecia una mayor prevalencia de consumo que en los hombres. El 6,5 % de mujeres entre 14 y 15 años ha consumido cannabis en los últimos 30 días frente al 6 % de hombres. En relación con la cantidad, los estudiantes que han consumido cannabis en el último mes han consumido de media 3,3 porros al día. Los chicos han consumido 3,7 porros de media al día frente a 2,7 porros de media al día que han consumido las chicas. Principalmente se ha consumido en forma de marihuana, en muchas ocasiones mezclado con tabaco. El 16,7 % de la población encuestada ha

consumido hachís en el último mes. En cuanto a la relación entre la legalidad y el consumo, si fuese legal, el 18,2 % de los estudiantes refiere que lo probarían.

Los hipnosedantes –con o sin prescripción médica– son la cuarta droga de mayor consumo y con una tendencia ascendente. El 19,6 % de la población los consumió en 2021 frente al 18,4 % en 2019. Evolutivamente se observa una tendencia ascendente en la prevalencia de consumo de hipnosedantes –con o sin receta médica– desde el inicio de la serie histórica, alcanzando en 2021 los valores más altos desde que se monitoriza este indicador. El 88,6 % de los alumnos de Enseñanzas Secundarias refirieron que el consumo habitual de hipnosedantes puede desencadenar bastantes problemas.

La siguiente sustancia ilegal en términos de prevalencia de consumo es el MDMA/ «éxtasis». El 3,1 % de los estudiantes declara consumo alguna vez en la vida y el 0,6 % en el último mes. En la encuesta anterior, la población que había consumido MDMA/ «éxtasis» alguna vez en la vida era del 2,6 % y en el último mes del 0,7 %. El consumo de MDMA/ «éxtasis» aumenta con la edad. El 6,3 % de la población encuestada a los 18 años reconoce haber consumido MDMA/ «éxtasis» alguna vez en la vida frente al 1 % a los 14 años.

La prevalencia del consumo de cocaína (polvo y/o base) alguna vez en la vida sigue disminuyendo (del 9 % en 2007 al 2,7 % en 2024). En el caso del consumo reciente (últimos 30 días), la prevalencia observada en esta edición es la más baja de toda la serie histórica. Los encuestados que la consumieron en el último año fueron el 2,7 % de la población y en el último mes el 0,6 %.

La población que consumió el resto de las sustancias era inferior al 2 %. En relación con las anfetaminas, la prevalencia de consumo aumenta a medida que aumenta la edad. Así, el consumo de esta sustancia alguna vez en la vida entre los alumnos de 14 años es del 0,4 %, y sube en los diferentes grupos de edad alcanzando su máximo en el grupo de 18 años (2,9 %).

La prevalencia de consumo de setas mágicas es la más baja en toda la serie histórica. La población que las ha consumido en los 30 días previos fue del 0,3 %. Al igual que con otras sustancias, su consumo también aumenta con la edad.

La población que ha consumido heroína alguna vez en la vida o en los últimos 30 días es inferior al 0,5 %. La totalidad de los estudiantes creen que el consumo habitual de heroína acarrea muchos o bastantes problemas para la salud.

En cuanto al consumo de inhalables volátiles, el 1,8 % de los estudiantes de 14 a 18 años declara haberlos consumido en algún momento de su vida, tendencia que se mantiene desde 2019. La población que los ha consumido en el último mes es del 0,4 %.

La población que ha consumido GHB y metanfetaminas en el último mes es del 0,2 % y 0,3 % respectivamente, siendo estos valores mínimos históricos de consumo para esta sustancia.

La edad media del inicio del consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, GHB, heroína, cannabis y cocaína base son los 14 años. Mientras que la edad media de consumo del resto de sustancias –alucinógenos, setas mágicas, analgésicos opioides, metanfetamina, anfetaminas y MDMA/ «éxtasis» – son los 15 años. El consumo de todas las sustancias se incrementa con la edad. El 50,6 % de la población consumió alcohol a los 14 años frente al 85,2 % que lo hace a los 18 años. El 8,9 % de la población consumió cannabis a los 14 años frente al 36,6 % que lo hace a los 18 años. El 0,9 % de la población consumió cocaína –polvo o base– a los 14 años frente al 5 % que lo hace a los 18 años. No existen diferencias asociadas al sexo en la edad de inicio del consumo.

En relación con el consumo en función del sexo, la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco e hipnosedantes es mayor en chicas que en chicos para los ítems «alguna vez en la vida», «en el último año» o «en los últimos 30 días». El 24,1 % de las chicas han consumido hipnosedantes alguna vez en la vida frente al 15,3 % de los hombres. Por el contrario, las sustancias ilegales, registran mayores prevalencias de consumo entre los varones. Un 3,4 % de los varones ha consumido cocaína alguna vez en la vida frente al 1,9 % en mujeres.

El 6,5 % de los alumnos con edades comprendidas entre los 14 y 18 años reconocen que, en algún momento de su vida, han consumido sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio sin que se lo haya recetado un médico. Este hábito tiene un peso ligeramente mayor entre las chicas (6,9 % frente a 6,2 % en varones). Algunas de las sustancias consumidas son cafeína (durvitan), metilfenidato, piracetam, aniracetam, anfetaminas y cocaína. Así como otros productos como el café, té y bebidas energéticas como el Red Bull.

El porcentaje de sujetos que han consumido en el último año nuevas sustancias psicoactivas es inferior al 2 %. No obstante, el 46,3 % de los que las han consumido ha sido en contextos de policonsumo. El 37,7 % de los sujetos ha consumido dos o más sustancias en alguna ocasión siendo las principales sustancias consumidas el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes.

En relación con la educación para la salud recibida, el 22,5 % de los encuestados considera estar perfectamente informado en materia de drogas. El 75,6 % refieren haber recibido educación sobre la prevención de hábitos tóxicos en su centro de estudios y el 66,9 % han recibido esta información dentro del ámbito familiar. De cara a la prevención del consumo, el 93,6 % coincide en que la educación en el ámbito escolar es prioritaria para prevenir el consumo de sustancias. El 94,9 % considera importante ofrecer tratamiento voluntario a

los consumidores. El 92,4 % de los encuestados está a favor de los controles policiales y aduaneros ya que lo consideran una buena estrategia de prevención del consumo. No obstante, el 50 % de los sujetos legalizaría el cannabis y el 27,6 % todas las drogas.

Por último, existe una relación entre el ocio nocturno, los horarios de regreso al domicilio y el consumo de sustancias. El porcentaje de población que regresa antes de medianoche a su domicilio consume menos alcohol, tabaco, cannabis y cocaína (71,1 %; 27,6 %; 18,1 % y 1,3 % respectivamente). Mientras que el porcentaje de población que regresa a partir de las 8h de la mañana a su domicilio consume más alcohol, tabaco, cannabis y cocaína (95,3 %; 66,1 %; 60,6 % y 9,4 % respectivamente).

Se ha vinculado además el consumo de sustancias con más relaciones conflictivas con padres y hermanos, menor rendimiento académico, problemas para recordar lo acontecido la noche anterior, peleas, acoso y más prevalencia de relaciones sexuales sin preservativo¹².

Informe EDADES de 2022

La encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) se elabora cada dos años y permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo, así como otros temas relacionados con el consumo de drogas como el perfil de los consumidores, la percepción de riesgo que tiene la población ante determinadas conductas, la percepción de disponibilidad de determinadas sustancias y la visibilidad del problema. La muestra está compuesta por 26 344 individuos entre 15 y 64 años.

La sustancia más consumida continúa siendo el alcohol. 93,2 % de la población refiere haberlo consumido en alguna ocasión. En la anterior encuesta EDADES la prevalencia del consumo era de un 93 %. La tendencia es también estable en cuanto al consumo de tabaco: el 69,6 % de la muestra refiere haber fumado tabaco en alguna ocasión.

En paralelo a los datos del OEDA¹¹, la población que alguna vez en la vida ha tomado hipnosedantes ha aumentado un punto (23,5 %). La población que ha consumido cannabis ha aumentado de 37,5 a 40,9 %, así como la población que ha consumido cocaína, la cual ha aumentado ligeramente (11,2 % en 2020 frente al 12 % actualmente). El consumo de anfetaminas (1,3 %), setas mágicas (3,3 %), metanfetaminas (1,3 %) y heroína (0,6 %) se ha mantenido estable.

De media, el alcohol y el tabaco son las sustancias que comienzan a consumirse a edades más tempranas (16,5 y 16,6 años respectivamente). Respecto a las sustancias ilegales, el cannabis es la droga que comienza a consumirse de manera más prematura (18,3 años). El MDMA/ «éxtasis», los alucinógenos, la cocaína y la heroína comienzan a consumirse a los 21 años de media. Los hipnosedantes comienzan a consumirse a partir de los 35 años. En todas las sustancias, los hombres inician el consumo antes que las mujeres.

Con respecto a la distribución del consumo en función del sexo, los hombres realizan un mayor consumo de alcohol (94,9 % frente a 91,4 %), tabaco (44 % frente al 34 %) y cannabis (48,8 % frente al 32,9 %), mientras que las mujeres consumen más hipnosedantes (19 % frente al 28 %) y analgésicos opioides (14,7 % frente al 16,9 %).

En cuanto al consumo de alcohol, la prevalencia de su consumo en el último mes se sitúa en el 64,5 % (suponiendo un aumento de 1,5 % respecto a 2020). El 9 % de la población encuestada refiere un consumo de alcohol diario. El grupo de edad que más alcohol consume es aquel entre los 25 y los 34 años. La cerveza es el tipo de alcohol más consumido. En los últimos doce meses un 16,7 % de la población tuvo una intoxicación etílica, siendo estas más frecuentes en hombres entre 25 y 34 años. 7 de cada 10 encuestados coinciden en que la medida más efectiva para frenar el consumo de alcohol es la de incluir advertencias en los envases sobre los daños que el alcohol produce sobre el organismo.

En relación con el consumo de hipnosedantes (con o sin receta), se ha registrado una cifra históricamente alta. El 23,5 % de la población encuestada ha tomado hipnosedantes alguna vez en la vida. En el último mes, el consumo ha aumentado desde 2005 donde el 3,7 % de la población los había consumido frente a un 9,7 % en 2022. Las mujeres realizan un mayor consumo de esta sustancia, especialmente a partir de los 35 años. No obstante, el 81,7 % de la población refirió consumir los hipnosedantes bajo prescripción médica y siguiendo las recomendaciones de este.

Evolutivamente se observa un aumento del consumo de analgésicos opioides en los últimos 30 días. En 2018, un 2,9 % de la población refirió haberlos consumidos en los 30 días previos a la encuesta frente al 4 % en 2022. La codeína y el tramadol son los analgésicos opioides más consumidos. No obstante, el 81,9 % de la población encuestada refirió haber consumido los analgésicos opioides como indicó el médico que los prescribió. El 56,5 % de la población comenzó a tomar analgésicos opioides para mitigar un dolor agudo.

En lo relativo al cannabis, es la sustancia ilegal con más prevalencia de consumo en España. El 8,6 % de la población encuestada refiere haber consumido cannabis en el último mes. Esto presenta una disminución del consumo en el último mes respecto al 2018 donde se alcanzó el 9,1 %. El 49 % de la población que ha consumido cannabis, ha consumido marihuana mientras que el 21,9 % ha consumido hachís. Los sujetos que refieren haber consumido cannabis en el último mes ha consumido una media diaria de 2,7 porros. La prevalencia de consumo problemático fue del 1,9 % de la muestra, representando a 600 000 personas.

En cuanto al consumo de cocaína, el 1,3 % de la población refiere haberla consumido en polvo y el 0,1 % en forma de base en el último mes. Mientras que el consumo de cocaína

en forma de base se ha mantenido estable, el consumo de cocaína en polvo ha aumentado ligeramente frente a encuestas anteriores (1,1 % de la población en 2020 y 0,9 % en 2015).

El 0,2 % de la población refiere haber consumido MDMA/ «éxtasis» en el último mes. El consumo de GHB, metanfetaminas, anfetaminas, alucinógenos, inhalables volátiles, heroína y setas mágicas en los últimos 30 días se ha mantenido estable con respecto a encuestas anteriores siendo la población que lo ha consumido inferior al 0,5 %.

Un 33,7 % de la población encuestada consumió dos o más sustancias en el último mes. El policonsumo es más frecuente en hombres, especialmente entre los 25 y los 34 años (45,7 %). Sin embargo, la franja de edad donde las mujeres presentan mayor policonsumo es entre los 45 a 54 años (45,1 % de la población). Las sustancias más consumidas en contextos de policonsumo son el alcohol junto con el tabaco, hipnosedantes, cannabis y en último lugar cocaína en polvo.

En relación con las sustancias nuevas —ketamina, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, flakka, Superman, catinonas, mefedrona, ayahuasca entre otras— 1,9 % de la población refiere haberlas probado alguna vez en la vida. La ketamina ha sido la droga consumida con más frecuencia alguna vez en la vida, habiéndola consumido el 0,9 % de la población.

La percepción del riesgo al consumir cocaína es generalizada. El 93,3 % de la población manifiesta que consumir esta sustancia una vez o menos al mes puede producir problemas de salud, lo equivalente a fumar un paquete de tabaco diario. Consumir 5-6 cañas o copas el fin de semana es percibido como un riesgo por el 50,4 % de la población.

La percepción del riesgo por consumo de cannabis se ha visto reducida con respecto a la anterior encuesta. El 83,9 % de la población considera que consumir cannabis una vez por semana produciría bastantes problemas de salud frente al 85,3 % en 2020.

En cuanto a las medidas para prevenir el consumo de drogas, el 90 % de la población coincide en la utilidad de la educación en las escuelas, así como proporcionar un tratamiento voluntario a los consumidores. Otras medidas son las campañas publicitarias (79,6 %) y el control aduanero (78,9 %).

La percepción del estado de salud disminuye a lo largo de los años. El 96,7 % de los hombres y el 94,8 % de las mujeres entre 15 y 19 años consideran que tienen buena salud, mientras que el 60,8 % de los hombres y el 61,3 % de las mujeres entre 60 y 64 años consideran que tienen un buen estado de salud general.

En cuanto a la salud mental y concretamente en cuanto a la prevalencia de suicidio, se observa entre las mujeres una mayor predisposición al suicidio, especialmente entre las más jóvenes. En los últimos 12 meses, el 1,9 % de la población ha tenido ideas de suicidio, el

1 % planes de suicidio y el 0,4 % ha tenido un intento de suicidio. El grupo que presenta un mayor porcentaje de riesgo de suicidio es el 2,2 % de la población entre 15 y 34 años. Existe una clara correlación entre la idea o el intento de suicidio y el consumo de todo tipo de sustancias (legales o ilegales)¹³.

Tabla 2. Prevalencia de consumo de diferentes sustancias legales e ilegales en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años y en la población con riesgo de suicidio (%) en España en 2022

Sustancia consumida	Población entre 15 y 64 años	Ideas de suicidio	Planes de suicidio	Intento de suicidio
Hipnosedantes con o sin receta	13,1	53,1	59,6	58,9
Drogas ilegales	11,5	35,5	37,2	41,1
Analgésicos opioides	6,8	15,3	18,8	20,5
Consumo de riesgo de alcohol	6	16,6	18,4	21,5
Consumo problemático de cannabis	1,9	11,6	12,6	10,9

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)¹³.

Red de apoyo para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias

El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas administraciones públicas y entidades sociales en España. El PNSD elabora periódicamente la estrategia nacional sobre adicciones y los planes autonómicos de drogas. En el marco normativo del PNSD se establecen los niveles de atención para fomentar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

La prevención del riesgo implica reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección. En el PNSD se establece la necesidad de adecuar la prevención en función del grupo poblacional. En poblaciones con mayor vulnerabilidad es aconsejable realizar intervenciones denominadas de prevención ambiental que actúan a nivel social, modificando las normas sociales y las regulaciones del mercado.

La reducción del riesgo se centra en disminuir los efectos negativos del uso de sustancias, evitando que el consumo esporádico se convierta en uso continuado, así como evitando consecuencias derivadas del consumo como la delincuencia o la conducción bajo los efectos de las sustancias. Dentro de los recursos disponibles para el tratamiento y/o la reducción

del daño, existen tres niveles diferenciados de atención en base a la especialización de los distintos recursos:

- Recursos de primer nivel: Son la principal puerta de entrada al sistema dónde se atiende al paciente. Sus principales objetivos son, entre otros, la detección, captación, motivación, atención inicial básica y derivación de los pacientes a servicios más especializados. En este nivel se incluyen los centros o equipos de atención primaria, o los recursos de reducción del daño como los centros de emergencia social o las unidades móviles.
- Recursos de segundo nivel: Se trata de centros ambulatorios de asistencia que prestan atención personalizada en régimen ambulatorio ofreciendo un tratamiento integral mediante equipos multidisciplinares. Realizan principalmente la evaluación, diagnóstico y abordaje terapéutico. Establecen para cada paciente un programa de deshabitación individualizado de intervención y tratamiento, donde se abordan aspectos biológicos, psicológicos y sociales encaminados a la evaluación, abstinencia, deshabitación, normalización e integración social. En función de las sustancias consumidas existe el tratamiento sustitutivo con opiáceos para paliar el síndrome de dependencia a opiáceos a través de la utilización terapéutica de agonistas opiáceos (metadona o buprenorfina principalmente). Si la sustancia consumida no era un opioide existe tratamiento sintomático de la adicción como las benzodiazepinas, el clorazepato dipotásico o el disulfiram, cuyo nombre comercial es el Antabús, para las adicciones al alcohol. La prescripción se realiza de manera individualizada y se realiza una monitorización del paciente en consulta para valorar la eficacia del tratamiento sobre la abstinencia.
- Los centros ambulatorios se integran en cada comunidad autónoma en la red de atención primaria, en la red de salud mental o en la red de recursos sociales. El acceso a los mismos es directo o por derivación de los dispositivos de primer nivel.
- Recursos de tercer nivel: Son centros de alta especialización con dispositivos especializados en el tratamiento a personas con trastornos por consumo de sustancias. Se centran en el abordaje terapéutico con una perspectiva integral que abarca desde los inicios de la intervención hasta la incorporación social. Existen los siguientes recursos:
 - Unidades de desintoxicación hospitalaria: Son recursos de alta especialización y de carácter hospitalario, destinados a la desintoxicación en régimen de ingreso para aquellos pacientes en los que no está indicada la desintoxicación en régimen ambulatorio.
 - Comunidades terapéuticas: Son centros residenciales de carácter socio sanitario, de tratamiento en régimen de internamiento. Realizan una atención

biopsicosocial a pacientes con trastorno por consumo de sustancias que precisen de una intervención intensiva en un entorno controlado.

- Recursos de apoyo a la intervención: Se trata de dispositivos que ofrecen un entorno terapéutico residencial. Cuentan con apoyo y seguimiento profesional estando ubicados en un medio urbano y son de régimen semiabierto. Pueden ser de apoyo al tratamiento ambulatorio o de apoyo a la integración socio laboral en función de las necesidades del paciente.
- Centros o unidades de día: Son dispositivos especializados en régimen no residencial, que proporcionan un apoyo al tratamiento ambulatorio⁷.

1.4.4. Situación actual del consumo de sustancias en Noruega

Noruega cuenta con una población de 5 533 582 de habitantes. Ocupa el segundo puesto en el ranking elaborado por la ONU en cuanto al índice de desarrollo humano que analiza la salud, la educación y los ingresos. Por lo tanto, influyen entre otros el hecho de que la esperanza de vida en Noruega esté en 83,2 años, su tasa de mortalidad en el 7,8/1000 habitante y su renta per cápita sea de 76 630 euros¹⁴. Por otro lado, el sistema de salud noruego es gratuito y universal con la implementación del copago en determinados servicios (atención psicológica y ambulatoria, pruebas radiológicas o compra de medicamentos). La hospitalización es gratuita¹⁵.

Consumo de sustancias

En Noruega el consumo de sustancias es más frecuente en poblaciones jóvenes (entre 15 y 34 años) y en hombres frente a mujeres. La sustancia ilegal más consumida es el cannabis, cuyo consumo se ha mantenido estable en los últimos 5 años. Actualmente se estima que el 0,3 % de las personas entre 16 y 64 años consumen cannabis diario o casi diario, aunque el consumo diario o casi diario de cannabis es mucho más común entre los grupos vulnerables, como algunas personas en situación de marginalidad. No obstante, el grupo de edad que refiere mayor consumo es el que se encuentra entre los 16 y 24 años. Se estima que en 2022 el 5 % de la población entre 15 y 64 años ha consumido cannabis en los últimos 12 meses. Esta proporción se ha mantenido estable desde 2012. No obstante, en 2022 el 10 % de la población entre 15 y 30 años informó haber consumido cannabis en los últimos 12 meses^{7,9}.

Tras el cannabis, las drogas ilegales más consumidas son la cocaína, el MDMA/ «éxtasis» y las anfetaminas. Su consumo es más frecuente en varones jóvenes, especialmente entre 15 y 30 años y durante el ocio nocturno. Mientras que el consumo de MDMA/ «éxtasis» y anfetaminas se ha mantenido estable en los últimos 10 años, el consumo de cocaína ha

aumentado. En 2022, el 7,3 % de los encuestados entre 16 y 64 años refirió haber consumido cocaína alguna vez en la vida. Además, el 2,2 % de los encuestados entre 16 y 30 años en 2020 refirió haber consumido cocaína en los últimos 12 meses, mientras que esa proporción aumentó a un 4,7 % en 2022¹⁵.

En relación con el consumo de MDMA/ «éxtasis», en 2022, el 4,8 % de los encuestados entre 16 y 64 años refirió haber consumido anfetaminas alguna vez en la vida. Entre los encuestados de 16 a 30 años, en 2020 el 2,5 % refirió haber consumido anfetaminas en los últimos 12 meses, frente al 1,2 % en 2022.

En relación con el consumo de anfetaminas, en 2022, el 5,2 % de los encuestados entre 16 y 64 años refirió haber consumido anfetaminas alguna vez en la vida. Entre los encuestados entre 16 y 30 años, en 2020 el 1,6 % refirió haber consumido anfetaminas en los últimos 12 meses, frente al 0,9 % en 2022.

El consumo de sustancias por vía intravenosa en Noruega está relacionado con más frecuencia con la inyección de anfetaminas y opioides, principalmente heroína y morfina⁹. El número de usuarios por vía intravenosa se ha estabilizado desde 2012, tras una disminución durante el período entre 2008 y 2012. En 2019 la prevalencia de consumidores de sustancias por vía intravenosa osciló entre 2 y 2,8/1000 habitantes¹⁵.

El análisis a largo plazo indica que ha habido una disminución en el número de pacientes que buscan tratamiento como resultado de problemas de opioides y anfetaminas y un aumento de pacientes que inician tratamiento por problemas relacionados con el cannabis, con la cocaína o en contextos de policonsumo.

El alcohol es la sustancia más consumida en Noruega. Las ventas se han mantenido estables desde el 2010 hasta el 2019. Se estima que su consumo oscila alrededor de 6 litros de alcohol puro por persona mayor de 15 años al año. En 2020 y 2021, puede que debido a las restricciones por la pandemia de COVID-19, las ventas de alcohol puro por persona al año aumentaron a 7,23 y 7,44 respectivamente. La cerveza y el vino son las bebidas alcohólicas más consumidas en la actualidad y tras ellos, los licores¹³. Se ha observado que la prevalencia de la dependencia crónica al alcohol ha disminuido en los últimos años, siendo dependientes 4,9 habitantes por cada 100 000 en 2009 frente a 3,2 habitantes por cada 100 000 en 2021. Se ha observado que el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres tanto en cantidad como en frecuencia. Los adultos jóvenes son el grupo de edad que más alcohol consume, siendo el patrón de consumo más habitual grandes cantidades de alcohol consumidas en uno o dos días en semana¹⁵.

Enfermedades infecciosas

La incidencia de nuevos casos diagnosticados de infección por VIH entre los usuarios de drogas por vía intravenosa es de 1,4 %. Este dato es relativamente bajo y se ha mantenido estable en los últimos años.

En número de casos notificados de VHC, tanto agudos como crónicos, ha ido disminuyendo desde 2008. La prevalencia del VHC entre los usuarios de drogas por vía intravenosa es de 49,7 %. Los datos disponibles sugieren que alrededor de 8 de cada 10 casos de las infecciones por VHC cuya vía de transmisión se conoce están relacionadas con la inyección de drogas.

El número de casos notificados de infección aguda por el VHB entre personas que se inyectan drogas aumentó entre 1995 y 2008, pero desde entonces ha ido decreciendo. La vacuna contra el VHB se ofrece gratuitamente a los usuarios de drogas por vía intravenosa desde mediados de los años 1980¹⁶.

Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas

En 2016, el registro de causas de defunción informó sobre una estabilización en el número de muertes inducidas por consumo de sustancias en comparación con 2014 y 2015.

Las sustancias que ocasionan los fallecimientos con más frecuencia son los opioides recetados como la morfina y la oxiconona (36 % de los fallecimientos). La edad promedio del fallecimiento son los 44 años y ocurren con más frecuencia en hombres (70 % de los fallecimientos). Se estima que en 2020 el 40 % de la mortalidad atribuida al consumo de sustancias fue en adultos entre 15 y 64 años. Se ha observado un aumento de muertes por heroína y morfina desde 2020⁹. En 2020 se registraron 324 fallecimientos por reacción aguda tras consumo de sustancias.

El número anual de muertes relacionadas con el alcohol ha disminuido aproximadamente un 20 % durante el período entre 2015 y 2019, tras lo cual la evolución se ha mantenido estable. Más del 80 % de estas muertes se debieron a la dependencia crónica del alcohol, la enfermedad hepática alcohólica y la miocardiopatía alcohólica. En el periodo entre 2005 y 2009 se registraron 10,8 muertes por cada 100 000 habitantes atribuibles al consumo de alcohol, frente a 8,4 muertes por cada 100 000 habitantes en el periodo entre 2017 y 2021¹⁶.

Red de apoyo para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias

Para tratar los trastornos por consumo de sustancias, el sistema nacional de salud noruego establece varias líneas de actuación que son complementarias. Se incide en la prevención primaria de los trastornos por consumo de sustancias, especialmente en los grupos poblacionales más vulnerables, desde la infancia hasta la vejez, proporcionando educación para salud en diferentes ámbitos como escuelas públicas infantiles, consultorios médicos u hospitales. Muchos municipios y asociaciones comunitarias realizan actividades de prevención selectiva en ambientes recreativos, con enfoque en la promoción de la salud a través de actividades alternativas de ocio saludable.

En el contexto de la reducción del daño, en noviembre de 2018, el gobierno presentó una estrategia nacional sobre la hepatitis que prioriza la prevención y tratamiento de la infección entre grupos vulnerables, incluidas los usuarios de drogas por vía intravenosa.

El programa de deshabitación en Noruega abarca una variedad de servicios que incluyen evaluación, estabilización y tratamientos a corto y largo plazo. Se ofertan plazas en residencias y tratamientos farmacológicos (especialmente metadona, buprenorfina y naltrexona). Estos tratamientos pueden ser suministrados a los usuarios de manera ambulatoria o en su proceso de hospitalización. La mayoría de los servicios se prestan a través de unidades de tratamiento especializadas, mientras que en los servicios generales los usuarios están atendidos por un equipo multidisciplinar de especialistas con un manejo conjunto y que forman parte de los programas de deshabitación o desintoxicación. En general, la administración del tratamiento sustitutivo sigue un modelo estándar de colaboración tripartita que comprende las oficinas de seguridad social, los médicos generales y los servicios sanitarios especializados.

Existen centros especializados de tratamiento en los cuales los pacientes no están ingresados, pero recogen la medicación prescrita y reciben apoyo y asistencia del equipo multidisciplinar en su totalidad. En coordinación con estos centros, existen los centros de atención primaria donde los pacientes también pueden recibir un seguimiento.

En función de la gravedad de la adicción y de los recursos económicos de los pacientes, estos pueden ingresar en centros sociales residenciales no sanitarios. El objetivo de estos centros es proporcionar un ambiente seguro a los pacientes y alejarlos de su red de consumo, así como fomentar unas condiciones de viviendas dignas.

En 2017 se proporcionó asistencia a 18 500 pacientes, la mayoría tratados de manera ambulatoria, de los cuales 7 622 recibieron un tratamiento sustitutivo. La primera línea de tratamiento recomendada en Noruega para los pacientes que entran en estos programas de deshabitación por primera vez es la buprenorfina, siendo un 59 % de los casos. Se

prescribe metadona a aquellos pacientes que llevan mucho tiempo en programas de deshabituación, siendo un 38 % de los casos. Otros pacientes reciben naltrexona (3 %).

Se estima que en 2020 el 23,9 % de los consumidores de cannabis estaban incluidos en programas de deshabituación. El 19,7 % de los consumidores de cocaína pertenecían a programas de deshabituación en 2020, siendo el 4 % usuarios que utilizaban por primera vez ese recurso. En cuanto a los consumidores de anfetaminas, se estima que en 2020 el 14,5 % de los usuarios formaban parte de los programas de deshabituación, habiendo utilizado por primera vez ese recurso el 11,6 % de los usuarios^{15,16}.

1.5. IMPACTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El consumo de alcohol está relacionado con una mayor comorbilidad de enfermedades orgánicas y mentales, así como diversos problemas sociales y legales. En pacientes con trastorno por consumo de sustancias hay más riesgo de padecer determinadas patologías cardiovasculares (cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial, miocardiopatías, fibrilación auricular o flutter auricular). Su consumo también está relacionado con la aparición de patologías digestivas, como la cirrosis hepática, las úlceras gastroduodenales (especialmente si existe consumo concomitante de cocaína) y la pancreatitis, enfermedades neurológicas como la epilepsia, infecciones respiratorias y varios tipos de neoplasias como el cáncer de hígado, colon, esófago, laringe y faringe principalmente. Además, también se relaciona con un mayor número de accidentes domésticos, accidentes de tráfico, prácticas sexuales de riesgo y con distintos tipos de violencia como violencia doméstica, peleas y agresiones^{17,18}.

El consumo de sustancias ilegales o alcohol está vinculado con una mayor prevalencia de VIH, VHB, VHC, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, cáncer de hígado, cirrosis hepática, prácticas sexuales de riesgo, varios tipos de accidentes tanto en vía pública como en el ámbito doméstico y distintos tipos de violencia.

En 2018 se publicó en *Lancet Psychiatry* un informe sobre la carga mundial de morbilidad atribuible al consumo de alcohol y drogas en 195 países¹⁹. Se realizó un seguimiento desde 1990 hasta 2016. Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) globales atribuibles al consumo de alcohol fueron más altos en lesiones físicas (21 millones de AVAD; IC 95 %: 15,9; 26,3), enfermedades cardiovasculares (20,8 millones de AVAD; IC 95 %: 14,9; 27,1) y cánceres (14,8 millones de AVAD; IC 95 %: 13,5; 16,1)¹⁹.

Los AVAD atribuibles al consumo de drogas ilegales fueron más altos en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias (20,4 millones de AVAD; IC 95 %: 16,2; 24,7), distintos tipos de cáncer (1,6 millones de AVAD; IC 95 %: 1,4; 1,9), en personas con

infección por VIH (3,2 millones de AVAD; IC 95 %: 2,6; 3,9) y con cirrosis hepática (4,4 millones de AVAD; IC 95 %: 4,2; 5,5), como consecuencia principalmente de la infección crónica por hepatitis C debida al uso de sustancias inyectables (7 millones de AVAD; IC 95 %: 5,8; 8,1). En general, 2,8 millones de muertes se atribuyeron al consumo de alcohol, y 452 000 muertes se atribuyeron al consumo de drogas¹⁹.

Por otro lado, el consumo de sustancias se vincula con numerosos problemas de salud mental. Los trastornos mentales más prevalentes en pacientes con trastorno por consumo de sustancias son los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos, así como los trastornos psicóticos. El consumo de alcohol parece estar más vinculado a la aparición de trastornos afectivos, mientras que el consumo de opioides está más relacionado con trastornos de personalidad. El consumo de sedantes está más relacionado con la aparición de trastornos de personalidad, de ansiedad y de sueño²⁰.

Dentro de los trastornos de personalidad más frecuentes asociados al consumo de sustancias en población española, los más prevalentes son el trastorno límite y antisocial, tras ello, el trastorno por evitación, el pasivo agresivo y el obsesivo compulsivo. Por último, otro trastorno frecuente en pacientes consumidores de sustancias es el trastorno esquizoide. De manera general en hombres, el consumo de sustancias está más relacionado con la aparición de trastornos psicóticos y bipolares mientras que en mujeres hay mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos²¹.

En relación a los AVAD por suicidio atribuibles a trastornos mentales y por consumo de sustancias, el trastorno depresivo mayor es el responsable de la mayor proporción de AVAD (46,1 % [28,0 %-60,8 %]), seguido de la dependencia del alcohol (13,25 % [12 %-15 %]), el trastorno de ansiedad (7,4 % [3 %-12,7 %]), el trastorno bipolar (5,4 % [1,8 %-10,7 %]), la esquizofrenia (4,7 % [4,1 %-5,3 %]), la dependencia de anfetaminas (2,4 % [0,9 %-4,6 %]), la dependencia de opioides (1,9 % [1,1 %-2,9 %]), la dependencia de cocaína (0,9 % [0,3 %-1,8 %]) y la anorexia nerviosa (0,2 % [0,02 %-0,5 %])²².

Por último, el consumo de sustancias está vinculado a otros problemas como el absentismo laboral, la pérdida del trabajo y problemas financieros que pueden derivar en una pérdida de la vivienda y necesidad de vivir en situación de calle o en centros sociales. El consumo de sustancias también está relacionado con mayor frecuencia de problemas familiares, marginalidad, criminalidad y exclusión social²³.

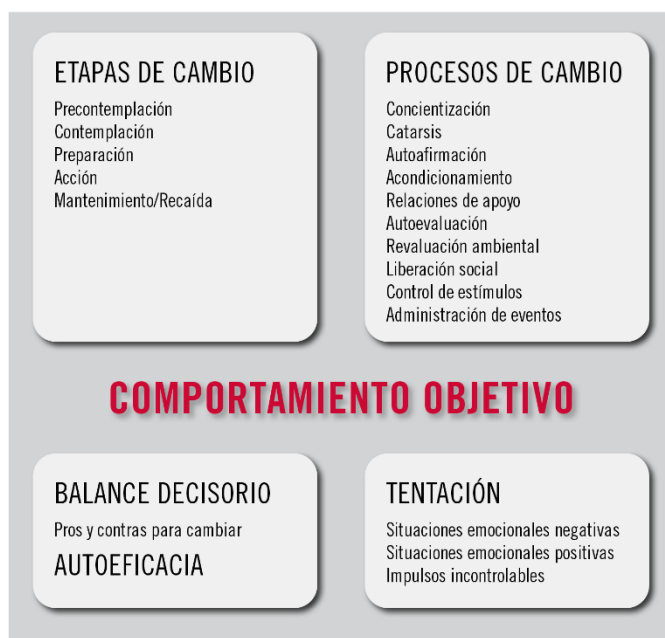
El consumo de sustancias es uno de los factores de riesgo más importante para la pérdida de años de vida saludables, pero también es la causa de problemas y lesiones de distintos tipos para el propio consumidor y su entorno. Estos trastornos tienen una perspectiva multidimensional en la cual el abordaje por parte del equipo multidisciplinar es fundamental para la deshabituación, tratamiento y reinserción de los pacientes.

2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

En 1979 Prochaska y Diclemente desarrollaron un modelo que describe las etapas del proceso de la deshabitación tabáquica. Se trata del modelo transteórico del cambio²⁴. Más adelante este modelo fue progresivamente incorporado en las investigaciones e intervenciones de un amplio número de comportamientos ya reconocidos como de riesgo para la salud^{24,25}. Hoy en día, este modelo describe las etapas comunes que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento como puede ser la deshabitación en pacientes con trastornos por consumo de sustancias²⁵. Este modelo está fundamentado en la premisa de que el cambio comportamental es un proceso donde el paciente puede tener diferentes niveles de motivación o de intención de cambio. Además, el momento temporal o estadio en el que se encuentra el paciente influye en los procesos cognitivos y conductuales del paciente. El modelo transteórico explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos: etapas de cambio, procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia.

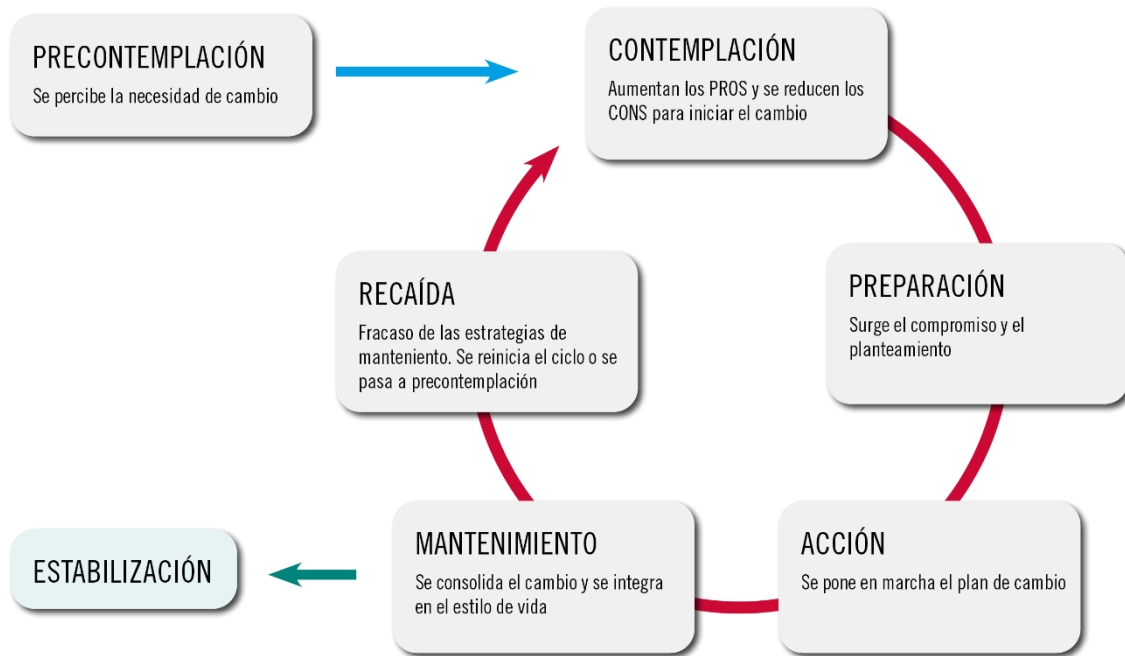
Figura 8. Variables y componentes del modelo transteórico



Fuente: Cabrera GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Publ en la Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2000;18(2):129–38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1201821024>. Imagen utilizada bajo la licencia Creative Commons de Reconocimiento (CC BY-NC-SA). Elaboración propia de la imagen.

Las cinco etapas del cambio son la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento o la recaída.

Figura 9. Modelo transteórico del cambio



Fuente: Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. J Clin Psychol [Internet]. 2011 [citado el 4 de mayo de 2024]; 67(2):143-54. doi: 10,1002/jclp,20758²⁶. Elaboración propia de la imagen.

La precontemplación es la etapa en la cual el individuo no tiene la intención de cambiar. Puede deberse a una falta de información sobre las consecuencias de su comportamiento o por intentos previos fallidos. Es posible que los individuos en esta etapa no quieran recibir información ni hablar sobre sus comportamientos de riesgo.

Durante la etapa de la contemplación, la persona tiene una intención de cambio, pero aún no asume el compromiso específico del cambio, por lo que puede permanecer en esta etapa un tiempo variable y prolongado. Los individuos en la etapa de precontemplación y contemplación no son aptos para iniciar el proceso de deshabituación.

La preparación es la etapa en la que el individuo toma la decisión de cambio y tiene el compromiso para llevarla a cabo. El paciente va realizando pequeños cambios e intenta cambiar el futuro inmediato incluso eligiendo un día concreto para iniciar el cambio. Por lo general estos individuos tienen un plan de actuación por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son típicamente reclutados para las intervenciones.

La acción es la etapa donde los pacientes realizan cambios objetivos y medibles sobre su comportamiento durante un tiempo variable, generalmente de uno a seis meses. Durante esta etapa las personas tienen una valoración positiva de las consecuencias a favor del cambio. Es una etapa inestable por las potenciales recaídas, pero también por la progresión a la etapa de mantenimiento.

La etapa de mantenimiento se caracteriza por la estabilización del cambio comportamental. Suele iniciarse seis meses después del cambio y los pacientes trabajan activamente en la prevención de la recaída. Durante esta etapa las tentaciones disminuyen. Esta etapa puede durar hasta dos años.

La última etapa es la de la estabilización donde los pacientes no experimentan tentaciones y tienen una completa confianza en la relación con el cambio de comportamiento²⁷.

Es posible que el individuo experimente una recaída, donde se produce una regresión de la etapa de acción o de mantenimiento. Las recaídas están incluidas dentro del modelo por su frecuencia durante los procesos de cambios comportamentales. Por ello otra de las características de este modelo es la circularidad entre las etapas^{26,27}.

Los procesos de cambio son las estrategias y técnicas que usan las personas para cambiar su comportamiento. Son el eje facilitador y acelerador de los cambios esperados. Estas estrategias pueden ser cognitivas, afectivas, experienciales y/o comportamentales. Son elementos fundamentales ya que catalizan las transiciones de una etapa a otra de la secuencia.

El balance decisorio refleja los beneficios y los costes personales del individuo para cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. Se podría simplificar como un balance entre los pros y contras del cambio de comportamiento. La tentación es la urgencia o la necesidad experimentada por el individuo para practicar un comportamiento específico en presencia de estímulos o contextos condicionantes. La autoeficacia es la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud. Se trata de un factor predictor para reflejar el progreso en las etapas de acción y mantenimiento. El aumento de la autoeficacia es inversamente proporcional a los niveles de tentación. En el estadio de precontemplación existe una gran desproporción entre la baja autoeficacia y la magnitud de la tentación, este nivel se reduce en el estadio de contemplación. A medida que los individuos entran en el estadio de actuación la eficacia aumenta drásticamente y la tentación disminuye de forma gradual. Durante el mantenimiento, la tentación disminuye totalmente, mientras que la eficacia alcanza su punto máximo y se mantiene elevada.

La importancia de la autoeficacia viene descrita en la teoría social de Bandura, donde se determina que el grado de autoeficacia influye en la elección, el esfuerzo, los pensamientos, las reacciones emocionales y la conducta ejecutada durante las acciones de cambio. La aplicación de la autoeficacia permite el fortalecimiento de la capacidad de juicio de los pacientes e incrementa su participación en el proceso de deshabitación²⁸.

2.2. PSICOLOGÍA POSITIVA

El campo de la psicología positiva se centra en la ciencia de los estados mentales positivos en lugar de simplemente evitar los estados negativos, esto se ha convertido en un área importante de investigación, aunque el interés por el estudio del bienestar, la vida satisfactoria y la felicidad se remonta a la Grecia clásica²⁷. En la Grecia Antigua, Aristóteles escribió en profundidad sobre la felicidad o la plenitud, y sobre cómo la vida virtuosa podía ser la vía para llegar a ella. Otros filósofos célebres posteriores, como Spinoza, escribieron también ensayos sobre diversos aspectos humanos y su relación con el bienestar. Posteriormente, psicólogos como Abraham Maslow y Carl Rogers destacaron una visión positiva del ser humano frente a las visiones propuestas por las dos corrientes dominantes de la época: el conductismo y el psicoanálisis²⁹. En 1948 la OMS define la salud como un estado de completo bienestar mental, social y físico, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades³⁰. Esto marcó un cambio significativo en la forma de entender la salud subrayando la importancia del bienestar integral y no solo del bienestar físico. En ese momento, el modelo biomédico que estaba centrado en la enfermedad, su diagnóstico, pronóstico y curación comienza a manifestarse como insuficiente. En los años 80 del siglo pasado se germina el concepto de «promoción de la salud» que anticipa el surgimiento del enfoque salutogénico³⁰. Desde la promoción de la salud no se busca la prevención de la enfermedad sino el incremento de la salud y el bienestar en general³¹. El estudio de la salud debe ir más allá de únicamente garantizar el bienestar físico y curar las enfermedades, sino que también debe abarcar el bienestar social y mental.

La psicología positiva es el estudio del funcionamiento óptimo humano, incluyendo la identificación y promoción de los factores que fomentan el crecimiento de individuos y comunidades. La psicología positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, de los rasgos individuales positivos y de las organizaciones positivas^{32,33}. Es definida también como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades³⁴. Incluye también el estudio de virtudes cívicas e institucionales que guían a los individuos a tomar responsabilidades sobre su comunidad y promueve características para ser mejores ciudadanos³³. La psicología positiva no solo estudia variables como el bienestar o la felicidad, sino que tiene otros componentes como la resiliencia, el crecimiento personal post traumático, el optimismo, el altruismo, la

valentía o la sabiduría³⁵. Uno de los ejes centrales de la psicología positiva es el estudio de las emociones positivas. Se ha observado que las emociones positivas favorecen la flexibilidad, la ampliación de pensamientos y acciones, así como la construcción de nuevos recursos. Por ello, las emociones positivas podrían condicionar el desarrollo de habilidades y comportamientos nuevos^{35,36}.

Existen varios autores con trabajos destacados en el ámbito de la psicología positiva como Robert Sternberg, Albert Bandura, Howard Gardner, Carol Ryff o Ed Diener, pero no será hasta 2002, año de publicación del trabajo de Martin Seligman, cuando se afianzará la nueva corriente de psicología positiva^{29,35,36}.

2.2.1. Teorías de Martin Seligman

Martin Seligman, presidente emérito de la Asociación Americana de Psicología, es considerado el padre de la psicología positiva. En 2002 publicó su libro «La auténtica felicidad» (*Authentic happiness*) cuya teoría nace de la corriente de pensamiento de la psicología positiva. Sus estudios se centraron en analizar y estudiar las emociones positivas como medios para alcanzar la felicidad. Asocia algunas emociones al placer y también al compromiso con los valores personales. Según el autor, aquellos individuos que experimentan más emociones positivas tendrán una vida más placentera y por tanto más feliz³³.

Su primera propuesta tiene un enfoque más cercano a lo hedónico, pues todo lo que se busca es referido, en última instancia, al crecimiento de la satisfacción personal³³; mientras que la segunda propuesta que aparece en «floreamiento» (*flourish*), presenta un enfoque más eudemonista, aunque sin abandonar los componentes hedónicos de la primera teoría (las emociones positivas, el placer y las gratificaciones)³⁵. Mientras que la primera teoría está centrada únicamente en la felicidad, la segunda teoría está más orientada al bienestar.

Teoría de la auténtica felicidad

En su primera propuesta, Seligman plantea una ecuación donde aparecen tres variables que, sumadas, llevarían a la persona a alcanzar el objetivo buscado: la felicidad. En dicha ecuación: H («felicidad» [*happiness*]) = S («intervalo establecido» [*set rango*]) + C («circunstancias de la vida» [*circumstances*]) + V («variables voluntarias» [*voluntary variables*]).

La letra «H» corresponde al nivel permanente de felicidad, la «S» al intervalo establecido, que es atribuido genéticamente al individuo, la «C» a las circunstancias de la vida y la «V» a las variables voluntarias, las que dependen del control personal. Por tanto, hay una parte de la felicidad que depende de situaciones variables como entre otras, las acciones intencionales. Para la consecución de la felicidad según las situaciones variables, Seligman

plantea tres posibles componentes: la vida placentera, la vida comprometida y la vida con significado.

La vida placentera: placer y gratificación

El primer estilo de vida consiste en la búsqueda de emociones positivas como, por ejemplo, la alegría, la gratitud o la inspiración. Es necesario tener en cuenta que Seligman estudia tanto las emociones positivas como las diferentes estrategias para maximizarlas.

El autor clasifica las intervenciones de la psicología positiva en tres tiempos: pasado, presente y futuro; y afirma que es posible cultivar cada uno de ellos por separado. Las emociones positivas relativas al pasado como la satisfacción, la serenidad, el orgullo o el contentamiento se potencian a través de la gratitud y la capacidad de perdonar, que liberan a las personas de la ideología determinista paralizante. Lo que se puede modificar del pasado, repercute en el presente. Por ello, el perdón y la gratitud son dos conceptos claves, relativos a hechos del pasado, pero con repercusión en el presente. Son por tanto ejes prioritarios para aumentar la felicidad desde el pasado.

Las emociones positivas en el presente se dividen en el placer y la gratificación. El placer es inherentemente subjetivo y señala el logro de la realización biológica, mientras que la gratificación señala el logro del crecimiento psicológico. Seligman argumenta que los placeres son momentáneos y están definidos por la emoción experimentada. Estos satisfacen los sentidos, el placer sexual o los movimientos corporales. Algunos son incluso placeres superiores que suelen surgir de mecanismos y aprendizajes más complejos, como la euforia, el arrebató, la embriaguez, la conmoción, la dicha, el contentamiento, el júbilo, la alegría, la exuberancia, la efervescencia, el confort, la diversión, el entretenimiento o la relajación.

Por último, las emociones positivas respecto al futuro son el optimismo, la esperanza, el entusiasmo, la fe y la confianza. Todas ellas pueden disminuir al reconocer los pensamientos pesimistas que potencian el enfoque catastrofista, basado en patrones cognitivos distorsionados y autodestructivos. No obstante, también pueden aumentar cuando se aprende a reconocer y a discutir sobre los pensamientos pesimistas automáticos. La ansiedad, la pasividad y la depresión se alimentan de un enfoque catastrofista de la vida que, a su vez, se basa en patrones cognitivos distorsionados y autodestructivos. Seligman formula un ejercicio cognitivo para enseñar el optimismo disposicional y prevenir la depresión, el conocido modelo «ABCDE». El método consiste en reconocer y discutir los propios pensamientos pesimistas, tomando conciencia de ellos y de sus efectos, y buscando pensamientos alternativos que sean verosímiles —hermenéuticas nuevas y menos dañinas— y que configuren diversamente el «diálogo interior» de las personas y su curso de acción.

Las gratificaciones son más duraderas y se caracterizan por inducir un estado de entusiasmo apasionado. Estas derivan del ejercicio de nuestras potencialidades y virtudes y, por tanto, abren el camino a otro tipo de felicidad. Estas gratificaciones implican actividades intencionales como cocinar, hacer deporte, leer, el trabajo diario, bailar, entre otras. Por tanto, la vida placentera es aquella que consigue emociones positivas en relación con el pasado, presente y futuro.

La vida comprometida (o virtuosa)

El segundo componente de la auténtica felicidad es una existencia en la que las actividades diarias van acompañadas de un alto grado de involucración. Para tener éxito en la involucración, la atención debe centrarse por completo en la actividad, momento en el que el sentido del «Yo» casi se pierde y el rendimiento es óptimo.

Para Seligman, la felicidad es un proceso que se construye en el sujeto a través de virtudes universales adquiridas, manifestándose en fortalezas personales contenidas en ellas. Las seis virtudes que contienen estas veinticuatro fortalezas personales son las siguientes: la sabiduría y el conocimiento (creatividad, curiosidad, apertura de mente, pasión por aprender, perspectiva); el coraje (valentía, persistencia, integridad, vitalidad); la humanidad (amor, generosidad, inteligencia social); justicia (civismo, justicia, liderazgo); la templanza (perdón y compasión, humildad y modestia, prudencia, autocontrol) y para finalizar la trascendencia (apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor, espiritualidad). El autor recomienda encontrar las fortalezas del individuo y ayudarle a encontrar oportunidades en su vida cotidiana para utilizarlas.

Una vez se han identificado esos puntos fuertes, el individuo debe encontrar las situaciones que predispongan a utilizarlos en el trabajo, en el amor, en la vida familiar, durante los momentos de ocio y en el papel social que cada uno de nosotros desempeña.

La vida con significado

El estudio del placer y las gratificaciones llevó al autor a una reflexión sobre el bienestar. Éste consiste en utilizar el potencial personal tan a menudo como sea posible, en todos los ámbitos de la vida, de forma que se alcance una felicidad genuina y abundantes gratificaciones.

Para cumplir el objetivo de aumentar el nivel de emociones positivas y de gratificaciones, Seligman plantea encontrar un sentido y propósito en la vida. Así como la vida placentera consiste en la búsqueda exitosa de sentimientos positivos (apoyada por la capacidad de amplificar esos sentimientos) y el bienestar consiste en el uso exitoso del potencial personal (para lograr gratificaciones copiosas y auténticas), la vida con sentido incluye un aspecto

adicional: consiste en utilizar el potencial personal al servicio de algo más grande que uno mismo.

Hay varias formas de lograr una vida con sentido, por ejemplo, las relaciones interpersonales estrechas, la generatividad, el activismo social o la carrera profesional entre otras. De entre todas ellas, numerosos estudios documentan la asociación entre los vínculos sociales estrechos y la felicidad.

Según el autor, experimentar estas tres dimensiones es llevar una existencia de auténtica plenitud. Al llevar una vida placentera mediante la experimentación de emociones positivas, el individuo puede cambiar su disposición mental, ampliando su campo de actuación y expandiendo su repertorio de pensamiento y acción, lo que le conduce a un mayor dominio de sí mismo y del mundo y, por lo tanto, a una mayor felicidad. Además, alcanzamos la felicidad auténtica cuando descubrimos nuestras virtudes, fortalezas o nuestras potencialidades personales más marcadas, que nos distinguen a los unos de los otros y que pueden ser utilizadas para mejorar nuestras vidas. Por último, estas actividades nos llevan a ser quienes aspiramos a ser en la vida, estando ligadas a una sensación de realización y satisfacción. El individuo puede lograr una mejora para sí mismo, pero también para las personas que lo rodean, dando un sentido a su vida.

Según Seligman estos tres componentes aumentan la felicidad, pero no son excluyentes, se pueden experimentar consecutivamente pero también simultáneamente. En resumen, la auténtica felicidad consiste en experimentar emociones positivas y generar gratificación abundante mediante el uso de los puntos fuertes que nos caracterizan, creando un compromiso a través de ellos y buscando el sentido de la vida al servicio de algo más grande que uno mismo³².

No obstante, tras publicar la teoría de la auténtica felicidad, Seligman admitió que el concepto de felicidad podría tener ciertas ambigüedades. Al preguntar a los pacientes sobre su felicidad o su grado de satisfacción con la vida, muchos de ellos contestaban en qué estado de ánimo se encontraban y otros emitían un juicio sobre sus condiciones o calidad de vida. Por ello, posteriormente cambió su teoría hacia el estudio del bienestar o la prosperidad³⁷.

Teoría del bienestar

Esta teoría está orientada a la obtención del bienestar y el elemento clave para ello es el «FloreCIMIENTO» (*flourishing*), entendido como el máximo nivel de bienestar y expansión personal. La meta de la psicología positiva sería promover dicho florecimiento³⁷.

Seligman propuso un modelo de bienestar psicológico al que llamó PERMA³⁷. El modelo PERMA reúne los cinco componentes principales teorizados para llevar a una buena vida,

esto son las emociones positivas (*positive emotions*), el compromiso (*engagement*), las relaciones (*relationships*), el significado (*meaning*) y el logro (*accomplishment*). La suma de todos los elementos conforma el modelo PERMA —por sus siglas en inglés— que busca aumentar el nivel de bienestar y se adapta al objetivo de lograr un cambio positivo en la sociedad, ya sea en un ámbito educativo o corporativo:

- La percepción de un mayor número de emociones positivas, como la satisfacción o la alegría, en el día a día de los individuos fomentará un mayor bienestar.
- El compromiso con la vida y el trabajo hacen referencia a la capacidad de involucrarnos de manera positiva en el día a día, haciendo que el individuo esté absorto, involucrado e interesado.
- La dimensión de las relaciones se refiere a la motivación humana para buscar y mantener relaciones positivas, que puede expresarse como sentirse amado, apoyado y valorado por los demás.
- El concepto de «significado» hace referencia al significado de servir para «algo más grande» en el trabajo, pero también en la vida, teniendo una vida valiosa y con un propósito que merece la pena vivir.
- La dimensión del logro está asociada con la motivación humana para lograr y dominar nuevas habilidades y a la sensación de poder que se adquiere al alcanzar metas, completar tareas y cumplir con responsabilidades diarias.

Cada uno de estos componentes cumple con algunas características fundamentales para ser consideradas parte del modelo PERMA ya que contribuyen al bienestar.

El modelo PERMA integra tres tipos de felicidad: la felicidad hedónica, entendida como la experimentación de más emociones placenteras, la felicidad prudencial —vinculada al compromiso con la vida— y la felicidad eudemonista, relacionada con el sentido de la vida y la sensación de plenitud³⁷.

Por lo tanto, según este modelo, es más probable que se produzca y mantenga el bienestar psicológico cuando alguien experimenta frecuentes emociones positivas e infrecuentes emociones negativas; participa en actividades con profundo compromiso; tiene relaciones interpersonales positivas; tiene experiencias trascendentales al ego mismo; y logra metas personalmente relevantes.

Seligman concluye que las personas que están prosperando según los criterios PERMA son físicamente más saludables, más productivas en el trabajo y más pacíficas. Algunas metas que las comunidades no han conseguido lograr como la prosperidad, la salud y la paz, podrían conseguirse indirectamente construyendo comunidades basadas en el modelo PERMA y en el florecimiento que propone Seligman.

Modelo de las 24 fortalezas de Peterson y Seligman

En 2004 Peterson y Seligman propusieron estudiar los rasgos positivos con el fin de alcanzar la excelencia moral. Los autores desarrollaron una clasificación de las fortalezas y virtudes humanas. Cada persona es capaz de expresar cualquiera de ellas y su desarrollo promueve la sensación subjetiva de bienestar y las emociones positivas. Las fortalezas son consideradas como el determinante interior de una vida satisfecha y feliz. Las fortalezas enunciadas por Peterson y Seligman son las siguientes:

- Creatividad: pensar en formas nuevas y productivas de hacer las cosas.
- Curiosidad: tener interés sobre todas las experiencias que están teniendo lugar.
- Apertura de mente: pensar en las cosas con profundidad y desde todos los ángulos posibles.
- Pasión por el aprendizaje: buscar el desarrollo de nuevas destrezas, temas y cuerpos de conocimiento.
- Perspectiva: ser capaz de proporcionar sabios consejos para otros.
- Autenticidad: decir la verdad y presentarse a uno mismo de una forma genuina.
- Valor: no amedrentarse ante la amenaza, el desafío, la dificultad o el dolor.
- Persistencia: finalizar lo que uno empieza.
- Vitalidad: acercarse a la vida con entusiasmo y energía, sin medias tintas.
- Bondad: hacer favores y ayudar a los demás.
- Amor: valorar las relaciones cercanas con los demás.
- Inteligencia social: ser consciente de los motivos y sentimientos de uno mismo y de los demás.
- Justicia: tratar a todo el mundo de la misma forma de acuerdo con las nociones de justicia y equidad.
- Liderazgo: organizar actividades de grupo y conseguir que se lleven a cabo.
- Trabajo en equipo: trabajar bien como miembro de un grupo o equipo.
- Capacidad de perdonar: perdonar a aquellos que nos han hecho daño.
- Modestia: dejar que los logros propios hablen por sí mismos.
- Prudencia: ser cuidadoso acerca de las propias decisiones; no hacer o decir cosas de las que luego uno se podría arrepentir.
- Autorregulación: regular lo que uno siente y hace.

- Apreciación de la belleza y la excelencia: percibir y apreciar la belleza, la excelencia, o la destreza en todos los ámbitos de la vida.
- Gratitud: ser consciente y agradecido de las buenas cosas que suceden.
- Esperanza: esperar lo mejor y trabajar para lograrlo.
- Humor: gusto por la risa y la broma, así como generar sonrisas en los demás.
- Espiritualidad: tener creencias coherentes sobre un propósito más alto, que uno forma parte de un todo universal, y un sentido en la vida³⁸.

Esta nueva corriente de pensamiento incluye el bienestar social y mental de los individuos, reparando sucesos negativos en sus vidas, pero también construyendo cualidades positivas. A través de este nuevo paradigma se busca entender las emociones positivas, con el objetivo de incrementar las fortalezas y las virtudes, promover el potencial humano y buscar la excelencia³⁷⁻³⁹.

2.2.2. Estado actual del tema

El número de investigaciones realizadas relacionadas con la psicología positiva ha crecido en los últimos años, generando una evidencia científica centrada en variables positivas como la felicidad, el optimismo, el humor o el bienestar, en contraposición a los aspectos negativos y patológicos que tradicionalmente se estudian como la ansiedad, depresión o el distrés psicológico^{36,40} —definido como un grupo indiferenciado de síntomas que van desde síntomas de ansiedad y depresión hasta el deterioro funcional, rasgos de personalidad confusos y/o preocupantes y problemas de conducta³.

Se ha observado que el estudio de las emociones como la felicidad o el bienestar tienen una repercusión en el plano social, físico y psicológico del individuo. Los resultados de algunos estudios afirman que la felicidad y el optimismo favorecen el crecimiento personal y el sentimiento de satisfacción con la propia vida^{41,43}. No obstante, el interés por la psicología positiva y su influencia como factor protector o preventivo de ciertas patologías se ha expandido a otras disciplinas más allá de la psicología.

Recientes revisiones sistemáticas han concluido que el optimismo está asociado a un menor riesgo de morbilidad por enfermedades cardiovasculares en población general^{44,45}. Una posible explicación a este supuesto es que el optimismo y el bienestar general predisponen a una mayor implicación del paciente en sus hábitos de salud, como la práctica del ejercicio físico. Determinados procesos fisiológicos como el buen funcionamiento del sistema inmunológico o de la función cardíaca también están relacionados con mayores niveles de optimismo. Además, se ha observado que el optimismo podría atenuar los efectos del estrés crónico⁴⁶. Otros estudios evidencian que mediante la implementación de intervenciones basadas en la psicología positiva se puede conseguir que los pacientes

presenten una mejor adherencia a tratamientos de larga duración y una mejora en el afrontamiento de algunas enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiopulmonares o la recuperación tras un trasplante de riñón^{47,49}.

En el ámbito de la salud mental, se ha observado en varias revisiones sistemáticas que las intervenciones basadas en aspectos como el bienestar, la felicidad, la resiliencia o la gratitud podrían disminuir el estrés, la ansiedad, la distimia y la depresión^{50,51}. El refuerzo de la salud mental positiva entendida como el bienestar, la autoeficacia, la satisfacción con la vida, el apoyo social y la resistencia al estrés psicosocial parece ser un factor protector contra las ideaciones suicidas en contextos de pacientes con depresión^{52,53}.

Estos hallazgos sugieren que los indicadores relacionados con la psicología positiva podrían ser claves a la hora de evaluar la salud de los pacientes ya que reflejan la percepción subjetiva del individuo. También pueden ser factores protectores o atenuantes de varias patologías y/o factores predisponentes de estilos de vida saludables. Las emociones positivas facilitan la puesta en marcha de conductas más flexibles, menos predeterminadas y pueden ayudar a ampliar nuestros repertorios de conducta, permitiendo el cambio³⁶.

Dentro de las variables utilizadas en psicología positiva, la medición de la felicidad parece arrojar una información con alta relevancia subjetiva para los pacientes ya que refleja un bienestar subjetivo que comprende la evaluación cognitiva y afectiva de la vida en su conjunto por parte de un individuo⁵⁴. Diferentes autores han evidenciado el estudio de la felicidad como una variable fundamental a la hora de investigar el bienestar humano^{55,56}.

2.2.3. Teorías sobre la felicidad

Según la RAE la felicidad es «un estado de grata satisfacción espiritual y física»⁵⁷. La felicidad, su significado y su consecución ha sido y es una de las preguntas fundamentales y recurrentes relativas al ser humano. Actualmente la felicidad se define como un estado psicológico, pero existen diferentes corrientes de pensamiento acerca de este concepto⁵⁸.

La felicidad es un área de estudio con un gran impacto social, ya que es una de las principales metas vitales de las personas³⁵. El estudio del bienestar y de la felicidad tiene importantes implicaciones para la salud mental y física de la persona, pero también tiene implicaciones sociales y comunitarias⁵⁹.

La motivación humana para la consecución de la felicidad implica dos orientaciones principales: el hedonismo y el eudemonismo. El hedonismo es entendido como la búsqueda de placer y comodidad y el eudemonismo como la búsqueda del desarrollo de las capacidades del individuo. A menudo se ven como aspiraciones opuestas, sin embargo, cada una puede contribuir al bienestar de diferentes formas. El estudio de la felicidad aborda cuestiones fundamentales sobre lo deseable en la vida y cómo se puede lograr⁶⁰.

El concepto de eudemonismo recibió su tratamiento más notable en la *Ética nicomáquea* de Aristóteles en el siglo IV a. C.²⁹. La traducción tradicional del término es «felicidad», aunque muchos filósofos contemporáneos prefieren la traducción como «floreCIMIENTO». En las filosofías eudemonistas el enfoque principal está en la actividad que refleja la virtud, la excelencia, lo mejor del individuo y el desarrollo completo de su potencial⁶¹⁻⁶³.

Teorías hedonistas

El hedonismo es un concepto con raíces en la filosofía griega que gira en torno a la búsqueda del placer y al disfrute en la vida⁶⁴. Según los filósofos hedonistas, la felicidad proviene de la búsqueda del placer y de la evitación del dolor. Las personas pueden alcanzar la experiencia de felicidad a través del disfrute oportuno⁶⁴. En psicología el hedonismo representa la teoría de que la búsqueda de placer es una de las principales motivaciones del comportamiento humano⁶⁵. La felicidad se logra a través de la búsqueda del placer, el disfrute y la comodidad. Los fines hedónicos van desde los placeres físicos hasta los emocionales y/o cognitivos, como el disfrute de la interacción social o el arte. Aristipo en el siglo IV a.C. argumentó que el objetivo de la vida es el placer, independientemente de su origen⁶³. El hedonismo sostiene que el fin último en la vida es maximizar el placer y minimizar el dolor, siendo esto último considerado como el impulsor principal del bienestar⁶³⁻⁶⁵.

Los dos sistemas éticos clásicos que defienden la identificación de la felicidad con el placer son el Epicureísmo y el Utilitarismo. A pesar de ser sistemas diferentes, ambos modelos identifican placeres en función de dónde se originan. Existen los placeres intelectuales y los placeres físicos. En ambas corrientes hay una identificación de la felicidad con el placer más alto posible para el hombre, que es de naturaleza intelectual⁶⁶.

El concepto de hedonismo es fundamental para muchas teorías vinculadas a la felicidad y al bienestar⁶⁷. Según Kahneman todas las experiencias vividas por el individuo pueden distribuirse en una gran dimensión a la que llama «bueno/malo» (*good/bad*)⁶⁸. La felicidad subjetiva se refiere a un episodio único y aislado mientras que la felicidad objetiva estaría ligada a un período que puede incluir numerosos episodios. De acuerdo con Diener y Lucas, el bienestar subjetivo se basa en una evaluación tanto cognitiva como afectiva de los diferentes episodios de la vida, por tanto, una persona que percibe afectos agradables con frecuencia y afectos desagradables con poca frecuencia experimenta un alto nivel de bienestar^{53,68}.

Para algunos autores, existe una relación entre el hedonismo motivacional y la búsqueda de la felicidad⁶⁹. Bouffard establece que la felicidad proviene de diferentes episodios placenteros y es posible ver una cierta superposición entre el hedonismo motivacional y la

búsqueda de la felicidad⁶⁹⁻⁷¹. La búsqueda de las emociones placenteras y de la felicidad podría ser la misma, la motivación que genere conductas.

El «flujo» (*flow*) es un término que apareció en 1975 en el libro de Csikszentmihalyi⁷². Consiste en una forma breve de expresar la sensación de un movimiento aparentemente sin ningún esfuerzo, lo cual es típico de esta experiencia. Es un estado en el cual la persona se encuentra completamente absorta en una actividad por su propio placer y disfrute. El estado de flujo consta de nueve elementos: equilibrio desafío-habilidad, fusión acción-conciencia, metas claras, retroalimentación inequívoca, concentración en la tarea presente, sentido de control, pérdida del autoconocimiento, transformación del tiempo y experiencia autotélica. De acuerdo con el autor, algunas personas podrían llegar a disfrutar de tareas que por sí mismas suelen resultar relativamente aversivas. Para ello deben poseer la habilidad suficiente como para poder transformarlas en actividades apetecibles, susceptibles de proporcionar gozo suficiente como para querer realizarlas sin esperar ningún tipo añadido de recompensa, más que el mero placer de ejecutarlas. A estas personas Csikszentmihalyi las llamó «autotélicas», por la capacidad especial que tenían para motivarse de forma intrínseca y ser capaces de disfrutar con actividades que probablemente en otras muchas personas no generaran placer. El flujo es además disposicional, es decir, la disposición para experimentar un estado de flujo depende no solo de las condiciones innatas sino también del proceso de aprendizaje. Diversos autores como Hunter, Moreno o Fernández Marín afirmaron que la experiencia de flujo surge cuando las habilidades no están ni infrautilizadas ni sobrepasadas y, por lo tanto, pueden relacionarse con un estado óptimo de activación. Si las habilidades no alcanzan este punto óptimo, el individuo experimentará apatía —desafío poco estimulante asociado a habilidades bajas— o estará demasiado relajado —desafío poco estimulante asociado a habilidades fuertes. Cuando el individuo alcanza este estado óptimo, su implicación en la actividad es tal que olvida el tiempo, la fatiga y todo lo demás excepto la actividad misma. En este estado, el individuo funciona al máximo de sus capacidades y experimenta un estado de bienestar calificado por Csikszentmihalyi como extático⁷⁰⁻⁷⁴.

De acuerdo con Csikszentmihalyi y Hunter, el nivel de felicidad depende en última instancia de cómo la mente filtra e interpreta las experiencias cotidianas. La felicidad depende de la armonía interior, no de la capacidad para ejercer control sobre las grandes fuerzas del universo. Hay personas que, independientemente de sus condiciones materiales, están satisfechas y tienen un modo de hacer más felices a quienes les rodean. Por otro lado, hay personas que a pesar de tener mucho dinero y poder son infelices⁷⁴.

Veenhoven sostiene que es probable que el hedonismo contribuya a la felicidad ya que se considera que la felicidad es el resultado de un equilibrio positivo de experiencias agradables sobre las desagradables, es decir, la suma de placeres y dolores, y que este equilibrio probablemente sea más positivo si se busca disfrutar⁷⁵. Existen además

consecuencias indirectas del placer como la mejora de la capacidad para hacer frente a los problemas, generando mayor tolerancia al estrés en el individuo y mayor sociabilidad.

El principal problema de las teorías hedonistas es que son demasiado inclusivas ya que todo tipo de placeres superficiales y fugaces cuentan para la felicidad⁷⁶. Existen dos principales críticas al hedonismo, una de ellas es que el hedonismo podría aumentar el consumo excesivo agotando los recursos naturales. Por otro lado, los hedonistas, en la búsqueda del placer, reducen su conciencia del peligro y pensamiento crítico propiciando un consumo ostentoso que empobrece la calidad social y la ética⁷⁵.

Teorías eudemonistas

El eudemonismo está vinculado a la búsqueda del significado o propósito en la vida⁶³. Se basa en el desarrollo de los mejores potenciales de una persona y su aplicación en el cumplimiento de metas personalmente expresivas y autoconcordantes^{77,78}.

El eudemonismo, como lo analiza Aristóteles en el siglo IV a. C. no se corresponde con vivir una vida basada en el nivel de placer subjetivo experimentado, sino en la representación de una serie de cualidades específicas que reflejaban cómo uno debe vivir. Tales cualidades incluían la búsqueda de la excelencia, la virtud y la autorrealización⁷⁹.

Según Huta el eudemonismo tiene cuatro dimensiones como son la autenticidad, el significado, la excelencia y el crecimiento. La autenticidad consiste en establecer claramente los valores de uno mismo y actuar en consecuencia. El significado hace referencia a buscar lo que realmente importa, entender el panorama o contexto general, alinearse con él y contribuir al mismo. La excelencia es el esfuerzo por alcanzar altos estándares en cuestiones de ética, comportamiento y rendimiento. La última dimensión es el crecimiento entendido como el incremento de los conocimientos y habilidades, actualizando el potencial de uno mismo y madurando como ser humano⁸⁰.

En 1989 Carol Ryff sugirió un modelo basado en seis dimensiones para medir el bienestar psicológico entendido como un componente crucial y básico del funcionamiento humano positivo y de la salud positiva⁸¹. Este modelo consta de seis aspectos psicológicos en los que los humanos pueden prosperar y funcionar de la manera más positiva. Las dimensiones del modelo son el control ambiental, el crecimiento personal, el propósito en la vida, la autonomía, la autoaceptación y las relaciones positivas con otros. Los sujetos pueden alcanzar un nivel óptimo o deficitario de cada dimensión.

El nivel óptimo del control ambiental se alcanza cuando el sujeto tiene sensación de control y competencia sobre las actividades, saca provecho de las oportunidades y es capaz de crear

o elegir contextos. Mientras que en un nivel deficitario del control ambiental el sujeto experimentará sentimientos de indefensión y descontrol.

El nivel óptimo del crecimiento ocurre cuando el sujeto tiene una sensación de desarrollo continuo, se ve a sí mismo en progreso, está abierto a nuevas experiencias y es capaz de apreciar mejoras personales. Mientras que en un nivel deficitario del crecimiento personal el sujeto tiene sensaciones de no aprendizaje, de no mejora y de no transferir logros pasados al presente.

El nivel óptimo de propósito en la vida se alcanza cuando el sujeto tiene objetivos en la vida, la sensación de llevar un rumbo y de que el presente y el pasado tienen sentido. Por oposición, el sujeto tendrá un nivel deficitario de propósito en la vida cuando tenga la sensación de estar sin rumbo, de tener dificultades psicosociales o un funcionamiento bajo.

El sujeto experimenta el nivel óptimo de autonomía cuando es capaz de resistir presiones sociales, es independiente y tiene determinación; cuando regula su conducta desde dentro y cuando se autoevalúa con sus propios criterios. Un nivel deficitario de autonomía se corresponde con un bajo nivel de asertividad, con una actitud sumisa y complaciente, así como con indecisión.

El nivel óptimo de autoaceptación se corresponde con una actitud positiva hacia uno mismo, aceptando aspectos negativos y positivos y valorando positivamente el pasado. Mientras que un nivel deficitario de autoaceptación está relacionado con el perfeccionismo y con un mayor uso de criterios externos de aceptación.

Por último, las relaciones positivas con otros alcanzarán un nivel óptimo cuando las relaciones son estrechas y cálidas, cuando al sujeto le preocupa el bienestar de los demás y cuando sea capaz de tener una fuerte empatía, afecto e intimidad. El nivel deficitario de las relaciones positivas se corresponde con un déficit en afecto, empatía e intimidad.

Según esta teoría, el ser humano intenta continuamente mejorar todos los aspectos anteriores para alcanzar una forma de vida eudemonista⁸².

Waterman definió las experiencias subjetivas relativas al eudemonismo como sentimientos de expresividad personal. Tales experiencias implican el desarrollo de los mejores potenciales de uno y del uso de estos potenciales en la búsqueda del propósito de la vida. También asociaron el eudemonismo con variables como la motivación intrínseca o la autodeterminación⁸³.

Para Galanakis *et al.* la felicidad depende en primer lugar de la autoaceptación incluyendo la autoestima, la autoimagen, las habilidades, el talento y la satisfacción con uno mismo. Otros determinantes de la felicidad son las relaciones interpersonales —desde las más superficiales hasta aquellas relaciones con amigos, colegas y, por supuesto, con la familia—

ya que abordan una variedad de emociones que surgen de la interacción y de la historia familiar. Por último, las metas futuras y la consecución de logros, aspiraciones y sueños son otro pilar clave en la construcción de la felicidad⁸⁴.

Algunos autores sostienen que las teorías hedonistas tienden a enfatizar el significado y el crecimiento humano y que, por ello, estudiar la felicidad y el bienestar subjetivo desde una perspectiva eudemonista ofrece un enfoque más holístico⁸⁵. En el estudio de Ortner *et al.* se observó que el enfoque eudemonista está asociado con una mayor sensación de bienestar subjetivo, vitalidad, satisfacción con la vida, percepción del sentido de la vida y despreocupación⁸⁶.

No obstante, otros autores como Kashdan *et al.* sugieren que el eudemonismo no está bien definido y carece de una medición consistente⁸⁷. Por otro lado, vivir una vida virtuosa, de acuerdo con las premisas eudemonistas podría ser una experiencia solo para aquellas personas que han alcanzado una trascendencia de la vida cotidiana, ya que es un estado objetivo que surge tras alcanzar el mejor potencial de uno mismo y tras actuar en consecuencia^{75,87}. Por ello, Kashdan *et al.* concluyen que el concepto de eudemonismo podría ser exclusivo e incluso elitista⁸⁷.

Hedonismo y eudemonismo como conceptos complementarios

Para otros autores, estas dos dimensiones de la felicidad no son conceptos excluyentes. Ryan *et al.* establecieron que el término de eudemonismo podría ser una forma de vida y un predictor de la misma mientras que el hedonismo, analizado en términos de bienestar y placer, es más bien un resultado. Estos términos que habitualmente son considerados como antagónicos podrían ser dos dimensiones de la felicidad⁸⁸. El hedonismo y el eudemonismo podrían ser dos orientaciones de la búsqueda de la felicidad de los individuos ya que podrían reflejar diferentes estados de motivación⁶⁵. De la misma manera, Vittersø argumenta que mientras el eudemonismo refleja el comportamiento o la apertura a la experiencia, el hedonismo refleja los resultados del bienestar o de satisfacción con la vida⁸⁹.

Huta *et al.* observaron que la realización de determinadas actividades genera un bienestar básico que no perdura a largo plazo pero que genera emociones positivas en el momento, lo cual respalda una dimensión más hedónica. Otras actividades más características de una perspectiva eudemonista —relacionadas con el desarrollo personal— sí generan una felicidad a largo plazo, pero no son particularmente placenteras o desagradables en el momento preciso de su realización. En estos casos, la felicidad se percibe al alcanzar la meta o los resultados esperados. Dos estilos de vida diferentes reflejan los caminos individuales para experimentar la felicidad, basados en distintas motivaciones. La búsqueda conjunta del

placer y del desarrollo personal deberían producir mayor bienestar que cualquiera por separado⁶⁵.

Tanto el eudemonismo como el hedonismo se relacionan con la satisfacción con la vida y la felicidad^{63,90}. En la misma línea Huta *et al.* argumentaron que los conceptos de eudemonismo y hedonismo abarcan dimensiones diferentes pero que ambos son motivaciones de la felicidad que reflejan las intenciones o propósitos de las actividades diarias individuales. Mientras que el hedonismo está basado en impulsar emociones positivas, incluida la búsqueda de placer y comodidad, el eudemonismo busca la autenticidad o actuar en acuerdo los valores personales, la excelencia, el crecimiento personal y el desarrollo de habilidades⁸⁰.

La evidencia empírica actual sugiere que el bienestar hedonista y eudemonista se superponen conceptualmente y pueden representar mecanismos psicológicos que operan juntos. Es el caso de determinadas acciones, como los actos altruistas o de ayuda, los cuáles se corresponden con un crecimiento personal y una buena vida en el sentido más aristotélico, pero a la vez, durante su realización, el individuo puede experimentar emociones positivas como el placer o el disfrute.

Algunos autores coinciden en que las motivaciones de la felicidad reflejan las intenciones o propósitos de las actividades diarias individuales, incluidas las motivaciones hedonistas y eudemonistas^{63,91}. Huta *et al.* recomiendan a los investigadores centrarse en las motivaciones detrás del estilo de vida relacionadas con la felicidad para explorar mejor el mecanismo subyacente en busca de la propia felicidad⁶⁵. Tanto la motivación eudemonista como la hedonista pueden promover la satisfacción con la vida como fuente de motivación para la búsqueda de la felicidad de las personas, pero la magnitud del efecto puede ser diferente⁹¹⁻⁹³. Estos estudios sugieren que una alta motivación eudemonista puede estar asociada con una mayor y más sostenida satisfacción con la vida en comparación con una alta motivación hedónica.

De manera general podríamos concluir que la felicidad es un constructo multifacético que abarca varias dimensiones de la vida de las personas, que pueden contribuir a aumentar o disminuir el nivel de felicidad y bienestar percibidos. Puede considerarse como una condición que puede reflejar el estado afectivo y/o cognitivo de los sujetos en diferentes periodos de tiempo o en contextos específicos⁹⁴.

2.2.4. Informe mundial de la felicidad

En los últimos años el interés por cuantificar la felicidad ha aumentado, hasta el punto de medir la felicidad como indicador del desarrollo social y del bienestar individual entre naciones⁹⁵. El informe mundial de felicidad o “*World Happiness Report*” (WHR) mide el nivel de felicidad de diferentes países cada año y los determinantes de la felicidad. En el

informe se establece que la forma natural de medir la felicidad de una nación es preguntar a una muestra representativa de personas de cada país cuánto de satisfechas han estado con sus vidas durante los últimos días⁹⁶. Los individuos deben situar su nivel de felicidad en una escala del 0 al 10, donde 10 es el máximo grado de felicidad posible y 0 el mínimo grado de felicidad posible.

Según el informe, una sociedad puede experimentar altos niveles de felicidad y satisfacción con la vida cuando su población o comunidad adquiere una conducta pro social, sana y próspera, es decir cuando la población tiene altos niveles de eudemonismo. En este informe se establece que, a nivel de sociedad, la satisfacción con la vida y el eudemonismo van de la mano. También se pone de manifiesto el papel fundamental que juegan los gobiernos para promover la salud física y mental de sus ciudadanos y la repercusión que ello tiene sobre la felicidad. Los gobiernos utilizan cada vez más este análisis para orientar sus políticas hacia un mayor nivel de bienestar.

De manera individual, aunque la vida virtuosa podría aumentar la felicidad, existen ciertos factores independientes del virtuosismo que influyen en la felicidad de los individuos. Según el WHR existen seis determinantes que explican la variación de los niveles de felicidad: los ingresos (medidos a través del producto interior bruto (PIB) per cápita), la salud (física y mental), la generosidad, tener apoyo social, tener un sentido de libertad para poder tomar decisiones clave en la vida y la ausencia de corrupción. Dentro del sentido de libertad, se encuentra el respeto por los derechos humanos, lo cual incluye el derecho a la vida, a la libertad, a la libertad de opinión y de expresión, al trabajo y a la educación. Para poder lograr que una sociedad sea feliz, es fundamental que estos derechos sean respetados. Poseer relaciones humanas y vínculos afectivos es clave para ser feliz, pero, además, se ha observado que los actos que benefician a otras personas parecen incrementar también la propia felicidad de los individuos que los realizan. Por ello, los actos de generosidad o altruistas son también determinantes individuales de la felicidad. Estas seis variables fueron elegidas originalmente como las mejores medidas disponibles por tener vínculos significativos con el bienestar subjetivo y, especialmente, con las evaluaciones de felicidad en la vida.

El WHR elabora cada tres años una clasificación del nivel de felicidad de los países basados en los seis ítems mencionados anteriormente (apoyo social, ingresos, salud, libertad, generosidad y ausencia de corrupción). La última clasificación fue publicada en 2024 y evalúa el promedio de felicidad entre 2021 y 2023. El WHR de este año también muestra que, a pesar de varias crisis superpuestas, la mayoría de las poblaciones de todo el mundo siguen siendo notablemente resistentes, con medias mundiales de satisfacción durante el periodo 2021-2023 tan altas como las de los años anteriores a la pandemia por la COVID-19.

El país que ocupa el primer puesto de la clasificación, por sexto año consecutivo, es Finlandia con una puntuación de 7,74 sobre 10 (IC 95 %: 7,66; 7,81). Noruega ocupa el séptimo puesto con un nivel de felicidad de 7,3 (IC 95 %: 7,21; 7,38). España ocupa el puesto 36 con una puntuación de 6,42 (IC 95 %: 6,33; 6,5). Portugal ostenta el puesto 55 con una puntuación de 6,03 (IC 95 %: 5,92; 6,13). Líbano y Afganistán ocupan los dos últimos puestos con puntuaciones de 2,7 (IC 95 %: 2,61; 2,79) y 1,72 (IC 95 %: 1,66; 1,77) respectivamente.

En el informe de mundial de la felicidad se ha estimado el efecto del afecto positivo y negativo para implementar parcialmente la presunción aristotélica de que las emociones positivas sostenidas son apoyos importantes para una buena vida. Los resultados continúan respaldando el hallazgo en psicología de que la existencia de emociones positivas influye mucho más en la felicidad que la ausencia de emociones negativas. Concretamente, la libertad y la generosidad tienen grandes impactos en el afecto positivo, que a su vez tiene un impacto importante en las evaluaciones de la vida. Asimismo, se observó que los efectos de un entorno social positivo son mayores que los efectos de la soledad. Por último, se establece que la confianza y el apoyo social pueden respaldar la felicidad durante las crisis⁹⁶.

2.2.5. Principales determinantes de la felicidad

De acuerdo con la bibliografía existente uno de los determinantes más importantes de la felicidad son los ingresos económicos. Los ingresos otorgan oportunidades ya que permiten a las personas obtener los bienes y servicios que necesitan y les permiten disfrutar de un estatus socioeconómico más alto. El ingreso es un medio importante para satisfacer las necesidades y es ampliamente reconocido como un factor de influencia significativo sobre el nivel de felicidad. Mientras que los bajos ingresos y el desempleo son determinantes que afectan de manera negativa a la felicidad⁹⁷.

Por otro lado, las relaciones humanas cercanas son un factor clave de la felicidad. Las conexiones sociales impactan positivamente en la felicidad y el funcionamiento mental. La realización de actos altruistas y comunitarios y/o la pertenencia a una cultura, etnia o religión son también determinantes positivos de la felicidad⁹⁸⁻¹⁰⁰.

La ausencia de patologías, especialmente la ausencia de patologías mentales como depresión, estrés, ansiedad, el consumo de sustancias y/o en general la autopercepción de una mala salud son factores que pueden tener una influencia negativa sobre el nivel de felicidad. Existe una relación clara entre tener salud y sentirse sano y ser feliz¹⁰¹⁻¹⁰⁴.

Existen también determinantes relacionados con el nivel educativo, el crecimiento personal y la consecución de logros. Un mayor nivel educativo y/o un mejor desempeño de tareas generan el logro de objetivos, el disfrute y el éxito en el trabajo, la satisfacción con la vida y la experimentación de emociones positivas que pueden influir positivamente en los

niveles de felicidad¹⁰⁵⁻¹⁰⁹. Por último, el sentimiento de libertad y la capacidad de tomar nuestras propias decisiones son también determinantes de la felicidad¹¹⁰.

2.2.6. Relación entre felicidad y salud

Relación entre la felicidad y la salud en la población general

Existe una fuerte relación entre salud y felicidad. Un alto grado de salud está relacionado con mayores niveles de felicidad, y la causalidad parece ir en ambas direcciones^{111,112}. En varios estudios se ha observado que la felicidad es un factor protector frente a la mortalidad¹¹³⁻¹¹⁶. De manera opuesta, una disminución en el nivel de felicidad podría deberse a factores determinantes de la salud física y mental, como la depresión, la mala percepción de la salud y el consumo de sustancias en la población general^{98,117}.

Se ha observado que un nivel alto de felicidad podría reducir la morbilidad y la progresión de determinadas enfermedades, especialmente las cardiovasculares, e influir positivamente sobre la adherencia a algunos tratamientos y sobre los síntomas derivados de algunas patologías, principalmente el dolor^{111-113,115}. También se ha observado que es un factor protector frente a la progresión de enfermedades inmunológicas, especialmente frente al VIH^{113,118}. De manera inversa, aquellos pacientes con patologías crónicas experimentan menores niveles de felicidad en comparación con la población general^{119,120}.

El estudio de la relación entre felicidad y salud es extensible a los sistemas sanitario. La monitorización de la felicidad y la implementación de los medios para garantizarla son factores que contribuyen a la eficiencia del sistema de salud de un país^{95,98}. Establecer políticas públicas centradas en el bienestar subjetivo y la felicidad podría conducir a mejores resultados de salud, a una reducción de la carga sanitaria y a un mejor desempeño de la atención sanitaria¹²¹.

Relación entre la felicidad y la salud mental

Los problemas de salud mental son un determinante importante del nivel de felicidad. Los sufrimientos causados por las enfermedades mentales obstaculizan la felicidad mientras que niveles más elevados de felicidad se correlacionan positivamente con la motivación, la resiliencia, los comportamientos saludables y la longevidad¹⁰⁴. Se ha observado que menores niveles de felicidad podrían ser un factor de riesgo para realizar actividades que afectan negativamente a la salud como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. Un bajo nivel de felicidad puede estar relacionado con mayor sufrimiento, problemas personales de diversas índoles o patologías como la ansiedad y la depresión. Los pacientes pueden recurrir al consumo de sustancias para aliviar el malestar. Este ciclo puede perpetuarse, ya que el

uso de sustancias a menudo exacerba los problemas de salud mental, creando un bucle difícil de romper¹²³.

En la bibliografía existente se ha observado que la felicidad y el bienestar emocional pueden contribuir a un sueño más reparador y a una mejor salud en general. Por otro lado, se ha relacionado niveles bajos de felicidad suele con trastornos del sueño como el insomnio, las pesadillas y la somnolencia diurna. Algunas investigaciones sugieren que las personas felices tienden a tener rutinas de sueño más saludables, mientras que aquellas con menores niveles de felicidad pueden experimentar interrupciones en su sueño^{124,125}.

La depresión y la ansiedad están estrechamente vinculadas a niveles bajos de felicidad. Estos trastornos emocionales pueden crear un ciclo negativo, donde la tristeza y la preocupación dificultan el disfrute de la vida, lo que a su vez puede agravar los síntomas de la depresión y la ansiedad. Las personas que sufren estos trastornos a menudo experimentan una disminución en su bienestar general, lo que se traduce en una menor satisfacción con la vida. No obstante, monitorizar la felicidad es clave: mayores niveles de felicidad pueden ser un factor protector frente a trastornos depresivos y de ansiedad generalizada, así como un marcador de una evolución favorable durante la recuperación de los pacientes con trastornos depresivos mayores^{117,126-130}.

También existe una relación negativa entre la felicidad y padecer otras patologías mentales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar¹³¹⁻¹³³. Parece que la monitorización de la felicidad y las intervenciones de psicología positiva basadas en la aceptación, la resiliencia y la felicidad podrían ser claves para aliviar la angustia derivada de estas patologías¹³⁴.

Incorporar factores asociados con la psicología positiva —orientados al futuro y a las fortalezas de los pacientes— y combinarlos con aquellos factores tradicionales como los niveles de ansiedad, depresión, distrés psicológico o los intentos de suicidio; puede mejorar el efecto sobre el bienestar de los pacientes. Más concretamente el estudio de la variable de la felicidad —que aborda la perspectiva del placer inmediato, pero también del desarrollo personal a largo plazo— podría ser un marcador de situación de los pacientes y de su recuperación frente a diversos problemas de salud mental, entre ellos los trastornos por consumo de sustancias.

Relación entre los trastornos por consumo de sustancias y la felicidad

Se ha evidenciado que el nivel de felicidad en pacientes con trastornos por consumo de sustancias es menor que en población general. Uno de los principales determinantes en esta población son los problemas de salud mental. Más del 44 % de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias presentan problemas de salud mental^{135,136}. Además, tienen una menor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en comparación con la población general¹³⁷. Por otro lado, uno de los síntomas más graves y frecuentes de la

abstinencia tras el consumo de sustancias es la depresión acompañada de pensamientos o comportamientos suicidas y los bajos niveles de felicidad^{138,139}. La felicidad puede tener una función importante en el estado de salud y en el dinamismo de los pacientes. Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias con mayores niveles de felicidad podrían tener una menor gravedad de la depresión y de los comportamientos suicidas, así como unas condiciones que faciliten la toma de decisiones, la autoestima, la sensación de seguridad y de satisfacción con la vida¹⁴⁰.

De manera inversa se ha observado que la comorbilidad podría influir sobre la felicidad. Los niveles de felicidad son menores cuantos más trastornos mentales presenta el paciente^{141,142}. Otro de los factores claves que reducen la felicidad en esta población es el número de veces que el paciente ha ingresado en programas de deshabitación. Ingresar varias veces en estos programas y no conseguir la abstinencia provoca una grave repercusión sobre la autoestima y la calidad de vida, así como un aumento del distrés psicológico. Los cambios relacionados con la recuperación son aún más desafiantes y el nivel de felicidad aún menor¹⁴³⁻¹⁴⁵.

No obstante, existe una relación entre el nivel de felicidad y la recuperación del trastorno. Varios autores concluyen que la felicidad podría ser un marcador de la evolución de determinados trastornos mentales. Algunos de los factores claves para aumentar la felicidad evidenciados en esta población son tener una red de apoyo social más amplia y estable, así como gozar de buena salud y no tener problemas asociados al abuso de sustancias¹⁴¹. Por todo lo mencionado anteriormente, fomentar la felicidad en esta población podría ser un enfoque efectivo, ayudando no solo a mejorar el bienestar general, sino también a facilitar el proceso de deshabitación.

3. JUSTIFICACIÓN

El consumo problemático de sustancias continúa siendo un desafío global de salud pública con graves consecuencias individuales y sociales. En 2023, 284 millones de personas en el mundo con edades comprendidas entre 15 y 64 años han consumido algún tipo de sustancia de manera habitual durante los últimos 12 meses. Se estima que el 13,6 % de la población mundial consumidora habitual tiene un trastorno relacionado con el consumo de sustancias. Las consecuencias son alarmantes: en 2018, 2,8 millones de muertes se atribuyeron al alcohol y 452 000 a sustancias ilegales, además de reducir los años de vida saludables de manera significativa⁷. Asociado al consumo existen múltiples consecuencias que disminuyen los años de vida libres de enfermedad¹⁹. Determinadas enfermedades como algunos tipos de cánceres, infecciones y problemas de salud mental —como la ansiedad, la depresión o los intentos autolíticos— son más prevalentes en esta población¹⁷⁻¹⁹.

Los trastornos por consumo de sustancias son fenómenos complejos que afectan a múltiples aspectos de la vida del individuo. Su desarrollo y recuperación están intrínsecamente ligados a factores tanto internos como externos. La motivación, según el modelo de Prochaska y DiClemente, juega un papel crucial en el proceso de cambio conductual²⁶. En este contexto, las emociones positivas, particularmente la felicidad, emergen como elementos potencialmente transformadores en el tratamiento y la recuperación³².

La felicidad se define como el disfrute subjetivo de la vida en su conjunto¹⁴⁶. En el listado de 2023 del WHR que mide el nivel de felicidad de la población general de cada país, España ocupa el puesto 36, con un nivel de felicidad de 6,42 sobre 10 (IC 95 %: 6,33; 6,5)⁹⁶ mientras que en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en programas de deshabitación se estima que el nivel de felicidad es de 3,8 sobre 10¹⁴¹. Los programas de deshabitación son unas intervenciones, basadas en la evidencia, que reducen el uso de opioides ilegales y mejoran la condición física y mental de los pacientes, así como el bienestar y la calidad de vida^{135,147,148}. Sin embargo, existe poca información del nivel de felicidad y sus cambios en pacientes con trastorno de consumo por sustancias en programas de deshabitación.

La felicidad es un indicador clave del bienestar y podría ser crucial para entender el impacto del tratamiento y de los programas de deshabitación en los pacientes con trastorno por consumo de sustancias. Los cambios en la felicidad pueden reflejar la evolución y la recuperación mientras que disminuciones de esta pueden indicar la necesidad de ajustar las intervenciones. Para ello es fundamental analizar en el tiempo cuáles son los determinantes que influyen de una manera positiva o negativa sobre la misma. Evaluar la felicidad y sus determinantes puede favorecer el afrontamiento de la recuperación y reducir el riesgo de recaídas.

No obstante, los autores recomiendan no evaluar únicamente los aspectos positivos. Para lograr una aproximación integral a esta población es esencial analizar otros determinantes clave como el consumo, el distrés psicológico y/o los intentos de suicidio¹¹⁷⁻¹¹⁹. Estos aspectos están fuertemente interrelacionados entre sí y pueden ser desencadenantes de menores niveles de felicidad, así como representar un factor de riesgo de una peor recuperación y una mayor morbilidad. A través de la monitorización de estos aspectos se pueden identificar grupos de población más vulnerables, permitiendo intervenciones más efectivas y personalizadas.

Describir el nivel de felicidad, sus determinantes y evolución temporal, así como analizar la relación de la felicidad con algunos aspectos negativos como el consumo de sustancias, el distrés psicológico y los intentos de suicidio podría mejorar el bienestar de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias. El estudio de estos factores podría promover una recuperación más efectiva y mejorar el desarrollo de programas de prevención y tratamiento más centrados en el bienestar integral de estos pacientes.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis nula (H0): El nivel de felicidad de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias en programas de deshabitación es independiente de diversos factores sociodemográficos y clínicos. Esta hipótesis sugiere que variables como el sexo, la edad, la duración y el tipo de tratamiento, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, la situación de convivencia, la presencia de hijos, los antecedentes de intentos de suicidio, las sustancias consumidas y el distrés psicológico tienen una influencia nula en la percepción de felicidad de estos pacientes durante su proceso de recuperación.

Hipótesis alternativa (H1): El nivel de felicidad en pacientes con trastornos por consumo de sustancias que participan en programas de deshabitación está influenciado por el sexo, la edad, la duración del tratamiento, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, la situación de convivencia, la presencia de hijos, los intentos de suicidio previos, el tipo de tratamiento, las sustancias consumidas y el distrés psicológico. Esta hipótesis sugiere que estas variables tienen un impacto significativo en la percepción de felicidad de estos pacientes.

4.2. OBJETIVO GENERAL

Describir el nivel de felicidad y sus cambios en el tiempo en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabitación, analizando las variables predictoras de la felicidad.

4.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En relación con las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes de Noruega y de España:

1. Describir el grado de felicidad, consumo y distrés psicológico en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
2. Evaluar si existe una relación entre el grado de felicidad, distrés psicológico e intentos de suicidio en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
3. Analizar las variables predictoras de la felicidad de los pacientes en programas de deshabitación de Bergen y Stavanger (Noruega).
4. Analizar las variables significativas de la felicidad de los pacientes en programas de deshabitación de España (Madrid).

5. Establecer una comparación entre el nivel de felicidad de los pacientes en programas de deshabituación de Bergen y Stavanger (Noruega) y de Madrid (España).

5. METODOLOGÍA

La tesis presentada a continuación pretende reflejar las tendencias en consumo de sustancias en Noruega y en España y consta de un estudio realizado y finalizado en Noruega y un subestudio realizado en España.

La primera parte de la presente tesis doctoral se llevó a cabo durante una estancia de tres meses en la Universidad de Bergen (Noruega). Durante esta estancia se finalizó la recogida de datos y se analizaron los mismos. Con el objetivo de poder comparar el nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en programas de deshabitación en Noruega y en España se importó la metodología del estudio realizado en Noruega a España.

No obstante, para poder cumplir con el plazo estipulado del programa de doctorado, los datos presentados a continuación de la muestra de pacientes de España son resultados preliminares, cuya recogida continuará tras la defensa de la tesis hasta alcanzar el mismo tamaño muestral en ambos países. La recogida de datos de esta muestra preliminar de pacientes con trastorno por consumo de sustancias se utilizará también para la primera fase de un estudio de validación de la versión de diez ítems (SCL-10) de la lista de verificación de síntomas de Hopkins (SCL-90), que aún no ha sido traducida ni validada en español.

Por ello el estudio realizado en España se presenta como un subestudio descriptivo.

La memoria de la estancia doctoral figura en el Anexo II. A continuación, se presenta la metodología en español. Esta metodología figura en inglés en el Anexo III según la normativa para obtener la mención internacional del doctorado.

5.1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE NORUEGA

5.1.1. Tipo de estudio

Estudio observacional analítico de cohortes prospectivo realizado en Noruega.

5.1.2. Ámbito del estudio

Este estudio está vinculado al estudio sobre el tratamiento integrado de la hepatitis C (INTRO-HCV) que tuvo lugar en Bergen y Stavanger (Noruega).

El INTRO-HCV es un ensayo clínico controlado, aleatorizado, multicéntrico cuyo objetivo es comparar la eficacia de los tratamientos integrados para el VHC frente al tratamiento estándar. El tratamiento integrado incluye pruebas de VHC, evaluación de la fibrosis hepática, asesoramiento por parte de un equipo multidisciplinar, administración del tratamiento sustitutivo y del tratamiento para el VHC, así como el seguimiento y la evaluación proporcionados por clínicas integradas de atención y tratamiento de trastornos por uso de sustancias. Los participantes que recibieron el tratamiento integrado recibieron

seguimiento en clínicas de deshabituación o en centros municipales al menos una vez por semana. A los pacientes seleccionados para recibir el tratamiento estándar se les ofrecieron consultas de seguimiento cada cuatro semanas y una consulta posterior una vez finalizado el tratamiento. El tratamiento sustitutivo les fue administrado en las clínicas y centros municipales en los que, previamente al inicio del estudio, ya acudían. Aquellos pacientes que cumplieron criterios y que proporcionaron su consentimiento fueron incluidos en el ensayo clínico. Los participantes fueron excluidos si actualmente estaban recibiendo tratamiento para el VHC, si estaban coinfectados con el VIH, o presentaban manifestaciones extrahepáticas graves del VHC (como crioglobulinemia o glomerulonefritis membranoproliferativa), enfermedad renal crónica estadio 4 a 5, o enfermedad hepática descompensada. Para la elaboración del ensayo clínico INTRO-HCV se recogieron datos sociodemográficos y clínicos sobre pacientes con trastorno por consumo de sustancias que acudían a las clínicas integradas de atención donde se desarrollaba el estudio. La recogida de datos se llevó a cabo entre mayo de 2017 y junio de 2019¹⁵². Aquellos pacientes que no fueron seleccionados para el ensayo clínico INTRO-HCV por no cumplir criterios, ni para el grupo control ni para el grupo intervención, fueron incluidos en cohortes independientes con las que únicamente se realizó un seguimiento en el tiempo de diferentes aspectos sociodemográficos y clínicos, así como del nivel de felicidad, presentado en este estudio.

Para el desarrollo del estudio de cohortes, se utilizaron los datos de pacientes con trastornos por consumo de sustancias en Noruega pertenecientes a la cohorte independiente del estudio INTRO-HCV previamente mencionado y que tuvo lugar en Bergen y Stavanger (Noruega)^{151,152}. Bergen y Stavanger son dos ciudades del suroeste de Noruega con entre 280 000 y 130 000 habitantes cada una. Existen clínicas ambulatorias y municipales en el centro y en la periferia de ambas ciudades. Cuentan con un equipo multidisciplinar formado por enfermeros, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, personal administrativo y terapeutas ocupacionales. Los pacientes acuden de manera ambulatoria a estas clínicas, aunque en situaciones especiales existen espacios para que estos pacientes convivan con su familia dentro de las clínicas. Si los pacientes no pueden desplazarse a las clínicas existen dispositivos especiales que realizan visitas domiciliarias. Para el desarrollo de este estudio se reclutaron pacientes con trastornos por consumo de sustancias en programas de deshabituación pertenecientes a clínicas ambulatorias o a clínicas municipales.

5.1.3. Procedimiento de recogida de datos

La captación de pacientes se llevó a cabo en los centros donde se recogieron los datos, tras informar verbalmente a los pacientes sobre el estudio y recibir su consentimiento. Todos los pacientes fueron incluidos en una evaluación de salud anual, que incluía mediciones de escalas de felicidad^{146,153}, datos sociodemográficos, consumo actual de sustancias y distrés

psicológico. En Noruega se recopilaban todos los datos utilizando un software de recolección de datos electrónicos (Checkware®) bajo la supervisión de enfermeras de investigación. Se recogieron los datos desde abril de 2017 hasta enero de 2023.

5.1.4. Población y muestra

Personas diagnosticadas con dependencia a sustancias (alcohol y sustancias ilegales) según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)¹⁵⁴ admitidas en programas de deshabitación.

Criterios de inclusión y exclusión

La muestra del estudio incluyó a personas diagnosticadas con dependencia a sustancias (alcohol y sustancias ilegales) según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)¹⁵⁴, de 18 años o más, y que dieron su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Las personas fueron elegibles para su inclusión independientemente del tipo de medicamento para la deshabitación o su forma de administración. Se incluyeron a personas que reciben seguimiento por parte del municipio o en el centro de atención a las adicciones. Los pacientes fueron excluidos si no completaron la entrevista o por falta de datos.

Muestra

Se incluyeron a 967 pacientes en el período de estudio y se realizaron 2202 mediciones. De los 967 pacientes, 844 pertenecían a programas con tratamientos de sustitución, mientras que 123 no recibieron ningún medicamento de sustitución. En total, 572 tenían dos o más mediciones de felicidad (mediana: 2 mediciones, en el 25-75 % de los pacientes se realizaron de 1 a 3 mediciones). La mediana del intervalo de tiempo entre las evaluaciones de salud fue de 14 meses (rango intercuartílico [RIC]: 11-19).

Dado el difícil acceso a esta población el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

5.1.5. Instrumento de recogida de datos para la variable «felicidad»

Medimos el nivel de felicidad durante el período de estudio utilizando la escala de felicidad. La escala de felicidad es una escala autoinformada validada compuesta por la siguiente pregunta «¿Cuál es su grado de felicidad recientemente?»^{146,153}. Las opciones de respuesta son numéricas y varían en una escala Likert de once puntos de mínimo a máximo donde 0 equivale a «completamente infeliz» y 10 a «completamente feliz». La fiabilidad de la prueba original es alta (Alpha de Cronbach: 0,8). La confiabilidad test-retest de prueba es de 0,77⁵⁴. No existen datos numéricos sobre la validez de la escala, pero múltiples autores consideran que esta escala tiene una validez adecuada^{54,146,153}.

Se realizó una medición de la escala de felicidad autopercebida en dos momentos durante la evaluación de salud anual. El software de recopilación de datos solo permitió respuestas válidas a la pregunta y generó respuestas vacías antes de enviarlas para minimizar los datos faltantes.

5.1.6. Definición de las variables del estudio, incluyendo factores sociodemográficos y clínicos

Definimos el inicio del seguimiento para los pacientes como la primera evaluación de salud anual que incluía una medición de la escala de felicidad con una puntuación entre 0 y 10. Definimos «estar tomando un tratamiento sustitutivo» en función de si los pacientes recibieron buprenorfina o metadona (opioides de sustitución) u otros al inicio del estudio.

Clasificamos el nivel educativo en dos clases, los que habían completado o no la educación primaria se categorizaron como «primaria o menos», los que habían completado la educación secundaria, estudios universitarios de 3 años o menos, o estudios universitarios de más de 3 años se categorizaron como «educación secundaria completa o superior». Las condiciones de vivienda de los pacientes en los 30 días anteriores a la medición de la escala de felicidad se clasificaron en dos grupos: «estable» e «inestable». Esta última categoría incluía pacientes que habían vivido en la calle, en campamentos temporales o con amigos o familiares durante los últimos 30 días. Otros que tenían una residencia más permanente fueron clasificados como con una situación de vivienda estable, como los pacientes que vivían en viviendas propias, alquiladas o en instituciones penitenciarias.

Clasificamos la convivencia en dos grupos: «vivir solo» o «vivir con alguien» según las condiciones de vida en la evaluación de salud. Tener hijos se clasificó en dos grupos: «sin hijos» e «hijos». Además, el intento de suicidio se clasificó como «ningún intento de suicidio» y «al menos un intento de suicidio» durante su vida.

Se midió el consumo de sustancias durante los últimos 30 días para cada clase de sustancia incluido el alcohol, benzodiacepinas (no se incluyeron las benzodiacepinas prescritas por orden médica), cannabis, opioides (no se incluyeron los opioides del tratamiento de sustitución) y los estimulantes (anfetaminas o cocaína). Cada clase de sustancia se clasificó en una escala de cero a cuatro puntos, donde cero representa «nunca», uno representa «menos de un día por mes», dos representa «uno a tres días por semana», tres representa «más de tres días por semana», y cuatro representa «diario». Las puntuaciones de las sustancias (0-4) se registraron por separado para cada clase de sustancia y, además, se resumieron como una suma de puntuaciones entre 0 y 20 puntos (para todas las clases de sustancias) para simplificar las escalas y facilitar la interpretación de los resultados de las diferentes clases de sustancias. La puntuación de la suma de sustancias se dividió por 20 para generar una puntuación de índice que oscilaba entre 0 («sin consumo de sustancias») y 1 («uso diario de todas las sustancias»).

5.1.7. Instrumento de medida para el distrés psicológico

El distrés psicológico se midió utilizando la lista de verificación de síntomas de Hopkins (SCL-90).

Descripción de la escala original: la lista de verificación de síntomas de Hopkins-90 (HSCL-90/SCL-90) fue originalmente diseñada por Parloff, Kelman y Frank en 1954 en la Universidad John Hopkins, y mide varios tipos de trastornos mentales, dos de los cuales son la ansiedad y la depresión¹⁵⁶. Más adelante fue descrita y validada por Derogatis *et al.* en 1973¹⁵⁷.

Propiedades psicométricas: los ítems del SCL-10 fueron desarrollados mediante un análisis de regresión por pasos del SCL-25. El SCL-10 es un cuestionario validado y autoadministrado^{155,156,157}. Incluye diez ítems, cada uno de los cuales se clasifica en cuatro dimensiones, desde «no malestar en absoluto» (puntuación del ítem = 1) hasta «malestar extremo» (puntuación del ítem = 4). Ocho de los ítems seleccionados constituyen la versión corta (SCL-8) que miden la ansiedad (ítems 1, 2, 7 y 8) y la depresión (ítems 3, 4, 5 y 6). Los ítems 9 y 10 (ansiedad y depresión respectivamente) fueron incluidos en el análisis de fiabilidad, constituyendo el SCL-10. La fiabilidad de la prueba original es alta (Alpha de Cronbach: 0,8). El umbral para determinar el distrés psicológico se ha establecido para puntuaciones iguales o superiores a 1,85 para el SCL-10¹⁵⁸⁻¹⁶⁰. El SCL-10 fue traducido al noruego y validado (Anexo IV)¹⁶¹.

5.1.8. Análisis estadístico

En todos los análisis, definimos el tiempo como años desde el inicio de la recogida de datos en el programa de deshabitación. Los valores incompletos relacionados con factores

sociodemográficos y clínicos (incluido el nivel educativo, la situación de la vivienda, los años en tratamiento de sustitución, la convivencia, el hecho de tener hijos, los intentos de suicidio y el uso de sustancias) se trataron como «perdidos al azar». Se identificaron que faltaban valores en el 5 % de estos factores y todos fueron imputados con valores estimados. Se realizó una imputación por regresión. Se realizó un análisis descriptivo de cada variable. Se presentan las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, expresadas en porcentaje, y se presenta la media y desviación estándar de las cuantitativas. Se estableció la distribución de la felicidad, distrés psicológico y consumo en función de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de Noruega. Se estimó el tamaño del efecto mediante el cálculo de la *d* de Cohen y se estableció si esas diferencias eran significativas mediante una *T* de Student. Los valores de la *d* de Cohen inferiores a 0,20, señalan la no existencia de efecto; valores entre 0,21 a 0,49 hacen referencia a un pequeño efecto, valores oscilantes entre 0,50 a 0,70 indican un moderado efecto y valores mayores a 0,80 señalan un efecto grande^{149,150}. Se utilizaron análisis de modelos de regresión lineal mixto para investigar si los factores sociodemográficos y clínicos, incluidos el sexo, la edad, el nivel de educación, las condiciones de vivienda, el número de años en tratamiento de sustitución, la medicación de sustitución, la convivencia y el hecho de tener hijos estaban asociados con la felicidad al inicio. Se llevó a cabo el modelo de regresión lineal mixto como un modelo de regresión de pendiente fija con intersección aleatoria. El estimador se fijó en la máxima verosimilitud restringida. Las variables predictivas se mantuvieron constantes al valor mantenido al inicio. Para el ajuste del modelo se utilizaron las variables sociodemográficas y clínicas (el sexo, la edad, el número de años en programas de deshabituación, el nivel de educación, las condiciones de vivienda, la convivencia, el hecho de tener hijos y el tratamiento de sustitución). La máxima verosimilitud de la información completa garantizó que se utilizaran todas las mediciones disponibles de puntuación de la escala de felicidad. Además, presentamos análisis de modelos de regresión lineales mixtos de subgrupos para pacientes con trastorno por consumo de sustancias que usan metadona o buprenorfina, respectivamente, ajustados por factores sociodemográficos y clínicos. Para evaluar la fuerza de las asociaciones entre la escala de felicidad, SCL-10 y los intentos de suicidio, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson. Se utilizó la herramienta Sankeymatic (sankeymatic.com) para generar un diagrama de Sankey para la presentación gráfica del cambio en la escala de felicidad a lo largo del tiempo. Para ello, se clasificó a los individuos en función de su nivel de felicidad al inicio de las mediciones y en la siguiente evaluación anual («bajo» para puntuaciones menores de 3, «medio» de 4 a 7 y «alto» para puntuaciones mayores de 7). Se analizó mediante la prueba de Chi cuadrado si las variaciones entre grupos eran significativas. El umbral de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Se utilizaron los programas Stata/SE 16.0 (StataCorp, TX, EE. UU.) y el paquete estadístico SPSS versión 25 para análisis descriptivos y análisis de modelos lineales múltiples, y el SPSS versión 29.0 (International Business Machines, Chicago, EE. UU.) para imputar los valores faltantes con valores estimados.

5.1.9. Aspectos éticos

Los datos recogidos fueron asociados a un código (codificados) y seudonimizados. Los datos de carácter personal se conservarán únicamente durante 5 años, tiempo estimado para realizar el estudio en su totalidad. Los datos se guardarán durante los 5 años mencionados por si la doctoranda tuviera que pedir prórrogas para el desarrollo de la tesis doctoral. Los datos fueron volcados al programa Checkware® de acceso restringido.

A este estudio se aplica la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (reglamento general de protección de datos).

Este estudio fue revisado y aprobado por un comité de ética noruego (Comité Ético Regional para la Investigación en Salud del Oeste, Noruega (REK Vest 2017/51). Cada paciente proporcionó su consentimiento informado por escrito antes de inscribirse en el estudio.

5.2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE ESPAÑA

5.2.1. Tipo de estudio

Subestudio preliminar observacional analítico de cohortes prospectivo realizado en España.

5.2.2. Ámbito del estudio

Se reclutaron pacientes en tratamiento de sustitución y/o deshabituación en los siguientes Centros Concertados de Atención a las Adicciones (CCAD): CCAD Centro (Cruz Roja) (calle Hermanos Álvarez Quintero 3) y CCAD Casa de Campo (Cruz Roja) (calle Paseo Viejo, 1). Estos centros cuentan con un equipo multidisciplinar formado por enfermeros, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, personal administrativo y terapeutas ocupacionales. En estos centros se proporciona también el tratamiento sustitutivo con metadona.

5.2.3. Procedimiento de recogida de datos

La captación de pacientes se llevó a cabo en los centros donde se recogieron los datos, tras informar verbalmente a los pacientes sobre el estudio y recibir su consentimiento. Todos los pacientes fueron incluidos en una evaluación de salud, que incluía mediciones de escalas de felicidad^{146,153}, datos sociodemográficos, consumo actual de sustancias y distrés psicológico. Se recopilaban todos los datos en formato papel y luego se volcaron al archivo Microsoft office (Excel®). Los datos fueron seudonimizados. Los datos clínicos incluían información sobre el tratamiento, la medicación de sustitución, el uso de sustancias y posibles condiciones clínicas. Se recogieron los datos desde marzo hasta abril de 2024.

5.2.4. Población y muestra

Personas diagnosticadas con dependencia a sustancias (alcohol y sustancias ilegales) según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)¹⁵⁴ admitidas en programas de deshabituación.

Criterios de inclusión y exclusión

La muestra del estudio incluyó a personas diagnosticadas con dependencia a sustancias (alcohol y sustancias ilegales) según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)¹⁵⁴, de 18 años o más, y que dieron su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Las personas fueron elegibles para su inclusión independientemente del tipo de medicamento para la deshabituación o su forma de administración. Se incluyeron a personas que reciben seguimiento por parte del centro de

atención a las adicciones. Los pacientes fueron excluidos si no completaron la entrevista o por falta de datos.

Muestra

En España se incluyeron a 50 pacientes en el período de estudio.

Dado el difícil acceso a esta población el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

5.2.5. Instrumento de recogida de datos para la variable «felicidad»

Medimos el nivel de felicidad durante el período de estudio utilizando la escala de felicidad. La escala de felicidad es una escala autoinformada validada compuesta por la siguiente pregunta «¿Cuál es su grado de felicidad recientemente?»^{146,153}. Las opciones de respuesta son numéricas y varían en una escala Likert de once puntos de mínimo a máximo donde 0 equivale a «completamente infeliz» y 10 a «completamente feliz». La fiabilidad de la prueba original es alta (Alpha de Cronbach: 0,8). La confiabilidad test-retest de la prueba es de 0,77⁵⁴. No existen datos numéricos sobre la validez de la escala, pero múltiples autores consideran que esta escala tiene una validez adecuada^{54,146,153}. Se realizó una única medición del nivel de felicidad autopercebida por paciente.

5.2.6. Definición de las variables del estudio, incluyendo factores sociodemográficos y clínicos

Definimos el inicio del seguimiento para los pacientes como la primera evaluación de salud anual que incluía una medición de la escala de felicidad con una puntuación entre 0 y 10. Definimos «estar tomando un tratamiento sustitutivo» en función de si los pacientes recibieron buprenorfina o metadona (opioides de sustitución) u otros al inicio del estudio.

Clasificamos el nivel educativo en dos clases, los que habían completado o no la educación primaria se categorizaron como «primaria o menos», los que habían completado la educación secundaria, estudios universitarios de 3 años o menos, o estudios universitarios de más de 3 años se categorizaron como «educación secundaria completa o superior». Las condiciones de vivienda de los pacientes en los 30 días anteriores a la medición de la escala de felicidad se clasificaron en dos grupos: «estable» e «inestable». Esta última categoría incluía pacientes que habían vivido en la calle, en campamentos temporales o con amigos o familiares durante los últimos 30 días. Otros que tenían una residencia más permanente fueron clasificados como con una situación de vivienda estable, como los pacientes que vivían en viviendas propias, alquiladas o en instituciones penitenciarias.

Clasificamos la convivencia en dos grupos: «vivir solo» o «vivir con alguien» según las condiciones de vida en la evaluación de salud. Tener hijos se clasificó en dos grupos: «sin hijos» e «hijos». Además, el intento de suicidio se clasificó como «ningún intento de suicidio» y «al menos un intento de suicidio» durante su vida.

Se midió el consumo de sustancias durante los últimos 30 días para cada clase de sustancia incluido el alcohol, benzodiacepinas (no se incluyeron las benzodiacepinas prescritas por orden médica), cannabis, opioides (no se incluyeron los opioides del tratamiento de sustitución) y los estimulantes (anfetaminas o cocaína). Cada clase de sustancia se clasificó en una escala de cero a cuatro puntos, donde cero representa «nunca», uno representa «menos de un día por mes», dos representa «uno a tres días por semana», tres representa «más de tres días por semana», y cuatro representa «diario». Las puntuaciones de las sustancias (0-4) se registraron por separado para cada clase de sustancia y, además, se resumieron como una suma de puntuaciones entre 0 y 20 puntos (para todas las clases de sustancias) para simplificar las escalas y facilitar la interpretación de los resultados de las diferentes clases de sustancias. La puntuación de la suma de sustancias se dividió por 20 para generar una puntuación de índice que oscilaba entre 0 («sin consumo de sustancias») y 1 («uso diario de todas las sustancias»).

5.2.7. Instrumento de medida para el distrés psicológico

El distrés psicológico se midió utilizando la lista de verificación de síntomas de Hopkins (SCL-90).

Descripción de la escala original: la lista de verificación de síntomas de Hopkins-90 (HSCL-90/SCL-90) fue originalmente diseñada por Parloff, Kelman y Frank en 1954 en la Universidad John Hopkins, y mide varios tipos de trastornos mentales, dos de los cuales son la ansiedad y la depresión¹⁵⁶. Más adelante fue descrita y validada por Derogatis *et al.* en 1973¹⁵⁷. Hesbacher *et al.* demostraron su uso en una versión de 25 ítems del HSCL-90, constituida por 10 ítems de ansiedad y 15 ítems de depresión¹⁵⁷.

Propiedades psicométricas: como la escala utilizada para medir el distrés psicológico en los pacientes de Noruega, el SCL-10, no ha sido traducida ni validada en español, se utilizó una versión más larga del Hopkins Symptom Checklist, el SCL-25. También es un cuestionario validado y autoadministrado, compuesto por 25 ítems, 10 para medir los síntomas de la ansiedad y 15 para medir los síntomas de la depresión¹⁵⁶. Cada uno de los ítems se clasifica en cuatro dimensiones, desde «no malestar en absoluto» (puntuación del ítem = 1) hasta «malestar extremo» (puntuación del ítem = 4). Las puntuaciones se sumaron y dividieron por el número de ítems respondidos para obtener la puntuación media del ítem. La fiabilidad de la prueba original es alta (Alpha de Cronbach: 0,8). El umbral para determinar el distrés psicológico se ha establecido para puntuaciones iguales o superiores a

1,85 para el SCL-25¹⁶²⁻¹⁶⁴. La correlación entre las distintas versiones de SCL-10 y el SCL-25 oscila entre 0,91 y 0,97 respectivamente (Anexo IV)¹⁵⁹.

5.2.8. Análisis estadístico

En todos los análisis, definimos el tiempo como años desde el inicio de la recogida de datos en el programa de deshabitación. Se ha realizado un análisis descriptivo de cada variable. Se presentan las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, expresadas en porcentaje, y se presenta la media y la desviación estándar de las cuantitativas. Se estableció la distribución de la felicidad, consumo y distrés psicológico en función de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de España. Se estimó el tamaño del efecto mediante el cálculo de la *d* de Cohen y se estableció si esas diferencias eran significativas. Los valores de la *d* de Cohen inferiores a 0,20, señalan la no existencia de efecto; valores entre 0,21 a 0,49 hacen referencia a un pequeño efecto, valores oscilantes entre 0,50 a 0,70 indican un moderado efecto y valores mayores a 0,80 señalan un efecto grande^{149,150}. Al estar la muestra compuesta únicamente por 50 pacientes dado que es un estudio preliminar, se realizaron pruebas de normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y el de Shapiro-Wilk. Para los contrastes de hipótesis se llevaron a cabo pruebas de independencia no paramétricas (U de Mann-Whitney para variables categóricas de dos categorías y test de Kruskal Wallis para aquellas variables con tres o más categorías). Se estableció una correlación de Spearman entre las variables «edad», «tiempo de deshabitación» (en años), «consumo» y «felicidad» y por otro lado entre las variables «felicidad», «distrés psicológico» e «intentos de suicidio». Por último, dado el reducido tamaño muestral no se pudo llevar a cabo un modelo de regresión lineal múltiple. Por ello se realizó un ANOVA en el que se trató de comprobar si la varianza explicada por el modelo es significativamente mayor que la varianza residual. Tras ello se llevó a cabo un modelo de regresión lineal múltiple «backward» para definir las mejores variables predictoras de la felicidad. No hubo datos faltantes en los resultados recogidos en España. El umbral de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Se utilizaron los programas Stata/SE 16.0 (StataCorp, TX, EE. UU.) y el paquete estadístico SPSS versión 25 para análisis descriptivos y análisis de modelos lineales múltiples, y el SPSS versión 29.0 (International Business Machines, Chicago, EE. UU.).

5.2.9. Aspectos éticos

Los datos recogidos fueron asociados a un código (codificados) y seudonimizados. La documentación en formato papel fue recogida, transportada y almacenada exclusivamente por la investigadora principal. Los datos fueron codificados por la investigadora principal únicamente. Los datos de carácter personal se conservarán únicamente durante 5 años, tiempo estimado para realizar el estudio en su totalidad. Los datos se guardarán durante

los 5 años mencionados por si la doctoranda tuviera que pedir prórrogas para el desarrollo de la tesis doctoral.

A este estudio se aplica la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (reglamento general de protección de datos).

El estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Complutense de Madrid. Cada paciente proporcionó su consentimiento informado por escrito antes de inscribirse en el estudio. El Informe de protocolo favorable del comité de ética de la Universidad Complutense de Madrid figura en el Anexo V.

El consentimiento informado y el cuestionario facilitado a los pacientes de los CCAD Centro Cruz Roja y CCAD Casa de Campo en España figuran en el Anexo VI y en el Anexo VII respectivamente.

6. RESULTADOS

6.1. RESULTADOS RECOGIDOS EN NORUEGA

6.1.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas en Noruega

El 71 % de los pacientes fueron hombres y la edad media fue de 43 años (DE: 11) (Tabla 3). El 87 % de los sujetos recibieron tratamiento sustitutivo, 53 % buprenorfina y 32 % metadona. En relación con nivel educativo, el 49 % de los pacientes solo han cursado educación primaria. El 87 % tiene una vivienda estable, 65 % viven solos y el 53 % tienen hijos, de los cuales el 46 % tienen menos de 18 años. Durante el mes previo a la recogida de resultados, las sustancias más consumidas fueron el cannabis (64 %) y el alcohol (55 %), seguidos de las benzodiazepinas (53 %), estimulantes (42 %) y opioides ilegales (28 %). Los pacientes encuestados llevan de media 8 años (DE: 6) en programas de deshabitación.

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de Noruega al inicio

Pacientes (n=967)	
Sexo, n (%)	
Hombre	685 (71)
Mujer	282 (29)
Grupos de edad, n (%)	
<25	35 (4)
25 - <40	353 (36)
40 - <60	518 (54)
≥60	61 (6)
Duración del tratamiento en años, media (DE)	
	8 (6)
Educación primaria completada o menos, n (%)	
	475 (49)
Condiciones de vivienda estables, n (%)^a	
	845 (87)
Vive solo, n (%)	
	632 (65)
Tienen hijos, n (%)	
	507 (53)
Tienen hijos menores de 18 años, n (%)	
	209 (46)
Al menos un intento de suicidio, n (%)	
	472 (49)
Tipo de tratamiento, n° (%)	
Metadona	310 (32)
Buprenorfina	515 (53)
Otros	142 (15)
Sustancia consumida en los últimos 30 días, n° (%)^b	
Alcohol	498 (55)
Benzodiacepinas	484 (53)
Cannabis	579 (64)
Opioides	257 (28)
Estimulantes ^c	377 (42)

DE: Desviación estándar: (a) Las condiciones de vivienda estables incluyen haber vivido en vivienda propia o alquilada o en alguna institución durante los últimos 30 días. (b) Cada sustancia fue dicotomizada entre 0 (no consumo de sustancia en los últimos 30 días) y 1 (consumo en los últimos 30 días). (c) Anfetaminas, metanfetaminas o cocaína.

6.1.2. Descripción del nivel de felicidad

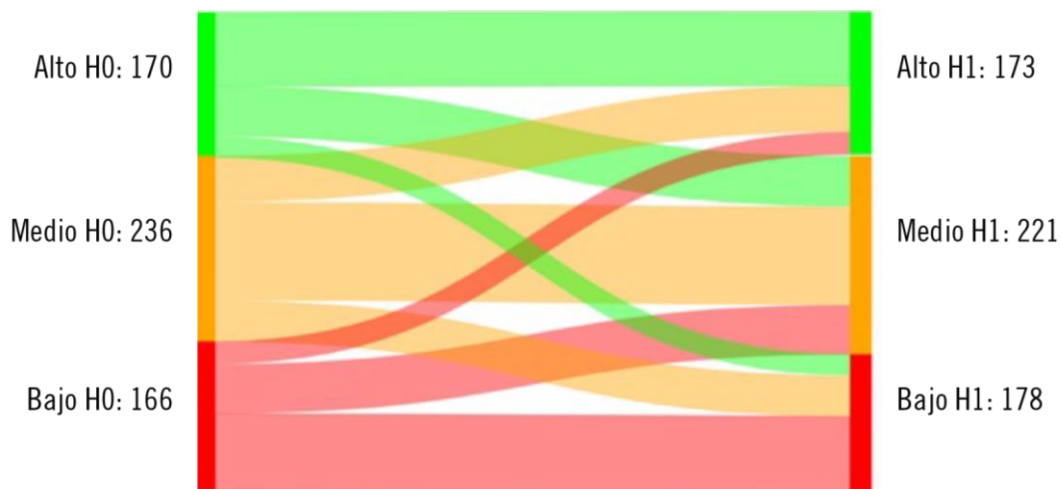
El nivel medio de felicidad fue de 4,5 (IC 95 %: 3,5; 5,4) al inicio de la recogida de datos.

De los 572 sujetos, el 29 % (166) presentaron una puntuación de felicidad baja (puntuación inferior a 3), un 41 % (236) presentaron una puntuación de felicidad intermedia (entre 3 y 7) y un 30 % (170) presentaron una puntuación de felicidad alta (superior a 7) al inicio de la recogida de datos.

De entre todos los participantes que tuvieron un nivel de felicidad bajo o medio al inicio, el 79 % (317) refirieron mantener un nivel bajo o medio de felicidad en la siguiente

evaluación anual, mientras que el 21 % (85) refirieron tener un nivel de felicidad alto. Por el contrario, el 48 % (82) de los pacientes que refirieron tener un nivel elevado de felicidad al inicio, un año más tarde refirieron tener un nivel bajo o medio. El 52 % (88) de los pacientes que refirieron tener un nivel elevado de felicidad, se mantuvieron con el mismo un año más tarde. La evolución del nivel de felicidad a lo largo del tiempo de seguimiento se presenta gráficamente mediante un diagrama de Sankey (Figura 10). Los resultados indican que existen diferencias significativas en los cambios en la distribución de las categorías de felicidad de los participantes al inicio de la recogida de datos frente a la siguiente evaluación anual. ($\chi^2_{0,05;4} = 9,48, p < 0.05$).

Figura 10. Distribución de los cambios entre los niveles de felicidad alto (verde), medio (amarillo) y bajo (rojo) al inicio y en el seguimiento anual posterior en los pacientes de Noruega (n = 572)



Nota: «Alto H0», «medio H0» y «bajo H0» son los valores al inicio. «Bajo H1», «medio H1» y «alto H1» en el seguimiento posterior anual. * $p < 0,05$

6.1.3. Distribución de la felicidad, consumo de sustancias y distrés psicológico en función de las características sociodemográficas y clínicas en Noruega

Tras la comparación de medias se observa que no existen diferencias significativas en el nivel de felicidad en función del sexo, nivel educativo, condiciones de vivienda, convivencia con otras personas, presencia o no de hijos, intentos de suicidio o tipo de tratamiento (Tabla 4).

El consumo medio es mayor en pacientes con condiciones de vivienda inestables frente a los que tienen condiciones de vivienda estables. La diferencia de medias es significativa con un tamaño del efecto moderado ($d = 0,57$). No existen diferencias significativas entre el resto de las medias de consumo en función de las variables sociodemográficas y clínicas.

El nivel medio de distrés es mayor en pacientes con intentos de suicidio previos. La diferencia de medias es significativa con un tamaño del efecto moderado ($d = 0,67$).

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabitación

Tabla 4. Distribución de la felicidad, consumo de sustancias y distrés psicológico en función de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de Noruega.

		Felicidad (0-10)		Consumo de sustancias		Distrés psicológico (SCL-10)	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE
Sexo	Hombre (n = 643/683/685)	5,01	2,52	0,28	0,21	2,2	0,8
	Mujer (n = 257/280/282)	4,95	2,76	0,24	0,19	2,3	0,8
	D de Cohen	0,02		0,2		0,13	
Nivel educativo	Educación primaria (n = 446/472/475)	4,89	2,59	0,29	0,2	2,2	0,8
	Educación secundaria (n = 446/476/477)	5,13	2,58	0,25	0,2	2,2	0,7
	D de Cohen	0,09		0,2		0,01	
Convivencia	Viven solos (n = 594/630/632)	4,63	2,54	0,28	0,21	2,3	0,8
	Viven con alguien (n = 309/333/334)	5,69	2,55	0,25	0,19	2,1	0,7
	D de Cohen	0,42		0,15		0,27	
Condiciones de vivienda los últimos 30 días	Estable (n = 792/841/845)	5,07	2,55	0,25	0,19	2,2	0,7
	Inestable (n = 111/122/122)	4,45	2,79	0,37	0,23	2,3	0,8
	D de Cohen	0,23		0,57*		0,13	
Presencia de hijos	Sin hijos (n = 420/444/447)	4,85	2,51	0,29	0,2	2,2	0,7
	Con hijos (n = 472/504/504)	5,17	2,63	0,25	0,2	2,2	0,8
	D de Cohen	0,12		0,2		0,01	
Intentos de suicidio	Sin intentos de suicidio (n = 440/472/472)	5,44	2,33	0,24	0,19	2	0,7
	Al menos un intento de suicidio (n = 287/309/311)	4,41	2,7	0,26	0,2	2,5	0,8
	D de Cohen	0,41		0,1		0,67*	
Tipo de tratamiento	Metadona (n = 289/310/311)	4,63	2,61	0,28	0,2	2,3	0,7
	Buprenorfina (n = 476/514/516)	5,25	2,52	0,24	0,2	2,2	0,8
	Otros (n = 15/17/17)	4,71	2,52	0,12	0,11	2,2	1
	Ninguno (n = 123/122/123)	4,88	2,76	0,37	0,2	2,3	0,8
	D de Cohen	0,09		0,45		0,01	

Nota: los valores estimados no están incluidos. DE: Desviación estándar. * p<0,05

6.1.4. Correlación entre la felicidad, el distrés psicológico y los intentos de suicidio

La correlación se ha llevado a cabo mediante la correlación de Pearson (Tabla 5). A la vista de los datos existe una correlación negativa moderada entre el distrés psicológico y la felicidad (-0,55).

Tabla 5. Correlación de Pearson para la felicidad, distrés e intentos de suicidio para los pacientes de Noruega

	Felicidad	Distrés psicológico	Intentos de suicidio
Felicidad	1		
Distrés psicológico	-0,55*	1	
Intentos de suicidio	-0,14*	0,23*	1

Nota: Estos resultados se basan en los valores iniciales de felicidad, la puntuación media del SCL-10 (media de los ítems respondidos) y los intentos de suicidio realizados alguna vez. * $p < 0,05$

6.1.5. Asociación entre la felicidad y los factores sociodemográficos y clínicos a lo largo del tiempo

Se ha llevado cabo un modelo de regresión lineal mixto para analizar la asociación entre la felicidad autopercibida y las distintas variables sociodemográficas y clínicas (Tabla 6).

La felicidad autopercibida presenta una tendencia ascendente a lo largo del tiempo (β : 1,1; IC 95 %: 0,2; 1,9). Al inicio las mujeres presentan un menor nivel de felicidad con respecto a los hombres (β : -0,3; IC 95 %: -0,7;0) pero a lo largo del tiempo son ligeramente superiores (β : 0,1; IC 95 %: 0;0,2).

Al inicio los pacientes que viven con alguien presentan un mayor nivel de felicidad (β : 0,9; IC 95 %: 0,58; 1,2) que aquellos que viven solos. No obstante, en las evaluaciones anuales, no se observan diferencias significativas entre vivir solo o con compañía sobre el nivel de felicidad autopercibida. Un mayor consumo de sustancias está asociado con un menor nivel de felicidad (β : -2,4; IC 95 %: -3,2; -1,6). Este coeficiente se convierte en positivo en la siguiente evaluación anual (β : 0,54; IC 95 %: 0,2; 0,8). Estar en tratamiento con metadona (β : -1,2; IC 95 %: -2; -0,5) o buprenorfina (β : -1,2; IC 95 %: -1,9; -0,4) se asoció con una disminución del nivel de felicidad a lo largo del tiempo en comparación con no recibir medicación para la deshabituación.

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabituación

Tabla 6. Modelo de regresión lineal mixto ajustado de las asociaciones entre el nivel de felicidad autopercibido y las variables sociodemográficas y clínicas al inicio y a lo largo del tiempo para los pacientes de Noruega

	Coefficientes al inicio (IC 95 %)	Coefficientes de tendencia temporal anual (IC 95 %)
Tendencia temporal anual		1,1 (0,2; 1,9) *
Edad 25-<40 años	0,2 (-0,6; 1)	-0,1 (-0,5; 0,2)
Edad 40-<60 años	-0,25 (-1,1; 0,6)	-0,1 (-0,5; 0,2)
Edad ≥60 años	-0,5 (-1,6; 0,4)	0 (-0,5; 0,3)
Mujer	-0,3 (-0,7; 0) *	0,1 (0; 0,2) *
Años en deshabituación	-0,01 (-0,04; 0,02)	0,01 (0; 0,02)
En tratamiento con metadona	-0,39 (-0,98; 0,1)	-1,2 (-2; -0,5) *
En tratamiento con buprenorfina	0,09 (-0,4; 0,6)	-1,2 (-1,9; -0,4) *
Estudios en educación secundaria	0,07 (-0,2; 0,3)	-0,06 (-0,1; 0,05)
Condiciones de vivienda inestables	-0,3 (-0,84; 0,09)	0 (-0,2; 0,19)
Vive con alguien	0,9 (0,58; 1,2) *	0 (-0,1; 0,04)
Tiene hijos	0,3 (0; 0,6)	0 (-0,1; 0,1)
Consumo de sustancias	-2,4 (-3,2; -1,6) *	0,54 (0,2; 0,8) *

Nota: Los valores de referencia del modelo son: el grupo de edad 18-<25 años, ser hombre, no recibir ningún tipo de tratamiento, tener estudios de educación primaria, tener condiciones de vivienda estables, vivir solo, no tener hijos y no consumir sustancias. Los resultados que presentan diferencias significativas aparecen en *itálica* ($p < 0,05$). IC: intervalo de confianza. * $p < 0,05$.

6.2. RESULTADOS RECOGIDOS EN ESPAÑA

6.2.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas en España

El 80 % de los pacientes fueron hombres y la edad media fue de 50,7 años (DE: 10,1) (Tabla 7). El 86 % recibieron tratamiento sustitutivo, siendo el 60 % un tratamiento distinto a la metadona y a la buprenorfina, que no es consumida por ningún paciente. En relación con el nivel educativo, el 26 % de los pacientes solo han cursado educación primaria. El 56 % tiene una vivienda estable, el 40 % viven solos y el 38 % tienen hijos de los cuales el 18 % tienen menos de 18 años. Durante el mes previo a la recogida de resultados, la sustancia más consumida fue el alcohol (el 60 % de los sujetos la consumió), el cannabis (38 %), las benzodiacepinas sin prescripción médica y los estimulantes (26 %) y por último los opioides ilegales (4 %). Los pacientes encuestados llevan de media 6,39 años (DE: 10,39) en programas de deshabituación.

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabitación

Tabla 7. Características sociodemográficas y clínicas al inicio de los pacientes de España

	Pacientes (n = 50)
Sexo, n (%)	
Hombre	40 (80)
Mujer	10 (20)
Grupos de edad, n (%)	
< 25	0
25- <40	7 (14)
40- <60	33 (66)
>60	10 (20)
Años en deshabitación, media (DE)	
	6,4 (10,3)
Educación primaria completada o menos, n (%)	
	13 (26)
Condiciones de vivienda estables, n (%)^a	
	28 (56)
Vive solo, n (%)	
	22 (40)
Tienen hijos, n (%)	
	19 (38)
Tienen hijos menores de 18 años, n (%)	
	9 (18)
Al menos un intento de suicidio, n (%)	
	26 (52)
Tratamiento sustitutivo actual, n (%)	
Metadona	13 (26)
Buprenorfina	0
Otros	30 (60)
Sin tratamiento actualmente	7 (14)
Consumo de sustancias en los últimos 30 días, n (%)^b	
Consumo de alcohol	30 (60)
Consumo de benzodiazepinas (no prescritas)	13 (26)
Consumo de cannabis	19 (38)
Consumo de opioides	2 (4)
Consumo de estimulantes ^c	13 (26)

DE: Desviación estándar: (a) Las condiciones de vivienda estables incluyen haber vivida en vivienda propia o alquilada o en alguna institución durante los últimos 30 días. (b) Cada sustancia fue dicotomizada entre 0 (no consumo de sustancia en los últimos 30 días) y 1 (consumo en los últimos 30 días). (c) Anfetaminas, metanfetaminas o cocaína.

6.2.2. Descripción del nivel de felicidad

El nivel medio de felicidad de los encuestados fue del 4,99 (DE: 2,41). De los 50 participantes encuestados el 25 % (13) presentaron una puntuación de felicidad baja (puntuación menor de 3), el 50 % (25) presentaron una puntuación de felicidad intermedia (entre 3 y 7) y el 25 % (12) presentaron un nivel de felicidad alto (superior a 7).

6.2.3. Distribución de la felicidad, consumo de sustancias y distrés psicológico en función de las características sociodemográficas y clínicas en España

Tras la comparación de medias se observa que no existen diferencias significativas en el nivel medio de felicidad en función del sexo, nivel educativo, condiciones de vivienda, convivencia con alguien, presencia o no de hijos, intentos de suicidio o tipo de tratamiento (Tabla 8).

Las diferencias en relación con el consumo medio son leves excepto para las variables «nivel educativo» y «condiciones de vivienda». La comparación de medias reveló diferencias significativas entre las medias en ambos casos. El consumo medio es mayor en pacientes que han cursado estudios de educación primaria frente a los que han cursado estudios de educación secundaria. El consumo medio es también mayor en pacientes con condiciones de vivienda inestables frente a los que tienen condiciones de vivienda estables. El tamaño del efecto es grande en el caso del nivel educativo ($d = 0,92$) y moderado para las condiciones de vivienda ($d = 0,68$).

Tras la comparación de medias se observa que no existen diferencias significativas en el nivel medio de distrés psicológico en función de las variables sociodemográficas y clínicas.

Tabla 8. Distribución de la felicidad, distrés psicológico y consumo de sustancias en función de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de España

		Felicidad		Consumo		Distrés	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE
Sexo	Hombre	4,99	2,38	0,23	0,19	1,24	0,74
	Mujer	5	2,67	0,18	0,16	1,37	0,71
	D de Cohen	0,01		0,28		0,18	
Nivel educativo	Educación primaria completada	4,62	1,98	0,33	0,13	1,25	0,63
	Educación secundaria completada	5,12	2,56	0,18	0,19	1,28	0,77
	D de Cohen	0,22		0,92*		0,04	
Vive con alguien	Vive solo	4,95	1,83	0,24	0,22	1,33	0,75
	Vive con alguien	5,02	2,82	0,2	0,15	1,22	0,73
	D de Cohen	0,03		0,21		0,15	
Condiciones de vivienda	Estable	5,45	2,62	0,16	0,16	1,16	0,85
	Inestable	4,41	2,04	0,28	0,19	1,41	0,53
	D de Cohen	0,44		0,68*		0,35	
Hijos	No tiene hijos	5,24	2,31	0,23	0,2	1,33	0,81
	Hijos	4,58	2,59	0,2	0,18	1,18	0,6
	D de Cohen	0,27		0,16		0,21	
Intento de suicidio	Ningún intento de suicidio	5,44	2,08	0,21	0,15	1,1	0,61
	Al menos un intento de suicidio	4,58	2,66	0,22	0,22	1,43	0,81
	D de Cohen	0,36		0,05		0,46	
Tipo de tratamiento	Metadona	3,88	2,45	0,21	0,17	1,08	0,61
	Otros	5,5	2,16	0,23	0,2	1,35	0,77
	Sin tratamiento actualmente	4,86	3,02	0,16	0,14	0,29	0,83
	D de Cohen	0,09		0,45		0,01	

DE: Desviación estándar. * ($p < 0,05$)

6.2.4. Contraste de hipótesis

Análisis de la normalidad de las variables cuantitativas

A la vista de los datos de la prueba de Shapiro-Wilk y de la prueba de Kolmogorov-Smirnov existen diferencias estadísticamente significativas. Por ello, se han utilizado pruebas no paramétricas para los análisis estadísticos posteriores (Anexo VIII).

Pruebas de dependencia entre la variable felicidad y el resto de variables sociodemográficas

A la vista de los datos no existen diferencias significativas sobre la felicidad asociadas al sexo, nivel educativo, condiciones de vivienda, convivencia, presencia de hijos, intentos de suicidio, tipo de tratamiento, edad, tiempo en años de deshabitación o consumo (Anexo VIII).

6.2.5. Correlación entre la felicidad, el distrés psicológico y los intentos de suicidio

La correlación entre felicidad, distrés e intentos de suicidio se ha llevado a cabo mediante la correlación de Spearman. A la vista de los datos existe una correlación negativa moderada entre el distrés psicológico y la felicidad (-0,47) (Tabla 9).

Tabla 9. Correlación de Spearman para la felicidad, distrés e intentos de suicidio para los pacientes de España.

	Felicidad	Distrés psicológico	Intentos de suicidio
Felicidad	1		
Distrés psicológico	-0,47*	1	
Intentos de suicidio	-0,16*	0,19*	1

*(p <0,05)

6.2.6. Modelo de regresión lineal multivariante

Dado el reducido tamaño de los pacientes de España, para pronosticar la felicidad autopercibida en función de las variables sociodemográficas y clínicas se ha utilizado un modelo de regresión lineal multivariante. En primer lugar, se ha realizado un análisis de la varianza y posteriormente se han establecido los coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple «backward».

Todas las variables sociodemográficas y clínicas del modelo son significativas a la hora de explicar el nivel de felicidad autopercibida. Tras la realización del modelo de regresión lineal multivariante se han eliminado las siguientes variables: el consumo, el sexo, los años que lleva el paciente en deshabitación, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, la convivencia, la presencia de hijos y los intentos autolíticos previos. Tras la eliminación de esas variables el coeficiente de determinación R^2 , que refleja la bondad de ajuste del modelo, equivale a 0,40. Por lo que el 40% de la variabilidad del modelo se explica por el distrés psicológico, la edad y el tratamiento.

Tabla 10. Resumen de los coeficientes del modelo de regresión lineal múltiple «backward» para la variable felicidad autopercebida para los pacientes de España.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Error estándar				Tolerancia	VIF
(Constante)	10,06 (IC 95 %: 6,5;13,61)	1,76		5,70	0,01*		
Distrés psicológico	-1,92 (IC 95 %: -2,7; - 1,13)	0,39	β : -0,58	-4,9	0,01*	0,93	1,07
Edad	-0,07 (IC 95 %: -0,12; -0,01)	0,02	β : -0,29	-2,47	0,01*	0,91	1,09
Tratamiento	0,59 (IC 95 %: 0,03; 1,14)	0,27	β : 0,25	2,15	0,03*	0,95	1,04

Sig: nivel de significación. VIF: factor de inflación de la varianza. * $p < 0,05$.

La constante de la felicidad equivale a 10,06 (IC 95 %: 6,5; 13,61). En un 95 % de los casos, las variables significativas con un impacto relevante sobre la felicidad son el distrés psicológico (B = -1,92; IC 95 %: -2,7; -1,13), la edad (B = -0,07; IC 95 %: -0,12; -0,01) y el tratamiento (B = 0,59; IC 95 %: 0,03; 1,14) (Tabla 10 y Anexo IX).

El distrés es la variable con un mayor coeficiente estandarizado (-0,58) y tras ello, la edad (-0,29). Ambos son coeficientes estandarizados negativos, por lo que, a mayor distrés y/o edad, la felicidad decrece. Mientras que el tratamiento presenta un coeficiente estandarizado positivo (0,25). No obstante, este modelo no discrimina entre los diferentes tipos de tratamiento y sus cambios sobre el nivel de felicidad ($p < 0,05$).

6.3. COMPARACIÓN DEL NIVEL DE FELICIDAD ENTRE ESPAÑA Y NORUEGA

Las puntuaciones medias de felicidad en Noruega y España son similares. En cuanto al consumo, Noruega presenta una puntuación media más alta que España. Por otro lado, la puntuación media de distrés en Noruega supera el umbral de 1,85, lo que indica la presencia de distrés, mientras que la puntuación de España está por debajo de este umbral.

Tabla 12. Resumen de los resultados al inicio de los pacientes de Noruega y España al inicio

	Datos de Noruega	Datos de España
Nivel medio de felicidad	4,5 (IC 95 %: 3,5;5,4)	4,99 (DE: 2,41)
Pacientes con nivel bajo de felicidad (menor de 3) n (%)	166 (29)	25 (13)
Pacientes con nivel medio de felicidad (entre 3 y 7) n (%)	236 (41)	25 (50)
Nivel alto (mayor de 7) n (%)	170 (30)	12 (25)
Puntuación media de consumo al inicio, media (DE)	0,35 (0,2)	0,22 (0,19)
Puntuación media de distrés al inicio, media (DE)	2,2 (0,8)	1,27 (0,73)

IC: intervalo de confianza. DE: Desviación estándar

7. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era describir el nivel de felicidad y sus cambios en el tiempo en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabitación, analizando las variables predictoras de la felicidad.

En la muestra de 967 pacientes de Bergen y Stavanger (Noruega) el nivel medio de felicidad al inicio de la recogida de datos fue 4,5 (IC 95 %: 3,5;5,4). Se observó un incremento en las evaluaciones anuales de 1,1 puntos (IC 95 % 0,2; 1,9) a los 512 pacientes a los que se les realizó el seguimiento. Las variables predictoras de la felicidad al inicio de las mediciones son el sexo —aunque el coeficiente es débil y poco relevante—, vivir con alguien (β : 0,9; IC 95 %: 0,58; 1,2) y consumir sustancias (β : -2,4; IC 95 %: -3,2; -1,6). En la siguiente evaluación anual las variables predictoras son el tratamiento con metadona (β : -1,2; IC 95 %: -2; -0,5) o con buprenorfina (β : -1,2; IC 95 %: -1,9; -0,4) y el consumo de sustancias (β : 0,54; IC 95 %: 0,2; 0,8). No existen diferencias significativas en el nivel medio de felicidad en función del sexo, nivel educativo, condiciones de vivienda, convivencia con otras personas, presencia o no de hijos, intentos de suicidio previos o tipo de tratamiento. El consumo medio es mayor en pacientes con condiciones de vivienda inestables (0,37; DE = 0,23) frente a los que tienen condiciones de vivienda estables (0,25; DE = 0,19). La diferencia de medias es significativa con un tamaño del efecto moderado ($d = 0,57$). El nivel medio de distrés es mayor en pacientes con intentos de suicidio previos (2,5; DE = 0,8) frente a los que no los tienen (2; DE = 0,7). La diferencia de medias es significativa con un tamaño del efecto moderado ($d = 0,67$). Existe una correlación significativa negativa moderada entre la felicidad y el distrés psicológico (-0,55) y una correlación significativa negativa débil entre la felicidad y los intentos de suicidio previos (-0,14).

En la muestra de 50 pacientes de Madrid el nivel medio de felicidad al inicio de la recogida de datos fue de 4,99 (DE: 2,41). No existen diferencias significativas en el nivel medio de felicidad en función del sexo, nivel educativo, condiciones de vivienda, convivencia con alguien, presencia o no de hijos, intentos de suicidio o tipo de tratamiento. El consumo medio es mayor en pacientes que han cursado estudios de educación primaria (0,33; DE = 0,13) frente a los que han cursado estudios de educación secundaria (0,18; DE = 0,19). El consumo medio es también mayor en pacientes con condiciones de vivienda inestables (0,28; DE = 0,19) frente a los que tienen condiciones de vivienda estables (0,16; DE = 0,16). El tamaño del efecto es grande en el caso del nivel educativo ($d = 0,92$) y moderado para las condiciones de vivienda ($d = 0,68$). No existen diferencias significativas en el nivel medio de distrés psicológico en función de las variables sociodemográficas y clínicas. Existe una correlación significativa negativa moderada entre la felicidad y el distrés psicológico (-0,47) y una correlación significativa negativa débil entre la felicidad y los intentos de suicidio previos (-0,16). Tras los análisis de regresión lineal múltiple «backward» se determinó que las variables significativas con un impacto relevante sobre el nivel de felicidad son el distrés

psicológico, la edad y el tratamiento. Mientras que el estrés psicológico ($B = -1,92$; IC 95 %: $-2,7$; $-1,13$) y la edad ($B = -0,07$; IC 95 %: $-0,12$; $-0,01$) son variables que estarían relacionadas con un menor nivel de felicidad, el tratamiento podría incrementarlo ($B = 0,59$; IC 95 %: $0,03$; $1,14$).

Tanto en Noruega como en España los niveles medios de felicidad de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias en programas de deshabituación son inferiores a los de la población general. A pesar de que los resultados recogidos en España son datos preliminares, es probable pensar de manera conjunta que la felicidad en estos pacientes puede verse condicionada por otros determinantes distintos de los preestablecidos en el WHR⁹⁶. Estos determinantes estarían mayoritariamente asociados a la cronicidad del consumo, a la deshabituación, a las recaídas, y al estrés psicológico que deriva de situaciones sociales complejas, así como de comorbilidades físicas y mentales. El peso de estos determinantes podría desplazar a los determinantes de la felicidad preestablecidos en la población general.

7.1. DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LAS MUESTRAS

Las características sociodemográficas de las muestras de pacientes son similares a las características de la población de estudio. En las muestras de ambos países, el porcentaje de hombres es superior al 70 % y el grupo de edad con más pacientes es aquel entre 40 y 60 años. En ambos países, más del 50 % de los pacientes han cursado únicamente estudios de educación primaria, viven solos y con condiciones de viviendas estables. Las sustancias más consumidas en Noruega y en España son el alcohol (55 % y 60 % respectivamente) y el cannabis (64 % y 38 % respectivamente).

Estos datos concuerdan con los datos sociodemográficos y clínicos de los informes mundiales sobre la población diana que está en programas de deshabituación por trastorno por consumo de sustancias^{7,12,15,16,122}. En estos informes el porcentaje de hombres con trastorno por consumo de sustancias es del 80 % y la edad media de admisión a tratamiento es de 35,6 años. El porcentaje de pacientes que han cursado estudios de educación primaria únicamente es del 53,9%. El 87 % de los pacientes viven con condiciones de vivienda estables y un 64,9 % viven solos. En relación con las admisiones a tratamiento, el 49,5 % de los pacientes es consumidor de alcohol como sustancia principal y el 52,3 % de cannabis.

El porcentaje de pacientes con al menos un intento de suicidio también se corresponde con los datos de otros estudios en ambos países. Se estima que en torno al 40 % de los pacientes en deshabituación tiene intentos de suicidio previos^{10,165}.

En la muestra estudiada de pacientes noruegos, el 53 % consumían buprenorfina mientras que en la muestra española el 26 % recibía metadona como tratamiento sustitutivo. Estos

datos también son similares a los datos encontrados otros estudios. En Noruega el tratamiento sustitutivo más consumido es la buprenorfina (59 %) mientras que en España es la metadona (32 %)^{7,12,15,16,122}.

7.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RECOGIDOS EN NORUEGA

7.2.1. Nivel de felicidad y sus cambios en el tiempo

El nivel medio de felicidad al inicio de la recogida de datos es de 4,5 (IC 95 %: 3,5; 5,4) en Noruega. Este valor es inferior al registrado en el último WHR donde el nivel medio de felicidad en población general noruega es de 7,32 (IC 95 %: 7,21; 7,38)⁹⁶. Este resultado coincide con los resultados de otras publicaciones. En el estudio de Veenhoven *et al.* los pacientes con trastorno por consumo de sustancias también refirieron menores niveles de felicidad comparados con los de la población general (5,6; IC 95 %: 4,7; 5,9)¹⁴⁶. Así como en el estudio de Bergsma *et al.* donde observaron una puntuación de felicidad de 3,8 (IC 95 %: 3,38; 4,29) en pacientes con trastorno por consumo de sustancias¹⁴¹.

De acuerdo con el WHR, el nivel de felicidad está relacionado con el nivel de ingresos, el nivel de salud, el apoyo social, la libertad, la generosidad y la ausencia de corrupción⁹⁶. Noruega es un país con un elevado desarrollo, indicadores como el índice de desarrollo humano —que mide variables como la esperanza de vida, la alfabetización, la calidad de la educación y el nivel de vida— informan de que el país posee un índice de desarrollo humano muy alto (0,966)¹⁶⁶. Por ello, sería esperable que el nivel de felicidad de los pacientes de este país fuera elevado. No obstante, el desarrollo social y económico del país —si bien constituye un factor protector— no siempre es un indicador de una menor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias¹⁶⁷.

En la revisión sistemática de Aldridge *et al.* se analizaron estudios realizados en países con un PIB elevado y se determinó que la mortalidad por todas las causas es superior en las personas que viven en situación de exclusión social frente a la población general. La tasa de mortalidad estandarizada en población en exclusión social es de 11,86 (IC 95 %: 10,42; 13,3) en mujeres y 7,88 (IC 95 %: 7,03; 8,74) en hombres por 100 000 habitantes. Por tanto, el hecho de vivir en países con un PIB elevado no garantiza una menor mortalidad, pero tampoco una mejor calidad de vida, mayor felicidad o menor distrés para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias¹⁶⁸.

Por otro lado, ligado al consumo existen problemas sociales como la ausencia de vivienda o la vivienda inestable, la pérdida de relaciones sociales, los problemas legales o la exclusión social^{17,18,21-23}. Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias tienen más riesgo de

sufrir situaciones de vulnerabilidad social ya que generalmente presentan un menor nivel educativo, mayores tasas de desempleo o de empleos temporales, así como situaciones de bajos recursos económicos^{7,9,10}. En Noruega, el 49 % de la muestra únicamente había cursado estudios de educación primaria. Es posible pensar que un menor nivel educativo puede conllevar una mayor precariedad laboral y menores ingresos anuales. No obstante, se trata solo de una hipótesis ya que en nuestro estudio no se han analizado los ingresos anuales como una variable ni la relación de estos con el nivel educativo.

En el presente estudio el 65 % de los pacientes de Noruega viven solos, a pesar de que muchos de estos pacientes tienen hijos (53 %). Este dato ligado al hecho de que muchos pacientes viven con condiciones de vivienda inestables podría ser un indicador de vulnerabilidad social. En el modelo de regresión lineal mixto utilizado en nuestro estudio el coeficiente β de los pacientes que viven con alguien es 0,9 (IC 95 %: 0,58; 1,2) con respecto a los que viven solos. Algunos factores sociales relacionados con la exclusión social podrían ser algunas de las causas reflejadas en la bibliografía que expliquen las bajas puntuaciones de felicidad de los pacientes por consumo de sustancias frente a la felicidad en la población general^{21-23,168}.

No obstante, en nuestro estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la felicidad al inicio de las mediciones relacionadas con la edad, el nivel educativo, los años en deshabituación, las condiciones de vivienda o la presencia de hijos. Sí se observó que las mujeres y los pacientes que vivían solos tenían un menor coeficiente de felicidad, si bien estos coeficientes son muy débiles y, por tanto, clínicamente poco relevantes. Es posible pensar que, a pesar de los recursos económicos y las ayudas sociales presentes en Noruega, para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias la felicidad está fuertemente condicionada por el consumo de sustancias, el proceso de deshabituación y los síntomas que derivan de ambos fenómenos, como el distrés psicológico.

La deshabituación de los trastornos por consumo de sustancias no es un proceso lineal, sino un proceso crónico y con graves repercusiones en todas las esferas de la vida de los pacientes, pudiendo influir significativamente sobre su nivel de felicidad. Los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan por ser una condición crónica y recurrente con períodos de uso activo, abstinencia y recaídas a lo largo de años o décadas, intercalados con períodos de tratamiento y/o encarcelamiento^{18,19}. Durante este proceso existe un riesgo elevado de mortalidad por sobredosis, especialmente durante el inicio, tras un período de abstinencia o tras la interrupción del tratamiento^{122,169}. Para estos pacientes el consumo y sus consecuencias pueden convertirse en el foco central de sus vidas, eclipsando a otros determinantes de la felicidad. Morse *et al.* observaron este hecho en su estudio fenomenológico, en el cual exploraron las percepciones de los pacientes acerca de su felicidad durante el proceso de deshabituación. Los autores señalan cómo los pacientes

interpretaban la felicidad únicamente como una ausencia de síntomas de abstinencia y del malestar relacionado con el consumo¹⁷⁰. Para los pacientes entrevistados existe una relación estrecha entre la felicidad y la recuperación, la cual se caracteriza como un proceso de superación de una enfermedad o adversidad a través del cual se incrementa el control personal sobre los síntomas y los factores estresantes.

Por otro lado, la elevada prevalencia de trastornos mentales en esta población también podría influir sobre el nivel de felicidad. En algunos estudios se ha determinado que más del 44 % de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias tienen problemas de salud mental. Esta elevada prevalencia también podría contribuir al bajo nivel de felicidad observado en esta población^{171,172}.

Es posible que para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias existan otros determinantes del bienestar y de la felicidad, mayoritariamente asociados al consumo, a la deshabitación y a diferentes comorbilidades desplazando así a los determinantes de la felicidad preestablecidos.

No obstante, en las evaluaciones anuales de los pacientes de Noruega se ha observado un incremento anual del nivel de felicidad de 1,1 puntos (IC 95 % 0,2; 1,9) durante el periodo de seguimiento. Algunos estudios cualitativos revelan que el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias podría brindar oportunidades para mejorar la situación de vida y el bienestar de una persona^{170,173}. Los programas de deshabitación no abordan únicamente la recuperación tras el consumo de sustancias, sino también los síntomas de una enfermedad mental^{173,174}. El incremento en el nivel de felicidad puede ser un reflejo de la mejoría global del paciente. Los programas de deshabitación de Noruega cuentan con un equipo multidisciplinar que abarca psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales entre otros. Este acompañamiento durante la deshabitación, así como el tratamiento y la rehabilitación de otras patologías del paciente —especialmente de las patologías psiquiátricas— podría traducirse en un incremento en su percepción de felicidad. Aun así, debemos interpretar estos resultados con mucha cautela ya que pueden existir muchas diferencias intraindividuales. En la figura 10 se aprecia que muchos pacientes permanecen con el mismo nivel de felicidad que al inicio.

Una hipótesis para estos hallazgos podría ser que la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias podría ser un proceso en lugar de un evento puntual durante el cual el paciente atraviesa determinadas etapas^{98,146,175}. La felicidad podría expresar el bienestar más que el malestar psicológico^{98,146}. Una mayor gravedad de los síntomas en pacientes con trastornos depresivos mayores se ha relacionado con puntuaciones más bajas de felicidad e, inversamente, niveles más altos de felicidad percibida podrían predecir la recuperación^{117,127,141}. Se podría plantear la hipótesis de que la felicidad podría ser una

variable predictora de la recuperación en pacientes con trastorno por consumo de sustancias. Esto coincide con los resultados del único estudio encontrado que evalúa los cambios en la felicidad a lo largo del tiempo en una cohorte de población general y donde determinaron que los estados de ánimo relacionados con mayores niveles de felicidad podrían predecir el curso de los trastornos mentales¹⁴¹.

No se han encontrado otros estudios de cohortes que evalúen la felicidad y los trastornos por consumo de sustancias¹⁷⁶. Un estudio similar al nuestro podría ser el de Aas *et al.* que analizaron la CVRS en la misma cohorte de pacientes de Bergen y Stavanger en Noruega. Encontraron que la CVRS es inferior en estos pacientes frente a la de la población general, pero al igual que para la variable felicidad, también observaron un aumento de la CVRS al cabo de un año en aquellos pacientes en el mismo programa de deshabituación que el del presente estudio.

Esto sugiere que las poblaciones de pacientes con trastorno por consumo de sustancias son susceptibles de sufrir un deterioro grave pero también mejoras rápidas en su CVRS o en su felicidad. Estas alteraciones rápidas son quizás menos comunes entre otros grupos de pacientes. Dada la escasez de bibliografía existente, es necesario realizar más investigaciones para determinar la posible relación entre estas variables y una mejor recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. La felicidad definida por Veenhoven como «el disfrute subjetivo de la propia vida en su conjunto» podría estar más relacionada con la forma en la que las personas perciben sus vidas y podría ser una variable predictora del consumo de sustancias¹⁴⁶. Para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias, la felicidad podría estar más directamente relacionada con el bienestar que con las condiciones sociodemográficas. El consumo, el distrés o las patologías psiquiátricas pueden tener un rol importante en la deshabituación y en la felicidad.

7.2.2. Impacto del consumo sobre la felicidad

En los resultados de Noruega se ha observado al inicio de las mediciones que el consumo de sustancias tiene un coeficiente negativo sobre la felicidad frente a los que no consumen (β : -2,4; IC 95 % -3,2, -1,6). Por lo que sí parece que el consumo durante el proceso de deshabituación es un factor determinante de la felicidad. Esto coincide con los resultados de otros estudios donde se ha observado que los pacientes en proceso de deshabituación, pero que continúan consumiendo, muestran menores niveles de felicidad que los que presentan una abstinencia total^{143,144}. En nuestro estudio se ha observado que no hay grandes variaciones en la distribución del consumo entre los subgrupos de población exceptuando las condiciones de vivienda. Los pacientes con condiciones de vivienda inestables presentan un consumo medio superior (0,37; DE = 0,23) que los que viven con condiciones estables (0,25; DE = 0,19; $d = 0,57$). Además, la mitad de los pacientes consumen alcohol, benzodiazepinas, cannabis y estimulantes en paralelo al tratamiento

sustitutivo y al propio programa de deshabitación. El consumo concomitante del tratamiento sustitutivo con otras sustancias ilegales o alcohol es relativamente frecuente en esta población. El centro europeo de monitorización de drogas ha determinado que más del 50 % de los pacientes en programas de deshabitación consumen sustancias^{177,178}.

En la revisión sistemática de Carr *et al.* se objetivó que durante el programa de deshabitación entre el 8 % y el 46 % de los pacientes informaron tener síntomas de conductas adictivas. Algunos pacientes comenzaron a consumir mayores cantidades de otras sustancias diferentes a la sustancia por la que entraron en el programa de deshabitación, especialmente el alcohol¹⁸².

El consumo concomitante del tratamiento y otras sustancias puede conllevar una peor recuperación y un riesgo añadido de sobredosis, especialmente al combinar tratamientos sustitutivos depresores como la metadona, el alcohol o las benzodiazepinas¹⁷⁹. También favorece las recaídas y los abandonos. A largo plazo existen pocos pacientes que mantengan la abstinencia total^{180,181}. Esto podría explicar los resultados encontrados en nuestro estudio y por qué el consumo de sustancias durante el tratamiento tiene un impacto negativo sobre el nivel de felicidad.

El consumo concomitante puede deberse a la propia abstinencia de determinadas sustancias—dado que los efectos de los tratamientos no son similares a los de las sustancias consumidas— pero también a un estancamiento de los pacientes en estos programas y a una no resolución de sus problemas de diversa índole. En nuestro estudio, los pacientes llevaban incluidos en programas de deshabitación un tiempo medio de 8 años (DE: 6) en Noruega. Este tiempo refleja el proceso crónico y recurrente que supone la deshabitación. Las situaciones de vulnerabilidad social y económica, el hábito de consumo, así como las patologías psiquiátricas son factores que pueden perdurar en el tiempo, por lo que el consumo, que en ocasiones deriva de ellos, también lo hace¹⁸⁰.

Esto está en consonancia con las iniciativas que incluyen a estos pacientes en un plan de atención donde se abordan sus problemáticas sociales, económicas, laborales, de vivienda y, sobre todo, sus comorbilidades mentales. Si los pacientes no reciben un adecuado apoyo en todos estos aspectos pueden recurrir al consumo para afrontar o aliviar el estrés emocional recurrente^{180,183}. Se ha determinado que los programas con un abordaje integral e integrado son consistentemente superiores al tratamiento del uso de sustancias y trastornos mentales frente a planes de tratamiento separados¹⁸⁴. No obstante, la captación y el seguimiento de estos pacientes en los programas de atención integral es dificultosa e irregular. A pesar de la amplia disponibilidad de recursos en Noruega, la permanencia de los pacientes en estos programas es intermitente^{7,9,10,185}.

Algunos estudios sugieren que el abordaje y la reestructuración del sistema de creencias en torno al consumo de sustancias, así como la ruptura con el entorno de consumo —que en ocasiones supone cambiar de domicilio, frenar la comunicación con la familia o rehacer nuevas amistades— es compleja y requiere tiempo^{185,186}. Esto explicaría por qué los pacientes permanecen tantos años en programas de deshabituación y por qué muchos de ellos consumen de nuevo. La deshabituación no se trata únicamente de no consumir sustancias sino también de reestructurar diferentes aspectos de la vida del paciente. Por todo lo mencionado anteriormente puede que el consumo y sus consecuencias influyan negativamente sobre la felicidad.

Un dato interesante de nuestro estudio es que en la muestra de pacientes de Noruega el consumo de sustancias al inicio de las mediciones tiene un coeficiente negativo (β : -2,4; IC 95 %: -3,2; -1,6) pero adquiere un coeficiente positivo con el paso del tiempo (β : 0,54; IC 95 %: 0,2; 0,8). Es importante destacar que el valor del coeficiente se reduce sustancialmente, por lo que, la asociación entre felicidad y consumo también se reduce con el tiempo. Este coeficiente positivo puede ser una consecuencia de los efectos de las sustancias consumidas. El consumo de sustancias puede generar una falsa sensación de bienestar. Mientras que los opioides y derivados calman momentáneamente la ansiedad y producen relajación, los estimulantes provocan euforia y aumento de la sociabilización. Es posible que esta relación positiva entre consumo y felicidad sea debida a los propios efectos de las sustancias consumidas. Esto coincide con el estudio realizado por Aas *et al.* Los autores observaron que los pacientes con un consumo frecuente de estimulantes también refirieron un menor grado de distrés psicológico en el tiempo (β : -2,7; IC 95 %: -4,1; -1,4)¹⁹⁹. No obstante, no existen suficientes datos en nuestro estudio para confirmar o refutar esta hipótesis.

7.2.3. Impacto del distrés psicológico sobre la felicidad y correlación entre felicidad, distrés e intentos de suicidio

En los análisis de los niveles de distrés, se ha observado que los pacientes con intentos de suicidio previos presentan mayores puntuaciones medias de distrés (2,5; DE = 0,8) frente a los que no los han tenido (2; DE = 0,7; $d = 0,67$). Además, se ha encontrado una correlación significativa negativa moderada entre felicidad y distrés psicológico (-0,55). A la vista de los resultados, menores niveles de distrés psicológico podrían ser un factor limitante de la felicidad en estos pacientes. Esto coincide con varios estudios en los que también se ha observado una relación inversa entre distrés y felicidad^{141,146}.

Un mayor nivel de distrés psicológico en esta población podría deberse a las frecuentes condiciones mencionadas previamente como la existencia de deudas económicas, el empleo inestable, las malas condiciones de salud y la exclusión social. A pesar de que en nuestro

estudio no existen grandes diferencias en la distribución del distrés psicológico en función de los diferentes subgrupos de población, en otros estudios sí se evidencian diferencias. El distrés psicológico parece ser mayor en mujeres, y en pacientes con menores ingresos, solteros y que viven solos. El distrés también es mayor en pacientes con un mayor consumo de sustancias —especialmente cannabis y benzodiazepinas o sustancias por vía intravenosa— y en pacientes con varias patologías físicas y/o mentales, sobre todo si han recibido tratamiento psiquiátrico previo. El distrés psicológico también es mayor en pacientes que han experimentado varias recaídas^{187,188}.

Otra posible causa del nivel de distrés es la coocurrencia del trastorno por consumo de sustancias y otras patologías mentales, conocido como patología dual¹⁸⁹. Por el complejo abordaje de estos pacientes, la patología dual suele estar infradiagnosticada e infratratada^{9,18,19}. De acuerdo con Santucci *et al.* más de la mitad de las personas con trastorno por consumo de sustancias experimentarán un trastorno de salud mental en algún momento de sus vidas, pero no está tan claro si los trastornos de salud mental se desarrollan principalmente como consecuencia del uso de sustancias o viceversa¹⁹⁰.

Las cifras de prevalencia de los trastornos mentales en esta población varían mucho de un estudio a otro. Grant *et al.* estiman que en esta población la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión es del 27 %, del 35 % en los trastornos afectivos, del 30 % en los trastornos de déficit de atención y del 51 % en los trastornos de la personalidad¹⁹¹⁻¹⁹³. Se ha observado que la presencia de uno o más trastornos mentales puede frenar la deshabitación, favorecer el riesgo de recaídas y sobredosis, así como predisponer el consumo concomitante de otras sustancias junto con el tratamiento sustitutivo¹⁹⁴⁻¹⁹⁶. En varios estudios de cohortes se ha analizado cómo la depresión en contextos de deshabitación es un predictor independiente de recaídas en el consumo de sustancias¹⁹⁶⁻¹⁹⁸.

La detección de los trastornos mentales entre los consumidores de sustancias es problemática debido a la superposición de los síntomas inducidos por el consumo y los síntomas derivados de la depresión y ansiedad. Las sustancias consumidas pueden utilizarse como automedicación y, por tanto, ocultar síntomas de ansiedad y depresión. Pero el distrés puede ser también el resultado del propio consumo de sustancias, de otros trastornos mentales o de los síntomas derivados de la propia deshabitación¹⁹⁷⁻¹⁹⁹. Iniciar y mantener un tratamiento de deshabitación en sí mismo, a menudo combinado con una deshabitación estricta, puede ser un evento muy estresante.

Una de las consecuencias más graves del distrés psicológico en esta población es el elevado riesgo de suicidio. En la muestra de pacientes de Noruega, el 49 % de los pacientes había intentado suicidarse al menos una vez en la vida. No obstante, solo se ha encontrado una

correlación significativa débil entre suicidio y felicidad. Este dato no coincide con los datos de otros estudios donde sí se ha observado un riesgo de suicidio mayor entre los pacientes con trastorno por consumo de sustancias^{141,146,165,200}.

A pesar de que los intentos de suicidio son frecuentes en esta población, existe mucha heterogeneidad sobre sus causas en la literatura publicada. Tras la sobredosis, el suicidio es el segundo factor limitante de la deshabitación efectiva de los pacientes¹⁶⁵. Los factores de riesgo más relevantes de los intentos de suicidio coinciden con los que generan también mayor distrés psicológico y son opuestos a los determinantes de la felicidad en población general^{97,98}. Estos están relacionados con un ritmo de vida caótico, condiciones de vivienda inestables, violencia y eventos traumáticos, una historia previa de depresión y de intentos de suicidio, un mayor policonsumo de sustancias —especialmente de alcohol y sustancias inyectables— así como un elevado nivel de distrés derivado de trastornos mentales^{201,202}. El suicidio es, por tanto, un fenómeno multifactorial influido por factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales²⁰¹. Esta amplia variabilidad en las causas que originan los intentos de suicidio podría explicar la prevalencia de estos en esta población.

Aun así, en varios estudios sí se han observado menores puntuaciones de felicidad en pacientes con ideación suicida^{141,146}. La inclusión de los pacientes en programas de deshabitación podría ser un factor protector. Los tratamientos sustitutivos podrían mejorar los síntomas de salud mental y reducir el número de suicidios derivado de ellos, así como reducir las muertes relacionadas con el consumo de opioides y su uso ilegal^{203,204}. En la revisión sistemática de Sordo *et al.* se determinó que los programas de deshabitación disminuyen la mortalidad por todas las causas²⁰⁵. Esto no solo se debe a que el tratamiento sustitutivo reduce o elimina el consumo de otras sustancias, sino también a una posible mejora del estado físico, mental, emocional y social de los pacientes gracias al acompañamiento por parte del equipo multidisciplinar y al seguimiento exhaustivo de la salud de los pacientes en todos sus aspectos. Lo esperable sería por tanto que durante la deshabitación disminuyeran el distrés psicológico y los intentos de suicidio y aumentara la felicidad.

No obstante, los resultados publicados son contradictorios. El estar incluido en un programa de deshabitación no siempre garantiza una disminución de los intentos de suicidio. En el estudio de Chen *et al.* se ha encontrado que pese a pertenecer a un programa de deshabitación con metadona, los intentos de suicidio no disminuyeron entre los usuarios²⁰⁶. En el estudio de Darke *et al.* se apreció una disminución de los intentos de suicidio en pacientes en programas de deshabitación al cabo de los 3 años, aunque esta proporción continuó siendo superior a los de la población general²⁰⁷.

Esta variedad de resultados encontrados en la bibliografía podría también explicar la débil correlación encontrada entre suicidio y felicidad hallada en nuestro estudio. El tratamiento

sustitutivo puede disminuir o eliminar el consumo de sustancias, que es un factor de riesgo del suicidio, pero no es el único. Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias son especialmente vulnerables a otros factores de riesgo: suelen ser consumidores desde edades tempranas, con un empeoramiento muy severo de su calidad de vida y con trastornos mentales asociados como la depresión o los trastornos límite de la personalidad. Estas patologías pueden sesgar los efectos de los tratamientos sustitutivos y mermar el nivel de felicidad²⁰⁸. El peso de las comorbilidades psiquiátricas y del distrés psicológico —muy prevalentes en esta población— son dos factores de riesgo robustos del suicidio independientemente del consumo de sustancias y del tratamiento recibido^{204,205}. Sin embargo, en investigaciones realizadas en otras poblaciones, como en adultos jóvenes universitarios o en la población general, se ha observado una relación inversa clara, en la que niveles más altos de bienestar emocional y felicidad se asocian con una menor probabilidad de intentos de suicidio^{209,210}. Este hallazgo sugiere que, en ciertos contextos, el bienestar psicológico podría desempeñar un papel protector frente a los pensamientos y comportamientos suicidas en otras poblaciones.

En relación con la población de estudio, la diversa multicausalidad del suicidio, del distrés y de la felicidad generan demasiadas variables. Algunas de estas variables no han sido monitorizadas en nuestro estudio, lo cual explica la débil correlación hallada entre suicidio y felicidad. La relación entre distrés y felicidad es moderada y por su correlación inversa, la felicidad podría ser una variable protectora del distrés, mientras que la relación entre felicidad y suicidio no es lineal. Como hemos mencionado previamente, la atención individualizada y un enfoque integral de los programas de deshabitación son necesarios para abordar la multicausalidad del consumo, del distrés y de los intentos de suicidio.

7.2.4. Discusión sobre las variables predictoras de la felicidad

En Noruega, al inicio de las mediciones se han identificado como variables predictoras de la felicidad pertenecer al sexo femenino —si bien este coeficiente es débil y clínicamente poco relevante— y vivir con alguien. El hecho de vivir con compañía sí puede tener un impacto sobre la felicidad de acuerdo con la bibliografía existente⁹⁶⁻⁹⁸. La soledad es un factor de riesgo para una peor recuperación de estos trastornos mientras que el acompañamiento y el mantenimiento de las relaciones sociales, especialmente en el domicilio, son determinantes de mejores niveles de felicidad en población general, así como en la población de estudio^{96-98,211}. Si bien, en nuestro estudio, esta variable deja de ser significativa en las evaluaciones anuales. De nuevo, a lo largo del tiempo pueden existir otros eventos relacionados con el consumo, la deshabitación y el distrés psicológico que desplacen a los determinantes de felicidad más habituales.

También se han identificado como variables predictoras negativas de la felicidad el consumo de sustancias, mientras que el resto de las variables no parecen tener un impacto relevante. Por lo mencionado anteriormente debido a las consecuencias relacionadas con la cronicidad de los trastornos por consumo de sustancias es coherente que el consumo tenga una influencia negativa sobre la felicidad al inicio de las mediciones y desplace al resto de variables. En este estudio no se han analizado los cambios en el tiempo del distrés o del consumo ya que Aas *et al.* ya analizaron y publicaron el estudio de esas variables en esta misma cohorte de pacientes¹⁹⁹. Los autores observaron que los niveles de consumo se mantenían en el tiempo sin grandes cambios significativos.

Como ya hemos mencionado en un epígrafe previo, en la muestra de pacientes de Noruega el consumo de sustancias al inicio de las mediciones tiene un coeficiente negativo (β : -2,4; IC 95 %: -3,2; -1,6) pero adquiere un coeficiente positivo con el paso del tiempo (β : 0,54; IC 95 %: 0,2; 0,8). Como ya hemos comentado este coeficiente positivo podría ser una consecuencia de los efectos de algunas sustancias consumidas. Los niveles más altos de consumo de sustancias se correlacionaron con niveles más bajos de felicidad al inicio del estudio, pero el coeficiente del consumo se reduce sustancialmente con el tiempo por lo que la asociación entre felicidad y consumo también se reduce. Es posible que a lo largo del tiempo de deshabituación la felicidad aumente y el impacto del consumo sobre esta se reduzca. De acuerdo con el estudio de Schick *et al.* esto podría deberse a un menor consumo. Los autores observaron cómo unos niveles mayores de felicidad están asociados con un menor consumo de cannabis y otras sustancias en estos pacientes¹⁴⁴. No obstante, en nuestro estudio no se ha recogido información sobre las tendencias de consumo en el tiempo por lo que no existen suficientes datos que confirmen esta hipótesis.

Se podría plantear la hipótesis de que menores niveles de felicidad influyen en mayor medida en el consumo de sustancias en estos pacientes, que el consumo de sustancias en la felicidad. El incremento del nivel de felicidad puede ser un reflejo de la mejora del bienestar del paciente desde un punto de vista global. Es posible que al mejorar aspectos bio-psico-sociales de su vida el paciente recurra menos al consumo —además de recibir un tratamiento sustitutivo— y experimente una mejoría global. Esta observación se apoya en los resultados encontrados en la literatura publicada donde se ha establecido que los programas de deshabituación son intervenciones basadas en la evidencia que reducen el consumo de sustancias y mejoran la salud física y mental de los pacientes, así como su calidad de vida^{122,135,136,147}. El incremento anual del coeficiente de la felicidad sumado a una menor repercusión del consumo de sustancias sobre dicho coeficiente podrían ser dos variables que resuman la buena evolución de los pacientes en este programa de deshabituación. La felicidad podría interpretarse como un parámetro predictor de la mejoría de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias durante la deshabituación. Sin embargo, esto debe interpretarse con cautela, ya que estos análisis

inferenciales resultantes de tendencias longitudinales podrían verse influidos por factores de confusión y sesgos.

Otra variable significativa sobre la felicidad ha sido el tratamiento. La variable tratamiento tiene coeficientes negativos en Noruega en las evaluaciones anuales. Estos coeficientes pueden deberse a los efectos de los tratamientos. En Noruega, el 53 % de los pacientes está en tratamiento con buprenorfina y el 32 % con metadona. La metadona y la buprenorfina están clasificadas por la OMS como fármacos esenciales para los trastornos por consumo de opioides²¹². Pero es importante destacar que, aunque son tratamientos sustitutivos con su administración el paciente no obtiene el mismo efecto que con opioides como la heroína.

La metadona y la buprenorfina no tienen el mismo mecanismo de acción. En Noruega la metadona es el tratamiento de elección para tratamientos de larga duración ya que la tasa de abandono con este fármaco es menor, mientras que la buprenorfina es de elección en aquellos pacientes que llevan poco tiempo de consumo^{213,214}. De manera general los pacientes prefieren esta medicación frente a la metadona por su menor efecto sedante^{176,215}. Lo esperable sería que los pacientes en tratamiento con buprenorfina tuvieran una mayor asociación con la felicidad, pero los coeficientes de ambos subgrupos son iguales (β : -1,2; IC 95 % para la buprenorfina -1,9; -0,4 e IC 95 % para la metadona: -2; -0,5).

Esto puede deberse al hecho de que recibir un tratamiento sustitutivo y crónico influye sobre la felicidad, independientemente del tipo de tratamiento. Existe una dificultad de acceso a estos tratamientos dado que deben ser prescritos por un especialista, puesto que requieren ajustes de dosis frecuentes. Su carácter crónico y su efecto depresor sobre el sistema nervioso central pueden conllevar repercusiones serias sobre la calidad de vida de los pacientes, su bienestar y su felicidad. Otro factor que podría disminuir la felicidad sería la duración mantenida en el tiempo del tratamiento y la dependencia al mismo. En el estudio de Madden *et al.* los pacientes refirieron que los tratamientos sustitutivos son una solución inadecuada al consumo de sustancias por sus efectos negativos relacionados con el bienestar físico, mental y emocional. En este estudio los pacientes tenían la percepción de sustituir un consumo de sustancias ilegales por un consumo de sustancias prescritas²¹⁶.

Esta dificultad de acceso al tratamiento, así como su dispensación diaria en el caso de la metadona, los reajustes de dosis necesarios para paliar los efectos del síndrome de abstinencia y la dependencia al tratamiento sustitutivo podrían explicar este impacto negativo sobre el nivel de felicidad.

Otro factor para tener en cuenta es el efecto que produce el tratamiento. La metadona y la buprenorfina son los fármacos de elección para el trastorno por consumo de opioides. Sin embargo, parte de la muestra es consumidora de cannabis, alcohol, benzodiazepinas y

estimulantes. Estos grupos de fármacos no tienen tratamiento sustitutivo. Existen alternativas de tratamiento como las benzodiacepinas, los antidepresivos o el disulfiram – para los pacientes con trastorno por consumo de alcohol–, pero estos fármacos no realizan la misma acción que la sustancia consumida. Esto vuelve dificultoso el manejo y la adherencia a los tratamientos alternativos^{217,218}. Un 15 % de la muestra de los pacientes de Noruega toman un tratamiento alternativo a la metadona y a la buprenorfina. En esta población los efectos de los tratamientos son más inespecíficos y este hecho en parte podría explicar por qué el tratamiento afecta negativamente a la felicidad. No obstante, no se han evaluado los tratamientos alternativos que reciben los pacientes de manera individual. Puede que una adherencia al tratamiento más irregular influya adicionalmente de forma negativa sobre la felicidad.

Un hecho llamativo es que el tiempo, medido en años, que llevan los pacientes en deshabituación no influye sobre la felicidad en ninguna de las muestras. En otros estudios se ha relacionado a pacientes con más edad con un mayor tiempo de permanencia en programas de deshabituación y con una menor tasa de abandono de estos. Esto puede deberse a que los pacientes reciben su tratamiento sustitutivo en conjunto con el tratamiento para otras patologías crónicas con el VHC o el tratamiento antirretroviral para el VIH lo cual también fomenta su permanencia en los programas de deshabituación^{219,220}. Sin embargo, no se han encontrado estudios que relacionen la felicidad y el tiempo de permanencia de los pacientes en programas de deshabituación. El número de años pasados en programas de deshabituación podría no influir en la felicidad de los pacientes. Si bien estos programas contribuyen a mejorar la salud global del paciente es posible que estos programas no supongan un cambio sustancial en su vida y en su bienestar, especialmente si ya llevan muchos años en los mismos. No obstante, esto es una hipótesis muy preliminar y serían necesarios más estudios para confirmarla.

7.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RECOGIDOS EN ESPAÑA

7.3.1. Nivel de felicidad

El nivel medio de felicidad al inicio de la recogida de datos es de 4,99 (DE = 2,41) en España. Este valor es inferior al registrado en el último WHR, donde el nivel medio de felicidad en población general en España es de 6,42 (IC 95 %: 6,33; 6,5)⁹⁶. Este resultado coincide con los resultados de otras publicaciones. En el estudio de Veenhoven *et al.* los pacientes con trastorno por consumo de sustancias también refirieron menores niveles de felicidad comparados con los de la población general (5,6; IC 95 %: 4,7; 5,9)¹⁴⁶. Así como en el estudio de Bergsma *et al.* donde observaron una puntuación de felicidad de 3,8 (IC 95 %: 3,38; 4,29) en pacientes con trastorno por consumo de sustancias¹⁴¹.

España es un país con un índice de desarrollo humano muy alto (0,911)¹⁶⁶. Por ello, sería esperable que el nivel de felicidad de los pacientes de este estudio fuera elevado⁹⁶. No obstante, el desarrollo social y económico del país —si bien constituyen un factor protector— no siempre son indicadores de una menor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias¹⁶⁷.

Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias tienen más riesgo de sufrir situaciones de vulnerabilidad social ya que generalmente presentan un menor nivel educativo, mayores tasas de desempleo o de empleos temporales, así como situaciones de bajos recursos económicos^{7,9,10}. En la muestra de España, el 84 % de los pacientes habían cursado estudios de educación secundaria o superiores. Se podría pensar que un mayor nivel educativo podría favorecer encontrar una estabilidad laboral y económica y así mejorar el nivel de felicidad, de acuerdo con el WHR⁹⁶. No obstante, en este estudio no se han medido variables como los ingresos económicos y tampoco se han encontrado diferencias significativas entre el nivel de felicidad medio y los estudios realizados.

Por otro lado, ligado al consumo, existen problemas sociales como la ausencia de vivienda o la vivienda inestable, la pérdida de relaciones sociales, los problemas legales o la exclusión social^{17,18,21-23}. En el presente estudio el 40 % de los pacientes de España viven solos, a pesar de que muchos de estos pacientes tienen hijos (38 %). Este dato ligado al hecho de que muchos pacientes tienen condiciones de vivienda inestables podría ser un indicador de vulnerabilidad social con repercusiones sobre la felicidad, tal y como aparece en la bibliografía en otras poblaciones⁹⁶⁻⁹⁹. No obstante, en nuestro estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el nivel medio de felicidad en función de los años en deshabitación, las condiciones de vivienda o la presencia de hijos. Tampoco se han identificado estas variables como variables de impacto en los análisis de regresión lineal múltiple «backward». Puede que la muestra tenga una representatividad baja, pero también es posible pensar que para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias la felicidad está íntimamente ligada al consumo de sustancias, al proceso de deshabitación y a los síntomas que derivan de ambos fenómenos, como el estrés psicológico.

La deshabitación de los trastornos por consumo de sustancias no es un proceso lineal, sino un proceso crónico y con graves repercusiones en todas las esferas de la vida de los pacientes, pudiendo influir significativamente sobre el nivel de felicidad de esta población. Para estos pacientes el consumo y sus consecuencias pueden convertirse en el foco central de sus vidas, eclipsando a otros determinantes de la felicidad¹⁷⁰. Por otro lado, la elevada prevalencia de trastornos mentales en esta población también podría contribuir al bajo nivel de felicidad observado en esta población^{171,172}.

Es posible que para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias existan otros determinantes del bienestar y de la felicidad, mayoritariamente asociados al consumo, a la deshabitación y a diferentes comorbilidades desplazando así a los determinantes de la felicidad preestablecidos. Los programas de deshabitación no abordan únicamente la recuperación tras el consumo de sustancias, sino también los síntomas de una enfermedad mental por lo que algunos estudios sugieren que el nivel de felicidad podría aumentar durante la permanencia de los pacientes en estos programas^{173,174}. Para poder afirmar o refutar esta hipótesis con la muestra de pacientes de España son necesarias más mediciones en el tiempo.

7.3.2. Impacto del consumo sobre la felicidad

En los resultados de España se ha observado que el nivel medio de consumo es mayor en pacientes que han cursado estudios de educación primaria únicamente (0,33; DE = 0,13) frente a los que han cursado estudios de educación secundaria o superiores (0,18; DE = 0,19). Esto coincide con otros estudios donde sí se ha relacionado un menor nivel educativo con un mayor consumo. Algunos autores argumentan que un menor nivel educativo se relaciona con un peor acceso a los recursos y a la información, mayor fragilidad económica y vulnerabilidad social en muchos casos, lo que puede predisponer a un mayor consumo⁹⁷⁻⁹⁹. El abandono precoz de los estudios es un factor de riesgo de mayor consumo^{11,17,21}. La distribución del consumo de sustancias parece variar en función del nivel de educativo. Según el informe de la OEDA, en 2019, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (66,8 %) había finalizado como máximo los estudios primarios, mientras que el 49 % de los admitidos a tratamiento por cocaína polvo y cerca del 45,4 % de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos¹¹. El consumo de drogas de anfetaminas, metanfetaminas y nuevas sustancias psicoactivas es difícilmente cuantificable por la variedad de sustancias que existen, pero se estima que estas sustancias son consumidas mayoritariamente por pacientes con estudios de educación secundaria o superiores¹¹⁻¹³.

También se ha determinado que el nivel medio de consumo es mayor en pacientes con condiciones de vivienda inestables (0,28; DE = 0,19) frente a los que tienen condiciones de vivienda estables (0,16; DE = 0,16). Esto también coincide con otras publicaciones previas donde se ha identificado la vivienda estable como una variable protectora frente al consumo⁹⁶⁻⁹⁸.

Sin embargo, en los análisis de regresión lineal múltiple «backward» no se ha observado que el coeficiente del nivel educativo o del consumo tengan una relevancia significativa sobre el nivel de felicidad. Una posible explicación es que, en comparación con otras variables como el tratamiento o el distrés psicológico, el nivel educativo o el consumo no tienen tanto impacto sobre el nivel de felicidad.

Otra explicación que justificaría por qué el consumo no es una variable con un impacto relevante sobre la felicidad en nuestro estudio es por la posible normalización del consumo durante la deshabituación. Entre los pacientes de la muestra, el 60 % consume alcohol, el 38 % cannabis y el 26 % benzodiazepinas y estimulantes en paralelo al tratamiento sustitutivo y al propio programa de deshabituación. El consumo concomitante del tratamiento sustitutivo con otras sustancias ilegales o alcohol es relativamente frecuente. El centro europeo de monitorización de drogas ha determinado que más del 50 % de los pacientes en programas de deshabituación consumen sustancias^{177,178}.

El consumo concomitante del tratamiento con otras sustancias es una conducta frecuente y a menudo normalizada entre los pacientes²²¹. Algunos autores sugieren que el consumo concomitante puede deberse a la propia abstinencia de determinadas sustancias —dado que los efectos de los tratamientos no son similares a los de las sustancias consumidas— pero también a un estancamiento de los pacientes en estos programas y a una no resolución de sus problemas de diversa índole. Algunos estudios indican que el abordaje y la reestructuración del sistema de creencias en torno al consumo de sustancias, así como la ruptura con el entorno de consumo es compleja y requiere tiempo^{185,186}. La deshabituación no se trata únicamente de no consumir sustancias sino también de reestructurar diferentes aspectos de la vida del paciente y de deconstruir la normalización del consumo, lo cual puede no conseguirse en todos los casos^{182,185}. En nuestro estudio, los pacientes llevaban incluidos en programas de deshabituación un tiempo medio de 6,4 años (DE: 10,3). El tiempo medio de los pacientes en deshabituación sumado al consumo concomitante del tratamiento con otras sustancias podrían reflejar el proceso crónico y recurrente que supone la deshabituación y explicar por qué el consumo no presenta coeficientes de impacto en el modelo de regresión lineal múltiple «backward» sobre el nivel de felicidad.

7.3.3. Impacto del distrés psicológico sobre la felicidad y correlación entre felicidad, distrés e intentos de suicidio

En los análisis descriptivos de la muestra española no se ha superado el punto de corte para determinar la presencia de distrés psicológico. Tras la comparación de medias se observa que no existen diferencias significativas en el distrés psicológico en función de las variables sociodemográficas y clínicas. Un mayor nivel de distrés psicológico en esta población podría deberse a las frecuentes condiciones mencionadas previamente como la existencia de deudas económicas, el empleo inestable, las malas condiciones de salud y la exclusión social. En nuestro estudio no se han medido estas variables, quizás por ello no se han observado diferencias en la distribución del distrés psicológico en función de los diferentes

subgrupos de población. Aunque esto también puede deberse al bajo número de pacientes que han participado en el estudio.

Sin embargo, en nuestro estudio sí se ha encontrado una correlación significativa negativa moderada entre felicidad y distrés psicológico (-0,47). El distrés es también una variable significativa con impacto sobre la felicidad ($B = -1,92$; IC 95 %: -2,7; -1,13). A la vista de los resultados, mayores niveles de distrés psicológico podrían ser un factor limitante de la felicidad en estos pacientes. Esto coincide con varios estudios en los que también se ha observado una relación inversa entre distrés y felicidad^{141,146}. Es importante destacar que la coocurrencia del trastorno por consumo de sustancias y otras patologías mentales – conocido como patología dual– es un fuerte condicionante del distrés psicológico¹⁸⁹. Por el complejo abordaje de estos pacientes, la patología dual suele estar infradiagnosticada e infratratada^{9,18,19}.

Las cifras de prevalencia de los trastornos mentales en esta población varían mucho de un estudio a otro. Grant *et al.* estiman que en esta población la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión es del 27 %, en los trastornos afectivos del 35 %, en los trastornos de déficit de atención del 30 % y del 51 % en los trastornos de la personalidad¹⁹¹⁻¹⁹³. Se ha observado que la presencia de uno o más trastornos mentales puede frenar la deshabituación, favorecer el riesgo de recaídas y sobredosis, así como predisponer el consumo concomitante de otras sustancias junto con el tratamiento sustitutivo¹⁹⁴⁻¹⁹⁶. En varios estudios de cohortes se ha analizado cómo la depresión en contextos de deshabituación es un predictor independiente de recaídas en el consumo de sustancias¹⁹⁶⁻¹⁹⁸.

La detección de los trastornos mentales entre los consumidores de sustancias es problemática debido a la superposición de los síntomas inducidos por el consumo de sustancias y a los síntomas derivados de la depresión y ansiedad. Las sustancias consumidas pueden utilizarse como automedicación y, por tanto, ocultar síntomas de ansiedad y depresión. Pero el distrés puede ser también el resultado del propio consumo de sustancias, de otros trastornos mentales o de los síntomas derivados de la propia deshabituación^{197,198}. Iniciar y mantener un tratamiento de deshabituación en sí mismo, a menudo combinado con una deshabituación estricta puede ser un evento muy estresante.

Una de las consecuencias más graves del distrés psicológico en esta población es el elevado riesgo de suicidio. En la muestra de pacientes de España, el 52 % de los pacientes había intentado suicidarse al menos una vez en la vida, aunque solo se ha encontrado una correlación significativa débil entre suicidio y felicidad (-0,14). Los datos encontrados en ambos estudios no coinciden con los datos de otros estudios donde sí se ha observado un riesgo de suicidio mayor entre los pacientes con trastorno por consumo de sustancias^{141,146,165,200}.

A pesar de que los intentos de suicidio son frecuentes en esta población, existe mucha heterogeneidad sobre sus causas en la literatura publicada. Tras la sobredosis, el suicidio es el segundo factor limitante de la deshabitación efectiva de los pacientes¹⁶⁵. Los factores de riesgo más relevantes de los intentos de suicidio coinciden con los que generan también mayor distrés psicológico y son opuestos a los determinantes de la felicidad en población general^{97,98}. Estos están relacionados con un ritmo de vida caótico, condiciones de vivienda inestables, violencia y eventos traumáticos, una historia previa de depresión y de intentos de suicidio, un mayor policonsumo de sustancias —especialmente de alcohol y sustancias inyectables— así como un elevado nivel de distrés derivado de trastornos mentales^{201,202}. El suicidio es, por tanto, un fenómeno multifactorial influido por factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales²⁰¹. Esta amplia variabilidad en las causas que originan los intentos de suicidio y motivaciones, así como la ausencia de la monitorización de estas en nuestro estudio podrían explicar la débil correlación hallada entre la felicidad y los intentos de suicidio.

Aun así, en varios estudios sí se han observado menores puntuaciones de felicidad en pacientes con ideación suicida^{141,146}. La inclusión de los pacientes en programas de deshabitación podría ser un factor protector. Los tratamientos sustitutivos podrían mejorar los síntomas de salud mental y el número de suicidios derivado de ellos, reducir las muertes relacionadas con el consumo de opioides y su uso ilegal²⁰³⁻²⁰⁵. Esto no solo se debe a que el tratamiento sustitutivo reduce o elimina el consumo de otras sustancias, sino también a una posible mejora del estado físico, mental, emocional y social de los pacientes gracias al acompañamiento por parte del equipo multidisciplinar y al seguimiento exhaustivo de la salud de los pacientes en todos sus aspectos. Lo esperable sería por tanto que durante la deshabitación disminuyeran el distrés psicológico y los intentos de suicidio y aumentara la felicidad.

No obstante, los resultados publicados son contradictorios. El estar incluido en un programa de deshabitación no siempre garantiza una disminución de los intentos de suicidio. En el estudio de Chen *et al.* se ha encontrado que pese a pertenecer a un programa de deshabitación con metadona los intentos de suicidio no disminuyeron entre los usuarios²⁰⁶. En el estudio de Darke *et al.* se apreció una disminución de los intentos de suicidio en pacientes en programas de deshabitación al cabo de los 3 años, aunque esta proporción continuó siendo superior a los de la población general²⁰⁷.

Esta variedad de resultados encontrados en la bibliografía podría también explicar la débil correlación encontrada entre suicidio y felicidad hallada en nuestro estudio. Sin embargo, en investigaciones realizadas en otras poblaciones, como en adultos jóvenes universitarios o en la población general, se ha observado una relación inversa clara, en la que niveles más altos de bienestar emocional y felicidad se asocian con una menor probabilidad de intentos

de suicidio^{209,210}. Este hallazgo sugiere que, en ciertos contextos, el bienestar psicológico podría desempeñar un papel protector frente a los pensamientos y comportamientos suicidas en otras poblaciones. No obstante, en la población de estudio la diversa multicausalidad del suicidio, del estrés y de la felicidad generan demasiadas variables, lo cual explica la débil correlación hallada en este estudio entre suicidio y felicidad. La relación entre estrés y felicidad es moderada y por su correlación inversa, la felicidad podría ser una variable protectora del estrés. Mientras que la relación entre felicidad y suicidio no es lineal. Se necesitan más datos para analizar los intentos de suicidio, sus condicionantes y su impacto sobre la felicidad. Como hemos mencionado previamente, la atención individualizada y un enfoque integral de los programas de deshabituación son necesarios para abordar la multicausalidad del consumo, del estrés y de los intentos de suicidio.

7.3.4. Discusión sobre las variables significativas de la felicidad

En el análisis de regresión lineal multivariante «backward» de España se ha observado que todas las variables son significativas sobre el nivel de felicidad, pero no todas tienen un impacto relevante sobre el mismo. Exceptuado el estrés, el tratamiento y la edad, el resto de las variables sociodemográficas y clínicas no parecen tener una repercusión relevante sobre el nivel de felicidad de la población estudiada. De nuevo, en el contexto de estos pacientes pueden existir otros eventos relacionados con el consumo, la deshabituación y el estrés psicológico que desplacen a los determinantes de felicidad más habituales.

Por lo mencionado anteriormente debido a las consecuencias relacionadas con la cronicidad del consumo, la exclusión social, los problemas de vivienda y de empleo, así como las comorbilidades psiquiátricas prevalentes en esta población, es coherente que el estrés tenga una influencia negativa sobre la felicidad al inicio de las mediciones y desplace al resto de variables.

Otra variable significativa sobre la felicidad ha sido el tratamiento. La variable tratamiento tiene un coeficiente positivo ($B = 0,59$; IC 95 %: 0,03; 1,14). Por un lado, este coeficiente puede deberse a los efectos de los tratamientos. En España, el 26 % de los pacientes de la muestra está en tratamiento con metadona. La metadona y la buprenorfina están clasificadas por la OMS como fármacos esenciales para los trastornos por consumo de opioides²¹². A pesar de que el tratamiento no sustituye por completo los efectos de las sustancias consumidas, el objetivo de este es paliar el síndrome de abstinencia, favorecer la recuperación y evitar recaídas en el consumo, lo que en numerosas publicaciones se relaciona con un aumento del bienestar^{117,135,136}. Recibir un tratamiento es por tanto un determinante de la felicidad en esta población. Esta observación se apoya en los resultados encontrados en la literatura publicada donde se ha establecido que los programas de deshabituación son intervenciones basadas en la evidencia que reducen el consumo de

sustancias y mejoran la salud física y mental de los pacientes, así como su calidad de vida^{122,135,136,147}.

Un hecho a destacar en la muestra de España es que un 60 % de los pacientes de la muestra toman un tratamiento alternativo a la metadona y a la buprenorfina. A pesar de que estos fármacos no sean tan específicos, el tipo de fármaco, pauta y dosis es elegida por el profesional respetando los valores y preferencias del usuario²²². Esto podría contribuir a que el tratamiento se adapte mejor a las necesidades de los pacientes y a que estos estén más satisfechos. Sin embargo, esto es solo una hipótesis ya que en este estudio no se han evaluado los tratamientos alternativos que reciben los pacientes de manera individual.

Por último, en la muestra de España se ha identificado la edad como una variable predictora negativa de la felicidad al inicio ($B = -0,07$; IC 95 %: $-0,12$; $-0,01$). La edad conlleva una mayor prevalencia de padecimientos crónicos como la hipertensión arterial, problemas articulares y óseos, alteraciones visuales, cardíacas, respiratorias o neurológicas en población general²¹⁹. Los pacientes con trastornos por consumo de sustancias tienen una vulnerabilidad añadida a padecer enfermedades infecciosas (especialmente por VIH y VHC) y ciertos tipos de cánceres además de las comorbilidades psiquiátricas cuya recuperación se complica con la edad^{18,19}. Todos estos hechos explicarían por qué la edad tiene un impacto negativo sobre la felicidad. Por otro lado, la edad podría interpretarse como un reflejo de un mayor tiempo de consumo, lo que también explicaría el peso de esta variable sobre la felicidad.

Un hecho llamativo es que el tiempo que llevan los pacientes en deshabitación no influye sobre la felicidad en la muestra. En otros estudios se ha relacionado a pacientes con más edad con un mayor tiempo de permanencia en programas de deshabitación y con una menor tasa de abandono de estos. Esto puede deberse a que los pacientes reciben su tratamiento sustitutivo en conjunto con el tratamiento para otras patologías crónicas como el VHC o el tratamiento antirretroviral para el VIH, lo cual también fomenta su permanencia en los programas de deshabitación^{220,223}. Sin embargo, no se han encontrado estudios que relacionen la felicidad y el tiempo de permanencia de los pacientes en programas de deshabitación. Es posible que el número de años pasados en programas de deshabitación no influya en la felicidad de los pacientes. Si bien estos programas contribuyen a mejorar la salud global del paciente es posible que estos programas no supongan un cambio sustancial en su vida y en su bienestar, especialmente si ya llevan muchos años en los mismos. No obstante, esto es una hipótesis muy preliminar y serían necesarios más estudios para confirmarla.

7.4. COMPARATIVA ENTRE EL NIVEL DE FELICIDAD ENTRE NORUEGA Y ESPAÑA

El nivel de felicidad de los pacientes de Noruega y de España es similar. Existe una diferencia de 0,5 puntos entre los porcentajes de ambos grupos. En torno al 50 % de los pacientes de las dos muestras presentan un nivel de felicidad medio (entre 4 y 7) al inicio de las mediciones. No obstante, las diferencias entre los dos tamaños de las muestras de pacientes de Noruega y España imposibilitan realizar una comparación inferencial.

Noruega ostenta una de las puntuaciones más elevadas del WHR, ya que ocupa el séptimo puesto en el ranking mundial mientras que España ocupa el puesto 36⁹⁶. Lo esperable sería que las puntuaciones de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias de Noruega fueran superiores a la de España, pero las puntuaciones de felicidad para los pacientes con trastorno por consumo de sustancias son similares, probablemente debido a que para estos pacientes existen otras variables que influyen sobre la felicidad.

Los datos en relación con la edad media de los pacientes en programas de deshabituación y el tiempo medio de deshabituación son muy similares. En Noruega, existen más pacientes en tratamiento con buprenorfina al ser el tratamiento de primera elección para los trastornos por consumo de sustancias²¹⁵.

En relación con el consumo, en Noruega se han observado mayores puntuaciones de consumo de todas las sustancias, excepto del alcohol, cuya puntuación de consumo es superior en España. Esto puede deberse al bajo tamaño muestral de España y a la baja representatividad de la muestra, aunque los últimos datos de la OMS también respaldan estas cifras. En 2020 el consumo de alcohol puro en España fue de 9,2 litros per cápita mientras que en Noruega fue de 7,4 litros^{224,225}. La normalización del consumo de alcohol sucede en ambos países. En contextos laborales y comerciales y en muchas reuniones sociales existe una presencia frecuente de alcohol. La cantidad de alcohol que ingiere una persona y su contexto están estrechamente relacionados con el capital social y cultural de las diferentes clases sociales. Los códigos relativos al consumo de alcohol pueden funcionar como mecanismos de inclusión y exclusión en la vida laboral y en los entornos sociales^{11-13,226}.

Los datos encontrados en relación con las sustancias ilegales consumidas en el presente estudio también concuerdan con lo publicado en el informe europeo sobre drogas. Noruega es el país, junto con Austria, que ha notificado un mayor aumento del número de muertes por heroína y/o morfina y anfetaminas observadas en 2020⁹. Estos datos podrían explicar que en nuestro estudio haya una puntuación mayor de consumo de sustancias ilegales en Noruega frente a España.

También hemos observado que el consumo de benzodiazepinas es superior en la muestra de pacientes de Noruega frente a la de España. Esto justificaría por qué se han hallado mayores puntuaciones de distrés en la muestra de Noruega. Los resultados están en consonancia con los datos de ventas totales de hipnosedantes. De 2019 a 2021 Noruega ocupó el tercer puesto en la lista de consumo con o sin prescripción médica de hipnosedantes en Europa²²⁷. Por otro lado, España lidera el ranking mundial de prescripción y venta legal de hipnosedantes en población general. Sería esperable por tanto que, al aumentar el número de sujetos de la muestra de España, el consumo de benzodiazepinas, así como el nivel medio de distrés también fueran mayores²²⁸. En cualquier caso, son necesarios más estudios para corroborar esta hipótesis. Algunos factores que podrían estar relacionados con el consumo creciente de hipnosedantes en Noruega y en España en población general son padecer fatiga crónica, insomnio recurrente, diversas comorbilidades, dolor crónico, pertenecer al sexo femenino o no tener estudios superiores. Especialmente se ha visto un aumento de la compra con y sin receta médica de hipnosedantes en personas con ansiedad y depresión^{229,230}. Otro factor común en ambos países es la soledad no deseada especialmente entre los adultos mayores²³¹.

Asimismo, hemos hallado correlaciones con valores similares entre felicidad, distrés psicológico e intentos de suicidio. Las comorbilidades psiquiátricas, así como las problemáticas sociales, económicas, laborales y de salud podrían ser comunes en ambos grupos de pacientes y tener un impacto similar sobre la felicidad, el consumo y el distrés.

La similitud de los datos encontrados en pacientes con trastornos por consumo de sustancias en estos dos países contrasta con las diferencias en el nivel de felicidad general de Noruega y España. Noruega presenta un mayor índice de desarrollo humano que España, lo cual puede explicar por qué ocupa las primeras posiciones del WHR desde hace años^{166,222,223}. No obstante, se han observado otros indicadores no tan favorables que se contraponen a las puntuaciones de felicidad de Noruega y España. En 2019 en Noruega se registraron 11,8 (IC 95 %: 10,64; 13,11) muertes por suicidio por 100 000 habitantes mientras que en España en ese mismo año se registraron 7,72 (IC 95 %: 6,16; 9,49)^{224,225}. También, de 2019 a 2021 los países que han liderado el consumo legal e ilegal de hipnosedantes han sido en primer lugar Islandia, seguido de Suecia, Noruega y Finlandia²³². Sorprendentemente estos países lideran a su vez también el ranking de felicidad del WHR.

Surge por tanto el debate de si el estudio de la felicidad es relevante. A la vista de los datos encontrados en nuestro estudio, la felicidad podría ser un indicador de bienestar para los pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Por su correlación inversa con el distrés y el consumo también podría ser una variable predictora de la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. Esto es coherente con otros estudios en los que se ha observado que existe una relación entre felicidad y salud^{111,112}. Se ha determinado que

mayores niveles de felicidad mejoran la adherencia al tratamiento y la aceptación de la enfermedad crónica^{111-113,115}.

Por otro lado, los países con mejores posiciones en el WHR también pueden presentar un consumo creciente de sustancias lícitas e ilegales, así como mayores prevalencias de suicidio, dolor y fatiga crónicas o soledad no deseada^{229,231}. Esta controversia puede deberse en primer lugar a la manera en la que se mide la felicidad. La escala que se ha utilizado en este estudio, así como la que se utiliza en el WHR, es una escala del 0 al 10. Esta escala se utiliza por su rapidez, pero quizás puede ser demasiado simple ya que no explora los diferentes determinantes de la felicidad, por tanto, las conclusiones sobre sus valores pueden dar lugar a interpretaciones. Además, de acuerdo con el WHR el indicador de felicidad y sus determinantes están enfocados hacia una perspectiva eudemonista⁹⁶. El hedonismo entendido como el disfrute y la búsqueda del placer no está contemplado por tanto en el análisis de la felicidad del WHR ni de nuestro estudio. Esto puede suponer un sesgo a la hora de entender el concepto de felicidad. El dolor, la fatiga, la soledad, el estrés psicológico o la abstinencia podrían ser elementos comunes que no se abordan desde una perspectiva eudemonista, pero sí desde una perspectiva hedonista al no ser sensaciones placenteras. Esta ausencia de placer podría tener un impacto sobre la felicidad que desde una perspectiva eudemonista no se tiene en cuenta.

A pesar de lo mencionado anteriormente, la felicidad sí parece un buen indicador de las emociones positivas y del bienestar del paciente, así como de los determinantes que más le influyen, especialmente en enfermedades crónicas. En los pacientes con trastornos por consumo de sustancias la felicidad puede ser un medidor de las tendencias del proceso de recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. La felicidad puede reflejar aspectos como el desarrollo personal, lo cual es clave para el cambio de conductas. El seguimiento de la felicidad puede orientar sobre la elección de los tratamientos más adecuados, adaptándolos al paciente. Por último, mayores niveles de felicidad pueden indicarnos no solo la recuperación tras el consumo sino también la recuperación o estabilización de los problemas de salud mental del paciente y del estrés que deriva de los mismos. No obstante, también es fundamental conocer el impacto de otras variables predictoras como el consumo para evitar sobredosis y posibles recaídas.

Es posible que la felicidad deba abordarse junto con otros indicadores para alcanzar una perspectiva holística. Por su carácter complejo y multifactorial, sería interesante validar escalas que midan la felicidad desde una perspectiva eudemonista y hedonista para lograr captar los aspectos más importantes de esta variable, así como realizar investigaciones cualitativas sobre la felicidad de los pacientes para lograr comprender en profundidad su percepción. Por último, dado que los determinantes de la felicidad pueden ser muy variables entre diferentes subgrupos de población, sería necesario validar escalas de

felicidad en poblaciones concretas como los pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

7.5. FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio es de los primeros en describir el nivel de felicidad y sus cambios en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante la deshabitación. Esta población es de difícil acceso, lo cual imposibilita o cuanto menos dificulta la recogida de datos en muchas ocasiones. Otra de las fortalezas del estudio es la amplia muestra de pacientes de Noruega. El hecho de que se haya realizado en tres ciudades (Bergen, Stavanger y Madrid) permitirá en un futuro realizar una comparativa entre los programas de distintos países. Este estudio es el paso preliminar de un estudio multicéntrico europeo.

La principal limitación del estudio es la diferencia entre los tamaños muestrales de ambos países, lo cual no ha permitido realizar una comparación inferencial. Por otro lado, dadas las dificultades de acceso a esta población el muestreo de los pacientes no ha sido aleatorio sino no probabilístico por conveniencia, por lo que el nivel de representatividad puede ser menor. Además, en ambas muestras existe un mayor porcentaje de hombres, lo cual puede condicionar los resultados. Dados los abandonos y la permanencia irregular en estos programas, el inicio de la deshabitación del paciente es confuso, por ello se recogieron los datos tras obtener el consentimiento de los pacientes, independientemente del tiempo que llevarán en el programa de deshabitación. Por tanto, el inicio de la recogida de datos no es un momento crítico. La mayoría de los pacientes podrían haber estado muchos años en deshabitación y sus niveles de felicidad podrían no ser una consecuencia directa del tratamiento. Por otro lado, no se ha recogido información sobre el tipo de programa y la modalidad de este. Tampoco se ha recogido información sobre los tratamientos alternativos que reciben los pacientes de manera individual. El modelo de regresión lineal múltiple «backward» no especifica si existen diferencias en función del tipo de tratamiento, así como tampoco existen datos sobre la adherencia al tratamiento. Otro posible sesgo cuando los pacientes han completado los cuestionarios es el sesgo de regresión a la media. Especialmente en relación con el consumo y al distrés es posible que se haya cometido este sesgo, señalando los valores centrales con más frecuencia. No se han medido los cambios de otras variables como el distrés o el consumo en el tiempo al ya existir estudios sobre ello en esta misma cohorte de pacientes.

En relación con la validez externa, es importante destacar que tanto Noruega como España presentan unos programas de deshabitación en un entorno muy desarrollado. Los pacientes cuentan con varias opciones de tratamiento y con un acompañamiento por parte de un equipo multidisciplinar. Estos recursos hacen que los resultados puedan no ser generalizables a situaciones donde dicho tratamiento no esté disponible, a poblaciones

rurales o de países con menos recursos, donde las condiciones sociales y de salud pueden ser muy diferentes. Por último, el hecho de que la población sea muy específica y predominantemente de sexo masculino hace que los resultados puedan no ser generalizables en mujeres. De cara a futuras investigaciones es necesario realizar investigaciones que incorporen una perspectiva de género y sean llevadas a cabo en otros contextos para identificar necesidades específicas y desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Los trastornos por consumo de sustancias tienen un origen multicausal. Es necesario conocer la realidad de cada paciente para orientar los recursos disponibles y las intervenciones según las características particulares de cada paciente.
- Con la monitorización únicamente de las emociones negativas como el estrés, la valoración del paciente puede estar sesgada. De cara a futuros estudios es necesario ampliar las escalas de valoración de la felicidad, así como validar escalas específicas en esta población tan vulnerable y con determinantes de la felicidad tan distintos de los de la población general. La combinación de diferentes investigaciones, cuantitativas y cualitativas podrían captar las necesidades de los pacientes y las oportunidades de mejora durante la deshabitación.
- Es necesario realizar estudios longitudinales que evalúen la felicidad y su evolución temporal desde una perspectiva de género. El consumo de sustancias y sus consecuencias pueden manifestarse de manera diferente en función del género, debido a diversos factores que influyen en los patrones de uso, el riesgo de dependencia y las respuestas al tratamiento. Realizar estudios incorporando una perspectiva de género permitirá identificar necesidades específicas, desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas, y mejorar la comprensión de cómo las dinámicas de género pueden afectar tanto a la prevención como al manejo de este trastorno.
- Realizar estudios que controlen otras variables como el tipo de tratamiento, la duración de este o el consumo concomitante de otras sustancias podrían aportar información sobre cómo estos factores interactúan y afectan sobre la eficacia de los tratamientos para el trastorno por consumo de sustancias, así como identificar subgrupos de pacientes que puedan responder mejor a ciertos enfoques terapéuticos.
- Las similitudes encontradas en las muestras de ambos países nos llevan a pensar en la utilidad de realizar estudios multicéntricos a nivel europeo en esta población. Es necesario ampliar la investigación a diversas regiones para evaluar la validez y consistencia de los resultados en contextos culturales, sociales y sanitarios distintos. Esto permitiría obtener una visión más completa y representativa de los factores que influyen en el trastorno por consumo de sustancias. Además, un enfoque multicéntrico podría facilitar la identificación de variables comunes y específicas que afectan a la población europea en su conjunto, y contribuir al desarrollo de intervenciones más eficaces.

9. CONCLUSIONES

Tras haber revisado y discutido los resultados de la presente investigación, la exposición del trabajo experimental finaliza señalando las siguientes conclusiones:

- Los pacientes con trastorno por consumo de sustancias incluidos en programas de deshabitación en Noruega y España muestran bajos niveles de felicidad al inicio de las mediciones, pero se ha observado un incremento anual en la muestra de Noruega.
- Las variables predictoras de la felicidad en Noruega son el vivir acompañado, el tratamiento y el consumo de sustancias.
- No existen diferencias en el nivel medio de felicidad en función de las variables sociodemográficas y clínicas. El nivel medio de consumo es superior en pacientes con condiciones de vivienda inestables en ambos países y en pacientes que solo han cursado estudios de educación primaria en la muestra de España. El nivel medio de distrés es superior en pacientes con intentos de suicidio previos en la muestra de Noruega.
- Unos niveles más altos de felicidad están relacionados con un menor grado de distrés psicológico. La relación entre felicidad y suicidio encontrada es significativa pero poco relevante.
- Las variables significativas y relevantes sobre la felicidad de la muestra de España son el tratamiento, la edad y el distrés psicológico. El tratamiento presenta un coeficiente positivo mientras que la edad y el distrés psicológicos presentan coeficientes negativos.
- A pesar de que los niveles de felicidad de la población general son superiores en Noruega frente a España, dichos niveles en pacientes con trastorno por consumo de sustancias de ambos países son similares.

El estudio del nivel de felicidad es un indicador del bienestar para los pacientes con trastornos por consumo de sustancias. La evaluación de la felicidad y sus cambios temporales en consonancia con el seguimiento de otros indicadores, como el distrés psicológico, puede promover un abordaje más individualizado de las necesidades y las prioridades del paciente. Este enfoque es clave para diseñar estrategias y planes de intervención. Aun así, son necesarios más estudios para demostrar esta hipótesis.

10. CONCLUDING REMARKS

Following a review and discussion of the findings of the present study, the following conclusions can be drawn from the experimental work presented:

- Patients with substance use disorders who were included in detoxification programmes in Norway and Spain exhibited low happiness at baseline. However, a yearly increase was observed in the Norwegian sample.
- No differences in mean happiness levels were observed according to socio-demographic and clinical variables. Patients with unstable housing conditions exhibited higher mean consumption levels in both countries, while patients with only primary education exhibited higher mean consumption levels in the Spanish sample. Patients with previous suicide attempts exhibited higher mean distress levels in the Norwegian sample.
- Higher levels of happiness are associated with lower levels of psychological distress. However, the relationship between happiness and suicide is not statistically significant.
- In Norway, the following factors were identified as predictors of happiness: living in company, treatment, and substance use.
- In the Spanish sample, the significant predictors of happiness are treatment, age and psychological distress. The coefficient for treatment is positive, while the coefficients for age and psychological distress are negative.
- Although the general population in Norway exhibits higher levels of happiness than those in Spain, the levels of happiness observed in patients with substance use disorders in both countries are similar.

The study of happiness levels is an indicator of well-being for patients with substance use disorders. The assessment of happiness and its changes over time, in conjunction with the monitoring of other indicators, such as psychological distress, can facilitate a more individualised approach to the patient's needs and priorities. This approach is fundamental to the design of strategies and intervention plans. However, further studies are required to substantiate this hypothesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Abuso de sustancias [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2017 [Revisado 7 de enero de 2024; citado 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
2. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [actualizado en enero de 2024; citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#160266946>
3. American Psychiatric Association. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 481-590.
4. Romaní O. Adicciones, drogodependencias y «problema de la droga» en España: la construcción de un problema social. Cuicuilco. Rev. cienc. antropol. [Internet]. 2010 [citado 15 de febrero de 2024];17(49):83–101. Disponible en: <https://tinyurl.com/279hmpkg>
5. Drug Policy Network South East Europe. Glosario de términos usados en política de drogas [Internet]. Serbia: Drug Policy Network South East Europe; 2018 [citado 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/22m66mk6>
6. American Psychiatric Association. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : texto revisado (DSM-5-TR). 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2023.p. 543–546.
7. Plan Nacional sobre Drogas. Información sobre drogas y otras conductas adictivas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [actualizado 3 de febrero de 2023, consultado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm>
8. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Overview: Drug Demand. Vol. 2, World Drug Report 2 [Internet]. Global Overview, Drug Demand Drug Supply: UNODC Research; 2022 [citado 15 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_2.pdf
9. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results [Internet]. Seattle, United States: Institute for Health

- Metrics and Evaluation (IHME); 20218 [citado 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/illicit-drug-use#citation>
10. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2022 [citado 15 de febrero de 2024]. doi:10,2810/307211
 11. Observatorio Español de las Drogas y las adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 10 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y4e9cqr>
 12. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas «Secundarias en España» (ESTUDES), 1994-2021. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/25yp9w2a>
 13. Observatorio Español de las Drogas las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2022 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad ; 2023 [citado 3 de febrero de 2024]. 133-23-081-9. Disponible en: <https://tinyurl.com/22owr38k>
 14. Statistics Norway. Data collection and surveys [Internet]. Oslo; 2023 [actualizado el 20 de junio de 2023; citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ssb.no/en/innrapportering>
 15. Bramness JG. Rusmiddellidelser i Norge [Internet]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [Actualizado el 15 de junio de 2022; citado 31 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/24u3ewxy>
 16. Norwegian Institute for Public Health. Indicators for Non-Communicable Diseases (NCD) [Internet]. Oslo: NIPH; 2014 [Actualizado 2 de enero 2024; citado 31 diciembre 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2bml7fcs>
 17. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction* [Internet]. 2017 [citado 20 de diciembre de 2023]; 112(6):968-1001. doi: 10.1111/add.13757
 18. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of

- Disease Study 2015. *Lancet* [Internet]. 2016 [citado 20 de diciembre de 2023]; 388(10053):1659-1724. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8
19. GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 21 de diciembre de 2023]; 5(12):987-1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7
 20. Fernández JJ, Fontoba J, Díaz S, Pascual FF. Encuesta nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental [Internet]. Valencia: Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías; 2020 [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/24p33lgc>
 21. Santos-de A, Saura-Garre P, López-Soler C. Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anal. Psicol* [Internet]. 2020 [citado 21 de diciembre de 2023]; 36 (3): 443-450. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.3.399291>
 22. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, Page A, Carnahan E, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One* [Internet]; 2014 [citado 21 de diciembre de 2023];9(4):e91936. doi: 10.1371/journal.pone.0091936
 23. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Vittal Katikireddi S, Hayward AC. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 2 de enero de 2024]; ;391(10117):241-250. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X
 24. Cabrera GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Publ en la Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2000 [citado 3 de enero de 2024]; 18(2):129-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>
 25. Madoz-Gúrpide A, Ochoa E. Manejo del consumo de cannabis en población joven en Atención Primaria [Managing the use of cannabis in a young population in primary care]. *Aten Primaria* [Internet]. 2011[citado 3 de enero de 2024]; 43(6):319-24. doi: 10.1016/j.aprim.2010.10.002

26. Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clin Psychol* [Internet]. 2011 [citado 24 de mayo de 2024]; 67(2):143-54. doi: 10.1002/jclp.20758
27. Miller W.R., Rollnick S. *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. 10ª ed. Madrid: Ediciones Paidós; 2003.
28. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* [Internet]. 1977 [citado 3 de enero de 2024];84(2):191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191
29. Lupano ML, Castro A. *Psicología positiva: análisis de su surgimiento*. *Cienc. Psicol* [Internet]. 2010 [citado 11 de enero de 2024]; 4 (1): 43-56. Disponible en: <https://tinyurl.com/25qalpaj>
30. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene* [Internet]. 2016 [citado 11 de enero de 2024]; 10 (2). Disponible en: <https://tinyurl.com/2zifgyva>
31. Godoy JF. *Psicología de la Salud: delimitación conceptual*. En: Simón MA. *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. P.39-45
32. Seligman MEP. *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. 2ª ed. New York: Free Press; 2002.
33. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* [Internet]. 2000 [citado 11 de enero de 2024]; 55(1):5-14. doi:10.1037//0003-066x.55.1.5
34. Sheldon KM, King L. Why positive psychology is necessary. *Am Psychol* [Internet]. 2001 [citado 12 de enero de 2024]; 56(3):216-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
35. Hervás G. *Psicología positiva: una introducción* Positive psychology: an introduction. *Rev Interuniv Form del Profr* [Internet]. 2009 [citado 11 de enero de 2024]; 23 (3): 23-41. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066003>
36. Vázquez C, Hervás G, Ho SMY. *Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones*. *Psicol Conductual* [Internet]. 2006 [citado 12 de enero de 2024]; 14(3):401-32. Disponible en: <https://tinyurl.com/24dtvp77>
37. Seligman M. *Flourish: Positive Psychology and Positive Interventions*. En: Matheson M. *The Tanner Lectures on human values*. Vol. 31. Michigan; 2010. 229-243.

38. Peterson C, Seligman M. Character strengths and virtues: A handbook and Classification. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
39. Martin MW. Happiness and Virtue in Positive Psychology. *J Theory Soc Behav* [Internet]. 2007 [citado 13 de enero de 2024]; 37(1):89–103. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-5914.2007.00322.x>
40. Simonton DK, Baumeister RF. Positive psychology at the summit. *Rev Gen Psychol* [Internet]. 2005 [citado 12 de enero de 2024]; 9(2):99–102. Disponible en: <https://tinyurl.com/268khgkt>
41. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol* [Internet]. 2009 [citado 12 de enero de 2024]; 65(5): 467–87. doi: 10.1002/jclp.20593
42. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* [Internet] 2001 [citado 12 de enero de 2024]; 56(3):218–26. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.218
43. Contreras F, Esguerra G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Divers Perspect en Psicol* [Internet]. 2006 [citado 13 de enero de 2024]; 2(2):311-319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920210>
44. Krittanawong C, Maitra NS, Hassan Virk HU, Fogg S, Wang Z, Kaplin S, et al. Association of Optimism with Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Med* [Internet]. 2022 [citado 13 de enero de 2024]; 135(7):856-863.e2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.12.023>
45. Rozanski A, Bavishi C, Kubzansky LD, Cohen R. Association of Optimism with Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2019 [citado 14 de enero de 2024]; 2(9):e1912200. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.12200
46. Jackson JL, Cheavens JS. Bridging positive psychology and cardiovascular health: a call for manuscripts. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2023 [citado 15 de enero de 2024]; 22(7):E51–2. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad015>
47. Charlson ME, Boutin-Foster C, Mancuso CA, Peterson JC, Ogedegbe G, Briggs WM, et al. Randomized controlled trials of positive affect and self-affirmation to facilitate healthy behaviors in patients with cardiopulmonary diseases: Rationale, trial design, and methods. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2007 [citado 15 de enero de 2024]; 28(6):748–62. doi: 10.1016/j.cct.2007.03.002

48. Charlson ME, Wells MT, Peterson JC, Boutin-Foster C, Ogedegbe GO, Mancuso CA, et al. Mediators and moderators of behavior change in patients with chronic cardiopulmonary disease: The impact of positive affect and self-affirmation. *Transl Behav Med [Internet]*. 2014 [citado 16 de enero de 2024]; 4(1):7-17. doi: 10.1007/s13142-013-0241-0
49. Látos M, Lázár G, Ondrik Z, Szederkényi E, Hódi Z, Horváth Z, et al. Positive Psychology Intervention to Improve Recovery after Renal Transplantation: A Randomized Controlled Trial. *J Contemp Psychother [Internet]*. 2022 [citado 16 de enero de 2024]; 52(1):35-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09515-6>
50. Hendriks T, Schotanus-Dijkstra M, Hassankhan A, de Jong J, Bohlmeijer E. The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Happiness Stud [Internet]*. 2020 [citado 16 de enero de 2024]; 21(8): 357-390. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
51. Lim WL, Tierney S. The Effectiveness of Positive Psychology Interventions for Promoting Well-being of Adults Experiencing Depression Compared to Other Active Psychological Treatments: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Happiness Stud [Internet]*. 2023 [citado 18 de enero de 2024]; 24(1):249-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00598-z>
52. Siegmann P, Teismann T, Fritsch N, Forkmann T, Glaesmer H, Zhang XC, et al. Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis. *Clin Psychol Psychother [Internet]*. 2018 [citado 20 de enero de 2024]; 25(1):e1-9. doi: 10.1002/cpp.2118
53. Teismann T, Forkmann T, Glaesmer H, Egeri L, Margraf J. Remission of suicidal thoughts: Findings from a longitudinal epidemiological study. *J Affect Disord [Internet]*. 2016 [citado 20 de enero de 2024]; 190:723-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.066>
54. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In: Lopez SJ, Snyder CR. *Oxford handbook of positive psychology*. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 187-94.
55. Kahneman D, Diener E, Schwarz N. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999.

56. Lopez SJ, Snyder CR. *The Oxford Handbook of Positive Psychology* [Internet]. Oxford University Press; 2009 [citado 20 de enero de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.001.000>
57. Real Academia de la Lengua Española (RAE). *Diccionario de la lengua española*, 23^a ed. [Internet]. *Diccionario de la lengua española: Real Academia de la Lengua Española*; 2023 [citado 30 de enero de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/felicidad>
58. Klausen SH. Happiness, Dispositions and the Self. *J Happiness Stud* [Internet]. 2015 [citado 22 de enero de 2024]; 17(3): 995-1013. Doi: 10.1007/s10902-015-9628-6
59. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The Benefits of Frequent Positive Affect : Does Happiness Lead to Success? *Psychol Bull* [Internet]. 2005 [citado 23 de enero de 2024]; 131(6):803–55. Doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803
60. Giuntoli L, Vidotto G. Exploring Diener’s Multidimensional Conceptualization of Well-Being Through Network Psychometrics. *Psychol Rep* [Internet]. 2021 [citado 24 de enero de 2024]; 124(2):896–919. Doi: 10.1177/0033294120916864
61. Annas J. *The morality of happiness*. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
62. Tiberius V, Hall A. Normative theory and psychological research: Hedonism, eudaimonism, and why it matters. *J Posit Psychol* [Internet]. 2010 [citado 23 de enero de 2024]; 5(3):212–25. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1080/17439761003790971>
63. Huta V, Waterman AS. Eudaimonia and its distinction from hedonia: developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *J Happiness Stud* [Internet]. 2014 [citado 25 de enero de 2024]; 15(6):1425–56. Doi: 10.1007/s10902-013-9485-0
64. Haybron DM. Being Happy or Unhappy. *Philos Phenomenol Res* [Internet]. 2005 [citado 25 de enero de 2024]; 71(2):287–317. Doi: 10.1111/j.1933-1592.2005.tb00450.x
65. Huta V, Ryan RM. Pursuing Pleasure or Virtue: The Differential and Overlapping Well-Being Benefits of Hedonic and Eudaimonic Motives. *J Happiness Stud* [Internet]. 2010 [citado 23 de enero de 2024]; 11(6):735–62. Doi: 10.1007/s10902-009-9171-4

66. Mauri M. Tesis básicas sobre la felicidad y la libertad [Tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona [Internet]; 2016 [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/296j9lum>
67. Ryff CD, Singer B. The Contours of Positive Human Health. *Psychol Inq* [Internet]. 1998 [citado 23 de enero de 2024]; 9(1):43–8. Doi: 10.1207/s15327965pli0901_1
68. Kahneman D. Objective happiness. En: Kahneman D, Diener E, Schwarz N. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Nueva York: Russell Sage Foundation; 1999. p. 3–25.
69. Fenouillet F. Les conceptions hédoniques de la motivation. *Prat Psychol* [Internet]. 2012 [citado 25 de enero de 2024]; 18(2):121–31. Disponible en: [doi:10.1016/j.prps.2012.02.003](https://doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.003)
70. Csikszentmihalyi M. *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row New York; 1990.
71. Fernández Marín MP, Martín L, Pérez MA, González H. Flujo psicológico: estudio comparativo entre dos escalas de medida. *EduPsykhé Rev Psicol y Educ* [Internet]. 2011 [citado 30 de enero de 2024];10(1):75–96.
72. Csikszentmihalyi M. *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1975.
73. Moreno JA, Cervelló E. The achievement goal and self-determination theories as predictors of dispositional flow in young athletes. *An Psicol* [Internet]. 2010 [citado 30 de enero de 2024]; 26: 390–9. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/109391/104021>
74. Csikszentmihalyi M, Hunter J. Happiness in Everyday Life: The Uses of Experience Sampling. *J Happiness Stud* [Internet]. 2003 [citado 30 de enero de 2024]; 4(2):185–99. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1024409732742>
75. Veenhoven R. Hedonism and happiness. *J Happiness Stud* [Internet]. 2003 [citado 31 de enero de 2024];4(4):437–57. Doi: 10.1023/B:JOHS.0000005719.56211.fd
76. Sheldon KM, Corcoran M, Prentice M. Pursuing eudaimonic functioning versus pursuing hedonic well-being: The first goal succeeds in its aim, whereas the second does not. *J Happiness Stud An Interdiscip Forum Subj Well-Being* [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2024];20(3):919–33. Disponible en: [doi: 10.1007/s10902-018-9980-4](https://doi.org/10.1007/s10902-018-9980-4)

77. Sheldon KM. The self-concordance model of healthy goal striving: When personal goals correctly represent the person. En: Deci EL, Ryan RM. Handbook of self-determination research. Nueva York: University of Rochester Press; 2002. p. 65–86.
78. Waterman AS, Schwartz SJ, Zamboanga BL, Ravert RD, Williams K, Agocha VB, et al. The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity Alan. J Posit Psychol [Internet]. 2021[citado 2 de febrero de 2024];5(1):41–61. Doi:10.1080/17439760903435208
79. Waterman AS. The relevance of Aristotle's conception of eudaimonia for the psychological study of happiness. Theor Philos Psychol [Internet]. 1990 [citado 2 de febrero de 2024];10(1):39–44.
80. Huta V. Eudaimonic and Hedonic Orientations: Theoretical Considerations and Research Findings. En: Vittersø J. Handbook of Eudaimonic Well-Being [Internet]. Tromsø: Springer International Publishing; 2016 [citado 2 de febrero de 2024]. p. 215–31. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_15
81. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol [Internet]. 1989 [citado 2 de febrero de 2024];57(6):1069–81. Doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
82. Ryff CD, Singer BH, Love GD. Positive health: Connecting well-being with biology. Philos Trans R Soc B Biol Sci [Internet]. 2004 [citado 3 de febrero de 2024]; 359(1449):1383–94. Doi:10.1098/rstb.2004.1521
83. Waterman AS. Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. J Posit Psychol [Internet]. 2009 [citado 3 de febrero de 2024]; 3(4):234–52. Doi:10.1098/rstb.2004.1521
84. Galanakis M, Kyriazos T, Stalikas A, Tsoli S. The recipe for Happiness: A critical review - introduction to a new theoretical model and a new psychometric tool for the measurement of Eudemonia. Psychol J Hell Psychol Soc [Internet]. 2020 [citado 3 de febrero de 2024]; 25(1):190–206. Doi: 10.12681/psy_hps.25373
85. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annu Rev Psychol [Internet]. 2001[citado 3 de febrero de 2024]; 52:141–66. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
86. Ortner CNM, Corno D, Fung TY, Rapinda K. The roles of hedonic and eudaimonic motives in emotion regulation. Pers Individ Dif [Internet]. 2018 [citado 3 de febrero de 2024];120:209–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.006>

87. Kashdan TB, Biswas-Diener R, King LA. Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *J Posit Psychol* [Internet]. 2008 [citado 4 de febrero de 2024];3(4):219–33. Doi: 10.1080/17439760802303044
88. Ryan RM, Huta V, Deci EL. Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *J Happiness Stud An Interdiscip Forum Subj Well-Being* [Internet]. 2008 [citado 4 de febrero de 2024];9(1):139–70. Doi: 10.1007/s10902-006-9023-4
89. Vittersø J. Subjective well-being versus self-actualization: Using the flow-simplex to promote a conceptual, clarification of subjective quality of life. *Soc Indic Res* [Internet]. 2004 [citado 5 de febrero de 2024]; 65(3):299–331. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/B:SOCI.00000003910.26194.ef>
90. Peterson C, Park N, Seligman MEP. Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *J Happiness Stud An Interdiscip Forum Subj Well-Being* [Internet]. 2005 [citado 5 de febrero de 2024]; 6(1):25–41. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>
91. Ortner CNM, Corno D, Fung TY, Rapinda K. The roles of hedonic and eudaimonic motives in emotion regulation. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2018 [citado 6 de febrero de 2024]; 120:209–12. Disponible en: <https://tinyurl.com/2xmjr5et>
92. Tandler N, Krauss A, Proyer RT. Authentic Happiness at Work: Self- and Peer-Rated Orientations to Happiness, Work Satisfaction, and Stress Coping. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [citado el 5 de febrero de 2024];11:1931. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01931
93. Zeng Z, Chen H. Distinct Associations of Hedonic and Eudaimonic Motives with Well-Being: Mediating Role of Self-Control. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 6 de febrero de 2024];17(15) 5547. Doi: 10.3390/ijerph17155547
94. Rizzato M, Di Dio C, Miraglia L, Sam C, D’Anzi S, Antonelli M, et al. Are You Happy? A Validation Study of a Tool Measuring Happiness. *Behav Sci* [Internet]. 2022 [citado 6 de febrero de 2024];12(8): 295. Doi: 10.3390/bs12080295
95. Abachizadeh K. Measuring Subjective Happiness by Newly Developed Scale in Tehran, Iran. *Nov Biomed* [Internet]. 2015 [citado 6 de febrero de 2024]; 3(4):207–213. Disponible en: <https://doi.org/10.22037/nbm.v3i4.9167>
96. Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve JE, Aknin LB, Wang S. World Happiness Report. [Internet]. Oxford:Wellbeing Research Centre; 2024 [citado 17 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yubp4jmq>

97. Subramanian S V, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self-rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2005 [citado 7 de febrero de 2024]; 59(8):664–9. Doi: 10.1136/jech.2004.025742
98. Singh S, Kshtriya S, Valk R. Health, Hope, and Harmony: A Systematic Review of the Determinants of Happiness across Cultures and Countries. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [citado 7 de febrero de 2024]; 20(4). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043306>
99. Akgun AI, Türkoğlu SP, Erikli S. Investigating the determinants of happiness index in EU-27 countries: a quantile regression approach. *Int J Sociol Soc Policy* [Internet]. 2021 [citado 6 de febrero de 2024]; 43(1-2):156–77. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-454728/v1>
100. Osawa I, Goto T, Tabuchi T, Koga HK, Tsugawa Y. Machine-learning approaches to identify determining factors of happiness during the COVID-19 pandemic: retrospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [citado 15 de febrero de 2024]; 12: e054862. Doi:10.1136/bmjopen-2021-054862
101. Gim THT. Comparing Happiness Determinants for Urban Residents: A Partial Least Squares Regression Model. *Int Rev Spat Plan Sustain Dev* [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2024]; 9(2):24–40. Doi: 10.14246/irspsd.9.2_24
102. Milovanska-Farrington S, Farrington S. Happiness, domains of life satisfaction, perceptions, and valuation differences across genders. *Acta Psychol (Amst)* [Internet]. 2022 [citado 15 de febrero de 2024]; 230: 103720. Doi: 10.1016/j.actpsy.2022.103720
103. Rizzato M, Antonelli M, Sam C, Di Dio C, Lazzeroni D, Donelli D. Happiness and Socio-Demographic Factors in an Italian Sample: A Propensity-Matched Study. *Healthc (Basel, Switzerland)* [Internet]. 2023 [citado 15 de febrero de 2024]; 11(11):1557. Doi:10.3390/healthcare11111557
104. Jaswal V, Kishore K, Muniraju M, Jaswal N, Kapoor R. Understanding the determinants of happiness through Gallup World Poll. *J Fam Med Prim care* [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2024]; 9(9): 4826–32. Doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_156_20
105. Ye D, Ng Y-K, Lian Y. Culture and Happiness. *Soc Indic Res* [Internet]. 2015 [citado 15 de febrero de 2024]; 123(2):519–47. Doi: 10.1007/s11205-014-0747-y

106. Bukodi E, Goldthorpe JH. Social Inequality and Social Mobility: Is there an Inverse Relation? *Soc Inequal Soc Mobil* [Internet]. 2018 [citado 16 de febrero de 2024]; (October):[Aprox. 38p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.31235/osf.io/jkqne>
107. Landersø R, Heckman JJ. The Scandinavian Fantasy: The Sources of Intergenerational Mobility in Denmark and the US. *Scand J Econ* [Internet]. 2017 [citado 16 de febrero de 2024]; 119(1):178–230. Doi: 10.1111/sjoe.12219
108. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* [Internet]. 2006 [citado 17 de febrero de 2024]; 21(1):140–51. Doi: 10.1037/0882-7974.21.1.140
109. Waller S, Reupert A, Ward B, McCormick F, Kidd S. Family-focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 [citado 16 de febrero de 2024]; 28(1):247–55. Doi: 10.1111/inm.12528
110. Park SQ, Kahnt T, Dogan A, Strang S, Fehr E, Tobler PN. A neural link between generosity and happiness. *Nat Commun* [Internet]. 2017 [citado 17 de febrero de 2024]; 8:15964. Doi: 10.1038/ncomms15964
111. Graham C. Happiness and health: lessons—and questions—for public policy. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2008 [citado 17 de febrero de 2024]; 27(1):72–87. doi: 10.1377/hlthaff.27.1.72.
112. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Appl Psychol Health Well Being* [Internet]. 2011 [citado 17 de febrero de 2024]; 3(1):1–43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
113. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* [Internet]. 2008 [citado 17 de febrero de 2024]; 70(7):741–56. Doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba
114. Diener E, Pressman SD, Hunter J, Delgado-Chase D. If, why, and when subjective well-being. *Appl Psychol Health Well Being* [Internet]. 2017 [citado 17 de febrero de 2024]; 9(2):133–67. Doi: 10.1111/aphw.12090
115. Lacruz ME, Emeny RT, Baumert J, Ladwig KH. Prospective association between self-reported life satisfaction and mortality: Results from the MONICA/KORA Augsburg S3 survey cohort study. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [citado 17 de febrero de 2024]; 11(1):579. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-579>

116. Steptoe A, Wardle J. Enjoying life and living longer. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012 [citado 17 de febrero de 2024]; 172(3):273-5. Doi: 10.1001/archinternmed.2011.1028
117. Spinhoven P, Elzinga BM, Penninx BWJH, Giltay EJ. Temporal relationships between happiness and psychiatric disorders and their symptom severity in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 17 de febrero de 2024]; 21(1). Doi: 10.1186/s12888-021-03346-4
118. Pressman SD, Jenkins BN, Moskowitz JT. Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2019 [citado 17 de febrero de 2024]; 70:627-50. Doi: 10.1146/annurev-psych-010418-102955
119. Schuster B, Peifer C, Ziehfrend S, Tizek L, Biedermann T, Zink A et al. Happiness and depression in psoriasis: a cross-sectional study in Germany. *Qual Life Res* [Internet]. 2022 [citado 17 de febrero de 2024]; 31(6):1761-73. Doi: 10.1007/s11136-021-02991-2
120. Mohaghegh F, Moghaddasi M, Eslami M, Dadfar M, Lester D. Disability and its association with psychological factors in multiple sclerosis patients. *Mult Scler Relat Disord* [Internet]. 2021 [citado 17 de febrero de 2024]; 49:102733. Doi: 10.1016/j.msard.2020.102733
121. See KF, Yen SH. Does happiness matter to health system efficiency? A performance analysis. *Health Econ Rev* [Internet]. 2018 [citado 17 de febrero de 2024]; 8(1):33. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0214-6>
122. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL et al. Global patterns of opioid use and dependence: Population harms, interventions, and future action. *Lancet* [Internet]. 2019 [citado 17 de febrero de 2024]; 394(10208):1560-79. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)32229-9
123. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull* [Internet]. 2012 Jul [citado 17 de febrero de 2024]; 138(4):655-91. Doi: 10.1037/a0027448
124. Al Balushi M, Al Balushi S, Javaid S, Leinberger-Jabari A, Al-Maskari F, Al-Houqani M, et al. Association between depression, happiness, and sleep duration: data from the UAE healthy future pilot study. *BMC Psychol* [Internet]. 2022 [citado 17 de febrero de 2024]; 10(1):235. Doi: 10.1186/s40359-022-00940-3

125. Shen L, van Schie J, Ditchburn G, Brook L, Bei B. Positive and Negative Emotions: Differential Associations with Sleep Duration and Quality in Adolescents. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2018 [citado 17 de febrero de 2024]; 47(12):2584–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-018-0899-1>
126. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ, Swain NR, Chapple S, Poulton R. Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychol Med* [Internet]. 2015 [citado 17 de febrero de 2024]; 45(11):2427–36. Doi: 10.1017/S0033291715000422
127. Crego A, Yela JR, Gómez-Martínez MÁ, Riesco-Matías P, Petisco-Rodríguez C. Relationships between mindfulness, purpose in life, happiness, anxiety, and depression: Testing a mediation model in a sample of women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 17 de febrero de 2024]; 18(3):925. Doi: 10.3390/ijerph18030925
128. Hou B, Ji L, Chen Z, An L, Zhang N, Ren D, et al. Role of rs454214 in Personality mediated Depression and Subjective Well-being. *Sci Rep* [Internet]. 2020 Mar [citado 17 de febrero de 2024]; 10(1):5702. Doi: 10.1038/s41598-020-62486-x
129. Mazzucchelli TG, Kane RT, Rees CS. Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *J Posit Psychol* [Internet]. 2010 Mar [citado 17 de febrero de 2024]; 5(2):105–21. Doi: 10.1080/17439760903569154
130. Agid O, McDonald K, Siu C, Tsoutsoulas C, Wass C, Zipursky RB, et al. Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 2012 [citado 17 de febrero de 2024]; 141(1):98–103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.012>
131. Eglit GML, Palmer BW, Martin AS, Tu X, Jeste D V. Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 17 de febrero de 2024]; 13(3): e0194021. Doi: 10.1371/journal.pone.0194021
132. Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste D V. Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 2014 [citado 17 de febrero de 2024]; 159(1):151–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>
133. Saperia S, Da Silva S, Siddiqui I, McDonald K, Agid O, Remington G, et al. Investigating the predictors of happiness, life satisfaction and success in schizophrenia. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 18 de febrero de 2024]; 81:42–7. Doi: 10.1016/j.comppsy.2017.11.005

134. Russell L, Moss D. High and happy? Exploring the experience of positive states of mind in people who have been given a diagnosis of bipolar disorder. *Psychol Psychother*. 2013 [citado 17 de febrero de 2024]; 86(4):431-46. Doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02064.x
135. Bahji A, Cheng B, Gray S, Stuart H. Reduction in mortality risk with opioid agonist therapy: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2019 [citado 18 de febrero de 2024]; 140(4):313-39. Doi: 10.1111/ACPS.13088
136. Moazen-Zadeh E, Ziafat K, Yazdani K, Kamel MM, Wong JSH, Modabbernia A et al. Impact of opioid agonist treatment on mental health in patients with opioid use disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2021 [citado 18 de febrero de 2024]; 47(3):280-304. Doi: 10.1080/00952990.2021.1887202
137. Han B, Compton WM, Blanco C, Colpe LJ. Prevalence, treatment and unmet treatment needs of US adults with mental health and substance use disorders. *Health Aff Proj Hope* [Internet]. 2017 [citado 20 de febrero de 2024]; 36(10):1739-47. Doi: 10.1377/hlthaff.2017.0584
138. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10(th) edition. Vol. 51, *Indian Journal of Psychiatry*. 2009; 51(4): 331.
139. Bukstein OG. Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 2000 [citado 20 de febrero de 2024]; 32(1):67-79. Doi: 10.1080/02791072.2000.10400213
140. Jalali A, Behrouzi KM, Salari N, Bazrafshan M-R, Rahmati M. The Effectiveness of Group Spiritual Intervention on Self-esteem and Happiness Among Men Undergoing Methadone Maintenance Treatment [Internet]. Vol. 11, *Current Drug Research Reviews*. 2019 [citado 20 de febrero de 2024]; 11 (1): 67-72. Doi: 10.2174/1874473711666180510164420
141. Bergsma A, ten Have M, Veenhoven R, de Graaf R. Most people with mental disorders are happy: A 3-year follow-up in the Dutch general population. *J Posit Psychol* [Internet]. 2011 [citado 20 de febrero de 2024]; 6(4):253-259. Doi: 10.1080/17439760.2011.577086
142. Eddie D, Bergman BG, Hoffman LA, Kelly JF. Abstinence versus moderation recovery pathways following resolution of a substance use problem: Prevalence, predictors, and relationship to psychosocial well-being in a U.S. national sample. *Alcohol Clin Exp*

- Res [Internet]. 2022 [citado 11 de noviembre de 2024]; ;46(2):312-325. Doi: 10.1111/acer.14765
143. Kelly JF, Greene MC, Bergman BG, White WL, Hoepfner BB. How Many Recovery Attempts Does it Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Problem? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2019 [citado 20 de febrero de 2024]; 43(7):1533-44. Doi: 10.1111/acer.14067
144. Schick MR, Spillane NS, Breines JG, Kahler CW. Positive Psychological Characteristics and Substance Use in First Nation Adolescents. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2022 [citado 20 de febrero de 2024]; 57(8):1196-1206. Doi: 10.1080/10826084.2022.2069266
145. Schotanus-Dijkstra M, Ten Have M, Lamers SMA, de Graaf R, Bohlmeijer ET. The longitudinal relationship between flourishing mental health and incident mood, anxiety and substance use disorders. *Eur J Public Health* [Internet]. 2017 [citado 11 de noviembre de 2024]; 27(3):563-568. Doi: 10.1093/eurpub/ckw202
146. Veenhoven R. Chapter 2, Measures of happiness: Which to Choose? En: Brulé G and F. Maggino (eds). *Metrics of Subjective Well-Being: Limits and Improvements* [Internet]. Springer Cham; 2017 [citado 20 de febrero de 2024]; p 65-84.
147. Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2010 [citado 21 de febrero de 2024]; 112(3):209-15. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.009
148. Degenhardt L, Clark B, Macpherson G, Leppan O, Nielsen S, Zahra E, Larance B, Kimber J, Martino-Burke D, Hickman M, Farrell M. Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado 21 de febrero de 2024]; 10(6):386-402. Doi: 10.1016/S2215-0366(23)00095-0
149. Nakagawa S, Cuthill IC. Effect size, confidence interval and statistical significance: a practical guide for biologists [Internet]. *Biol Rev Camb Philos Soc*. 2007 [citado 10 de noviembre de 2024]; 82(4):591-605. Doi: 10.1111/j.1469-185X.2007.00027.x.
150. Fritz CO, Morris PE, Richler JJ. Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *J Exp Psychol Gen* [Internet]. 2012 [citado 10 de noviembre de 2024]; 141(1):2-18. Doi: 10.1037/a0024338

151. Fadnes LT, Aas CF, Vold JH, Leiva RA, Ohldieck C, Chalabianloo F, et al. Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV). *BMC Infectious Diseases* [Internet]. 2019 [citado 21 de febrero de 2024]; 18(6):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4598-7>
152. Fadnes LT, Aas CF, Vold JH, Leiva RA, Ohldieck C, Chalabianloo F et al; INTRO-HCV Study Group. Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV). *PLoS Med* [Internet]. 2021 [citado 22 de febrero de 2024]; 18(6): e1003653. Doi: 10.1371/journal.pmed.1003653
153. Veenhoven R. World Database of Happiness. Continuous Register of Research on Subjective Appreciation of Life. En: Glatzer W, VonBelow S, Stoffregen M. (eds.). *Challenges for quality of life in the contemporary world: Advances in quality-of-life studies, theory and research*. Rotterdam: Kluwer Academic Publishers; 2004. [Aprox 18p.].
154. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. Ginebra: WHO; 2022 [revisado 20 de mayo de 2024; consultado 9 de julio de 2024] Disponible en: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
155. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD: Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1954 [citado 23 de febrero de 2024]; 111(5):343-352. Doi: 10.1176/ajp.111.5.343
156. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* [Internet]. 1973 [citado 23 de febrero de 2024]; 9(1):13-28.
157. Hesbacher PT, Rickels K, Morris RJ, Newman H, Rosenfeld H: Psychiatric illness in family practice. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1980 [citado 24 de febrero de 2024]; 41(1):6-10.
158. Schmalbach B, Zenger M, Tibubos AN, Kliem S, Petrowski K, Brähler E. Psychometric Properties of Two Brief Versions of the Hopkins Symptom Checklist: HSCL-5 and HSCL-10. *Assessment* [Internet]. 2019 [citado 23 de febrero de 2024]; 28(2):617-631. Doi: 10.1177/1073191119860910
159. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10,

- SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J psychiatry* [Internet]. 2003 [citado 24 de febrero de 2024]; 57(2):113-118. Doi: 10.1080/08039480310000932
160. Kleppang AL, Hagquist C. The psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10: a Rasch analysis based on adolescent data from Norway. *Fam Pract* [Internet]. 2016 [citado 24 de febrero de 2024]; 33(6):740-745. Doi: 10.1093/FAMPRA/CMW091
161. Tambs K, Røysamb E: Selection of questions to short-form versions of original psychometric instruments in MoBa. *Norsk Epidemiologi* [Internet]. 2014 [citado 24 de febrero de 2024]; 24(1-2). Disponible en: <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1822>
162. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Gatineau F, le Floch B, Montier T. The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care. *PLoS One* [Internet]. 2019 [citado 24 de febrero de 2024]; 14(4):e0214804. Doi: 10.1371/journal.pone.0214804
163. Veijola J, Jokelainen J, Läksy K, Kantojärvi L, Kokkonen P, Järvelin MR. The Hopkins Symptom Checklist-25 in screening DSM-III-R axis-I disorders. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2003 [citado 25 de febrero de 2024]; 57:119-123. Doi: 10.1080/08039480310000941
164. Glaesmer H., Braehler E., Grande G., Hinz A., Petermann F., Romppel M. The German Version of the Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25) –Factorial structure, psychometric properties, and population-based norms. *Compr Psychiatry*. [Internet]. 2014 [citado 25 de febrero de 2024]; 55(2):396-403. Doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.020
165. Vold JH, Løberg E-M, Aas CF, Steier JA, Johansson KA, Fadnes LT. Prevalence and correlates of suicide attempts in high-risk populations: a cross-sectional study among patients receiving opioid agonist therapy in Norway. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 7 Julio de 2024]; 22(1):181. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03829-y>
166. Oficina de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano (Human development report) [Internet]. Nueva York: United Nations Development Programme; 2024 [citado 7 de julio de 2024]. E.24.III.B.2. Disponible en: <https://tinyurl.com/28jwvd4t>
167. Castaldelli-Maia JM, Bhugra D. Analysis of global prevalence of mental and substance use disorders within countries: focus on sociodemographic characteristics and income

- levels. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 7 de julio de 2024]; 34(1):6–15. Doi: 10.1080/09540261.2022.2040450
168. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 11 de julio de 2024]; 391(10117):241–50. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X
169. Kimber J, Larney S, Hickman M, Randall D, Degenhardt L. Mortality risk of opioid substitution therapy with methadone versus buprenorphine: a retrospective cohort study. *The lancet Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 11 de julio de 2024]; 2(10):901–8. Doi: 10.1016/S2215-0366(15)00366-1
170. Morse GA, Dell NA, Murphy AM, Stewart M. Happiness, well-being, and recovery: Experiences of adults receiving psychiatric rehabilitation services. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2022 [citado 11 de julio de 2024]; 45(2):114–22. Doi: 10.1037/prj0000521
171. Erga AH, Hønsi A, Anda-Ågotnes LG, Nesvåg S, Hesse M, Hagen E. Trajectories of psychological distress during recovery from polysubstance use disorder. *Addict Res Theory* [Internet]. 2021 [citado 11 de julio de 2024]; 29(1):64–71. Disponible en: <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1080/16066359.2020.1730822>
172. Díaz Hernández EL, Brito Brito PR, García Hernández AM. Happiness and Mental Disorders. *Healthc (Basel, Switzerland)* [Internet]. 2022 [citado 11 de julio de 2024]; 10(9):1781. Doi: 10.3390/healthcare10091781
173. Gonzales R, Anglin MD, Beattie R, Ong CA, Glik DC. Perceptions of chronicity and recovery among youth in treatment for substance use problems. *J Adolesc Health* [Internet]. 2012 [citado 11 de julio de 2024]; 51(2):144–9. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.11.010
174. Rhodes T, Ndimbii J, Guise A, Cullen L, Ayon S. Navigating the poverty of heroin addiction treatment and recovery opportunity in Kenya: access work, self-care and rationed expectations. *Glob Public Health* [Internet]. 2015 [citado 11 de julio de 2024]; 10(7):867–80. Doi: 10.1080/17441692.2015.1046385
175. Feliu-Soler A, de Diego-Adeliño J, Luciano J V, Iraurgi I, Alemany C, Puigdemont D, et al. Unhappy While Depressed: Examining the Dimensionality, Reliability and Validity of the Subjective Happiness Scale in a Spanish Sample of Patients with Depressive Disorders. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2024]; 18(20):10964. Doi: 10.3390/ijerph182010964

176. Aas CF, Vold JH, Skurtveit S, Lim AG, Ruths S, Islam K, et al. Health-related quality of life of long-term patients receiving opioid agonist therapy: a nested prospective cohort study in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2020 [citado 12 de julio de 2024]; 15(1):68. Doi: 10.1186/s13011-020-00309-y
177. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Polydrug use: patterns and responses [Internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2009 [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/22fhc8l9>
178. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2018 National survey on drug use and health [Internet]. Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2018 [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2bnsznpk>
179. Tori ME, Larochelle MR, Naimi TS. Alcohol or Benzodiazepine Co-involvement With Opioid Overdose Deaths in the United States, 1999-2017. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [citado 28 de julio de 2024]; 3(4):e202361. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.2361
180. Andersson HW, Wenaas M, Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addict Behav* [Internet]. 2019 [citado 28 de julio de 2024]; 90:222-8. Disponible en: Doi: 10.1016/j.addbeh.2018.11.008
181. Oppenheimer E, Tobutt C, Taylor C, Andrew T. Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up study. *Addiction* [Internet]. 1994 [citado 28 de julio de 2024]; 89(10):1299-308. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb03309.x
182. Carr MM, Ellis JD, Saules KK, Page JL, Staples A, Ledgerwood DM. Substance Use, Gambling, Binge-Eating, and Hypersexuality Symptoms Among Patients Receiving Opioid Agonist Therapies. *Am J Addict* [Internet]. 2021 [citado e28 de julio de 2024]; 30(4):343-50. Doi: 10.1111/ajad.13149
183. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CMA. Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2009 [citado 28 de julio de 2024]; 36(1):75-86. Doi: 10.1016/j.jsat.2008.05.007
184. Kelly TM, Daley DC. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Soc Work Public Health* [Internet]. 2013 [citado 28 de julio de 2024]; 28(3-4):388-406. Doi: 10.1080/19371918.2013.774673

185. Vold JH, Chalabianloo F, Aas CF, Løberg E-M, Johansson KA, Fadnes LT. Changes in substance use during outpatient treatment for substance use disorders: a prospective Norwegian cohort study from 2016 to 2020. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2021 [citado 28 de julio de 2024]; 16(1):67. Doi: 10.1186/s13011-021-00403-9
186. Becoña E. La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar? [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021 [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2382x2x5>
187. Pant SB, Thapa SB, Howard J, Ojha SP, Lien L. Psychological distress and quality of life among Opioid Agonist Treatment service users with a history of injecting and non-injecting drug use: A cross-sectional study in Kathmandu, Nepal. *PLoS One* [Internet]. 2023 [citado 28 de julio de 2024]; 18(2):e0281437. Doi: 10.1371/journal.pone.0281437
188. Hoxmark E, Nivison M, Wynn R. Predictors of mental distress among substance abusers receiving inpatient treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2010 [citado 28 de julio de 2024]; 5(1):15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1747-597X-5-15>
189. Burdzovic Andreas J, Lauritzen G, Nordfjaern T. Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: a ten year prospective study of patients from substance abuse treatment. *Addict Behav* [Internet]. 2015 [citado 28 de julio de 2024]; 48:71-8. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.05.001
190. Santucci K. Psychiatric disease and drug abuse. *Curr Opin Pediatr* [Internet]. 2012 [citado 28 de julio de 2024]; 24(2):233-7. Doi: 10.1097/MOP.0b013e3283504fbf
191. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2004 [citado 28 de julio de 2024]; 61(8):807-16. Doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807
192. Hall W. What have population surveys revealed about substance use disorders and their co-morbidity with other mental disorders? *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 1996 [citado 28 de julio de 2024]; 15(2):157-70. Doi: 10.1080/09595239600185811
193. Van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in

- substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2012 [citado 28 de julio de 2024]; 122(1-2):11-9. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.12.00709595239600185811
194. Kuo Y-F, Raji MA, Goodwin JS. Association of Disability With Mortality From Opioid Overdose Among US Medicare Adults. *JAMA Netw open* [Internet]. 2019 [citado 28 de julio de 2024]; 2(11):e1915638. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.15638
195. Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clin Psychol Rev*. 2006 [citado 28 de julio de 2024]; 26(2):162-78. Doi: 10.1016/j.cpr.2005.11.005
196. Ravndal E, Vaglum P, Lauritzen G. Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: a prospective study from 13 different units. *Eur Addict Res* [Internet]. 2005 [citado 28 de julio de 2024]; 11(4):180-5. Doi: 10.1159/000086399
197. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2006 [citado 28 de julio de 2024]; 6:44. Doi: 10.1186/1471-244X-6-44
198. Teesson M, Mills K, Ross J, Darke S, Williamson A, Havard A. The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction* [Internet]. 2008 [citado 28 de julio de 2024]; 103(1):80-8. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02029.x
199. Aas CF, Vold JH, Gjestad R, Skurtveit S, Lim AG, Gjerde KV, et al. Substance use and symptoms of mental health disorders: a prospective cohort of patients with severe substance use disorders in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021 [citado 28 de julio de 2024]; 16(1):20. Doi: 10.1186/s13011-021-00354-1
200. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, et al. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2012 [citado 29 de julio de 2024]; 47(4):383-9. Doi: 10.3109/10826084.2011.636135
201. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2016 [citado 29 de julio de 2024]; 38(3):e282-91. Doi: 10.1093/pubmed/fdv148

202. Mørkved N, Winje D, Dovran A, Arefjord K, Johnsen E, Kroken RA, et al. Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders as compared to substance abuse disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018 [citado 29 de julio de 2024]; 261:481-7. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.011
203. Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, Chiamwongpaet S, Dvoryak S, Habrat B, et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction* [Internet]. 2008 [citado 29 de julio de 2024]; 103(9):1484-92. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x.
204. Santo TJ, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, et al. Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 29 de julio de 2024]; 78(9):979-93. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0976
205. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* [Internet]. 2017 [citado 29 de julio de 2024]; 26(357):j1550. Doi: 10.1136/bmj.j1550
206. Chen VC-H, Lin T-Y, Lee CT-C, Lai T-J, Chen H, Ferri CP, et al. Suicide attempts prior to starting methadone maintenance treatment in Taiwan. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2010 [citado 29 de julio de 2024]; 109(1-3):139-43. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.12.023
207. Darke S, Ross J, Williamson A, Mills KL, Havard A, Teesson M. Patterns and correlates of attempted suicide by heroin users over a 3-year period: Findings from the Australian treatment outcome study. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2007 [citado 29 de julio de 2024]; 87(2):146-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.08.010>
208. Lamont R, Rosic T, Sanger N, Samaan Z. Psychosis and Comorbid Opioid Use Disorder: Characteristics and Outcomes in Opioid Substitution Therapy. *Schizophr Bull open* [Internet]. 2020 [citado 29 de julio de 2024]; 1(1):sgaa007. Doi: 10.1093/schizbullopen/sgaa007
209. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Med* [Internet]. 2016 [citado 6 de noviembre de 2024]; 46(1): 225-236. Doi: 10.1017/S0033291715001804

210. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Protective factors do not moderate risk for past-year suicide attempts conferred by recent NSSI. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 [citado 6 de noviembre de 2024]; 15(245):321-324. Doi: 10.1016/j.jad.2018.11.013
211. Pilarinos A, Kwa Y, Joe R, Thulien M, Buxton JA, DeBeck K, et al. Navigating Opioid Agonist Therapy among Young People who use Illicit Opioids in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2022 [citado 29 de julio de 2024]; 107:103773. Doi: 10.1016/j.drugpo.2022.103773
212. World Health Organization (WHO). WHO Model list of essential medicines [Internet]. Ginebra: WHO; 1977 [revisado 20 de julio de 2024, consultado 29 de julio de 2024] Disponible en: <https://tinyurl.com/y8ar4ydl>
213. Saxon AJ, Hser Y-I, Woody G, Ling W. Medication-assisted treatment for opioid addiction: Methadone and buprenorphine. *J Food Drug Anal* [Internet]. 2013 [citado 29 de julio de 2024]; 21(4, Supplement):S69-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jfda.2013.09.037>
214. Baño Rodrigo MD, López García ML, Guillén Llera JL. De metadona a buprenorfina. La inducción del tratamiento. *Trastor Adict* [Internet]. 2003 [citado 29 de julio de 2024]; 5(4):295-302. Disponible en: <https://tinyurl.com/2aalcys2>
215. Ministry of Health and Care Services. National guideline for medicaly assisted rehabilitation for opioid dependence. Oslo: The Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2010.
216. Madden S, Root A, Suganaqueb MC, Sofea L, Duncan C, Gordon J, et al. Healing journey: Experiences of First Nations individuals with recovery from opioid use. *Can Fam Physician* [Internet]. 2024 [citado 29 de julio de 2024]; 70(2):117-25. Doi: 10.46747/cfp.7002117
217. Samples H, Williams AR, Crystal S, Olfson M. Psychosocial and behavioral therapy in conjunction with medication for opioid use disorder: Patterns, predictors, and association with buprenorphine treatment outcomes. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2022 [citado 29 de julio de 2024]; 139:108774. Doi: 10.1016/j.jsat.2022.108774
218. Thomas SJ, Shin M, McInnis MG, Bostwick JR. Combination therapy with monoamine oxidase inhibitors and other antidepressants or stimulants: strategies for the management of treatment-resistant depression. *Pharmacotherapy* [Internet]. 2015 [citado el 29 de julio de 2024]; 35(4):433-49. Doi: 10.1002/phar.1576
219. Chen H-M, Lu T-H, Chang K-C, Lee K-Y, Cheng C-M. Opioid users with comorbid hepatitis C spent more time in agonist therapy: A 6-year observational study in

- Taiwan. *Addict Behav* [Internet]. 2017 [citado 29 de julio de 2024] 72:133-7. Doi: 10.1016/j.addbeh.2017.03.028
220. Yazdani K, Dolguikh K, Ye M, Trigg J, Joe R, Emerson SD, et al. Characterizing opioid agonist therapy uptake and factors associated with treatment retention among people with HIV in British Columbia, Canada. *Prev Med reports* [Internet]. 2023 [citado 29 de julio de 2024]; 35:102305. Doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102305
221. Gastberger S, Baumgartner MR, Soyka M, Quednow BB, Hulka LM, Herdener M, Seifritz E, Mutschler J. Concomitant Heroin and Cocaine Use among Opioid-Dependent Patients during Methadone, Buprenorphine or Morphine Opioid Agonist Therapy. *Eur Addict Res* [Internet]. 2019 [citado 10 de noviembre de 2024]; 25(4):207-212. Doi: 10.1159/000500542
222. Kampman KM. The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv* [Internet]. 2019 [citado 10 de noviembre de 2024]; 16;5(10):eaax1532. Doi: 10.1126/sciadv.aax1532
223. Fortoul TI. La importancia de la edad. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2017 [citado 29 de julio de 2024] 60:3-5. Disponible en: <https://tinyurl.com/27m5gak4>
224. World Health Organization (WHO). WHO data [Internet]. Ginebra: WHO; 2021 [revisado el 8 de enero de 2024, consultado 29 de julio de 2024] Disponible en: <https://data.who.int/countries/724>
225. World Health Organization (WHO). WHO data [Internet]. Ginebra: WHO; 2021 [revisado el 8 de enero de 2024, consultado 29 de julio de 2024] Disponible en: <https://data.who.int/countries/578>
226. Tevik K, Selbæk G, Engedal K, Seim A, Krokstad S, Helvik A-S. Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3). *PLoS One* [Internet]. 2017 [citado 29 de julio de 2024]; 12(9):e0184428. Doi: 10.1371/journal.pone.0184428
227. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development. OCDE Statistics, Pharmaceutical market [Internet]. Paris: OECD; 2010 [actualizado el 8 de diciembre de 2023; citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/256z8kxr>
228. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [Actualizado en enero de 2023; citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2c4c76nk>

-
229. Krogstad H, Loge JH, Grotmol KS, Kaasa S, Kiserud CE, Salvesen Ø, et al. Symptoms in the general Norwegian adult population - prevalence and associated factors. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [citado 29 de julio de 2024]; 20(1):988. Doi: 10.1186/s12889-020-09109-2
230. García MLN, Martínez PF, Bretón EF, Martínez Alfonso MM, Gil PS. Psychotropic consumption before and during COVID-19 in Asturias, Spain. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 [citado 29 de julio de 2024]; 23(1):494. Doi: 10.1186/s12889-023-15360-0
231. Kraav S-L, Lehto SM, Junntila N, Ruusunen A, Kauhanen J, Hantunen S, et al. Depression and loneliness may have a direct connection without mediating factors. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 29 de julio de 2024]; 75(7):553-7. Doi: 10.1080/08039488.2021.1894231
232. International narcotics control board. *Psychotropic Substances 2022* [Internet]. Viena: United Nations; 2023 [citado 29 de julio de 2024]. Disponible en: <https://tinyurl.com/26gptje7>

ANEXOS

Anexo I. Características sociodemográficas de los pacientes admitidos a tratamiento en España

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombre	Mujer
Total	38 544	17 154	20 006	31 602	6 918
Tratamiento previo					
Sí	46.2			47.6	39.4
No	53.8			52.4	60.6
Edad media (años)	35.6	39.5	33.4		
Sexo (%)					
Hombre	82	84.7	79.8		
Mujer	18.0	15.3	20.2		
Máximo nivel de estudios (%)					
Sin estudios	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8
Primaria	52.5	55.8	50	53.8	46.7
Secundaria	41.3	38.9	43.1	40.5	45
Estudios superiores	5.3	4.5	6.1	4.9	7.5
Situación laboral (%)					
Trabajando	33.6	30.4	36.2	35.5	24.6
Parado no habiendo trabajado antes	6.3	6.1	6.3	6.0	7.4
Parado habiendo trabajado antes	40.9	45.7	37.1	40.0	44.8
Otras	19.3	17.8	20.4	18.4	23.2
Convivencia más prolongada en los 30 días previos a la admisión al tratamiento (%)					
Solo/a	15.5	18.2	13.2	15.8	14.1
Únicamente con pareja	12.3	12.4	12.2	11.3	16.7
Únicamente con hijos	2.3	2.0	2.7	1.1	8.1
Con la pareja e hijos/as	16.7	15.4	18.0	17.1	14.9
Con padres o familia de origen	38.5	35.0	41.6	39.5	33.5
Con amigos/as	3.6	3.8	3.4	3.5	4.2
Detenido (centro penitenciario o de inserción social)	5.4	7.2	3.7	6.2	1.9

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombre	Mujer
En instituciones no penitenciarias (ej: albergues)	2.5	2.8	2.2	2.4	2.9
Otros	3.1	3.1	3.1	2.9	3.6
Alojamiento principal en los 30 días previos a la admisión al tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	86.9	83.0	90.7	86.2	89.9
Prisión, centro de reforma o internamiento para menores	5.8	7.9	3.8	6.6	2.1
Otras instituciones	2.3	2.5	2	2.1	2.9
Pensiones, hoteles, hostales	0.5	0.7	0.3	0.5	0.5
Alojamiento inestable/precario	3.3	4.5	2.1	3.3	3.4
Otros lugares	1.3	1.4	1.1	1.3	1.3
Nacionalidad					
Español	87.2	90	85	87.3	87.1
Extranjero	12.8	10	15	12.7	12.9
Droga principal por la que es admitido a tratamiento					
Opioides	22.1	34.7	11.2	22.7	19
Heroína	19.9	32.6	8.9	20.8	15.5
Metadona	0.7	0.9	0.7	0.7	0.8
Otros opioides	1.5	1.2	1.7	1.2	2.7
Cocaína					
CLH Cocaína	39.8	38.6	40.8	41.3	33.3
Cocaína base	5.5	6.5	4.7	5.5	5.4
Cocaína otras	0	0	0	0	0.1
Estimulantes distintos de cocaína					
Anfetaminas	1.5	1.4	1.6	1.4	1.8
Metanfetaminas	0.3	0.2	0.5	0.4	0.2
MDMA y derivados	0.2	0.1	0.3	0.2	0.2
Otros estimulantes	0.4	0.2	0.6	0.5	0.2
Hipnosedantes	2.1	1.2	3	1.4	5.5
Alucinógenos	0.3	0.2	0.4	0.3	0.2
Inhalables volátiles	0.1	0	0.1	0.1	0
Cannabis	27.5	16.9	36.7	26.1	33.9
Otras sustancias	0.2	0.1	0.2	0.1	0.2
Edad al inicio del consumo de la droga principal					
	20.2	19.8	20.6	19.9	21.9
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30					

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabitación

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombre	Mujer
días previos a la admisión al tratamiento (%)					
Todos los días	46.1	42.9	48.9	45.5	49.2
4-6 días en semana	8.5	7.6	9.3	8.8	7.2
2-3 días en semana	14.2	12.7	15.6	14.7	12.1
1 día en semana	5.2	5	5.4	5.3	4.9
Menos de 1 día en semana	6.8	7.2	6.3	6.8	6.5
No consumió	19.2	24.6	14.6	18.9	20.2
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días					
Oral	6.1	4.5	7.4	5.1	10.3
Pulmonar	50.5	51.5	50.2	49.9	53.1
Intranasal o esnifada	40	38.7	40.8	41.3	33.8
Intravenosa	2.7	4.7	1.0	2.9	1.9
Otras	0.8	1	0.6	0.7	0.9
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	10.6	18.2	4.1	11.3	7.5
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	4.4	7.3	1.8	4.8	3
Prevalencia VIH mínima (%)	3.3	5.2	1.7	3.4	2.9
Prevalencia VIH máxima (%)	8.7	10.1	6.0	9.0	7.3
Prevalencia VHC mínima (%)	5.2	9.2	1.7	5.4	4.2
Prevalencia VHC máxima (%)	14.0	18.7	6.3	14.7	10.9
Prevalencia VHB mínima (%)	0.4	0.7	0.3	0.5	0.3
Prevalencia VHB máxima (%)	1.9	2.4	1.4	2.0	1.5

Fuente: OEDA. Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas⁸. *El porcentaje puede no sumar 100 % o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables. Prevalencia mínima: Positivos entre el total (incluye positivos, negativos, pendientes de resultado y desconocido). Prevalencia máxima: Positivos entre los casos con información (positivos y negativos); en Hepatitis B (portador crónico entre portador crónico más inmune, más no inmune). Nota: Debido al redondeo algunos totales no suman.

Anexo II. Memoria de la estancia doctoral

AYUDAS DE MOVILIDAD DEL PERSONAL DOCENTE Y PERSONAL INVESTIGADOR CONVOCATORIA 2022-23

MEMORIA FINAL DE ESTANCIA	
<u>DATOS PERSONALES</u>	
APELLIDOS: LUCAS GUERRA	NOMBRE: Clara
DEPARTAMENTO: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud	
E-MAIL: clara.lucas@ucjc.edu	
<u>DATOS DEL DESTINO</u>	
CENTRO DE DESTINO: Universidad de Bergen (University of Bergen)	
CIUDAD: Bergen	PAÍS: Noruega (Norway)
FECHA INICIO: <u>15 / 04 /2023</u>	FECHA FIN: <u>15 /07 /2023</u>

<u>MEMORIA</u>
(Este apartado debe recoger el texto de la memoria y deberá extenderse por un número de hojas necesario para indicar el resultado de la estancia, de forma que su extensión no supere 500 palabras)
<u>Contactos realizados:</u> Miembros de la Universidad de Bergen y/o del Bergen Addiction Research (BAR)/ <i>Members of the University of Bergen and/or Bergen Addiction Research Group:</i> Lars Thore Fadnes, Jørn Henrik Vold, Fatemeh Chalabianloo, Else-Marie Løberg, Kjell Arne Johansson, Christer Frode Aas.

Trabajos científicos resultados de la estancia:

1) Estudio de cohortes prospectivo/Prospective Cohort Study

El objetivo es evaluar el grado de felicidad de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias en programas de deshabitación. Se han establecido la relación entre el nivel de felicidad y características sociodemográficas y clínicas (sexo, edad, condiciones de vivienda, convivencia, presencia de hijos, grado de consumo de sustancias y tipo de medicación tomada durante la deshabitación (metadona o buprenorfina)) Se ha correlacionado el nivel de felicidad con el distrés psicológico y los intentos de suicidio. Se ha comparado el grado de felicidad con la media de felicidad de la población general noruega.

Objective: To investigate happiness using the eleven-item happiness scale (HS) among patients with SUDs and predict the impact of sociodemographic and clinical factors such as sex, age, educational level, housing conditions, OAT medication and substance use have on HS.

2) Informe/Report: evaluar el grado de felicidad en los pacientes con trastorno por consumo de sustancias hepatitis C. Se medirá el grado de felicidad en un grupo de pacientes que reciben un tratamiento integrado frente a los que reciben el tratamiento convencional.

Objective: To investigate happiness using the eleven-item happiness scale (HS) among patients with SUDs and HCV.

Resultados de investigación (producción científica):

Dos posibles publicaciones indexadas en revistas de impacto (pendiente aprobación por las revistas *Jama Psychiatry* (o *JAMA Network Open*) para el estudio de cohortes y *Health and Quality of Life Outcomes* para el informe.

Two possible publications in the following journals: 1) Jama Psychiatry (o JAMA Network Open, for the cohort study 2) Health and Quality of Life Outcomes for the report.

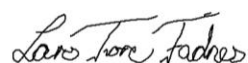
Propuesta de posibles puntos de cooperación entre la UCJC y el Organismo de destino:

- Continuidad de los trabajos relacionados con los trastornos por consumo de sustancias y la felicidad.
- Establecer un estudio comparativo en población española con trastorno por consumo de sustancias.
- Posible ponencia en Bergen en septiembre 2023 sobre la situación de los trastornos por consumo de sustancias en España.

*Adjuntar Anexo I: certificado de estancia

Fdo.: Clara Lucas Guerra (doctoranda, PhD)




Lars Thore Fadnes (supervisor)

Anexo III. Metodología de la tesis en inglés / *Additional File 3: Methods*

The thesis presented below aims to reflect trends in substance use in Norway and Spain and consists of a study conducted and completed in Norway and a sub-study conducted in Spain.

The first part of this doctoral thesis was carried out during a three-month stay at the University of Bergen (Norway). During this stay, data collection was completed and analysed. In order to compare the level of happiness in patients with substance use disorder in detoxification programmes in Norway and Spain, the methodology of the Norwegian study was imported to Spain.

However, in order to meet the stipulated deadline of the PhD programme, the data presented below from the Spanish patient sample are preliminary results, the collection of which will continue after the thesis defence until the same sample size is reached in both countries. Data collection from this preliminary sample of patients with substance use disorder will also be used for the first phase of a validation study of the ten-item version (SCL-10) of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90), which has not yet been translated and validated in Spanish.

Therefore, the study carried out in Spain is presented as a descriptive sub-study.

The report on the doctoral stay can be found in Anexo II. The methodology in Spanish is presented below. This methodology is presented in English in Anexo III according to the regulations for obtaining the international mention of the doctorate.

Methodology of the norwegian study

Study type

Prospective observational analytical cohort study conducted in Norway.

Data source

This study is linked to the Integrated Treatment of Hepatitis C (INTRO-HCV) study that took place in Bergen and Stavanger, Norway.

INTRO-HCV is a multicentre, randomised, controlled clinical trial that aims to compare the efficacy of integrated HCV treatment versus standard treatment. Integrated treatment includes HCV testing, assessment of liver fibrosis, counselling by a multidisciplinary team, delivery of HCV treatment and substitution therapy, and follow-up and assessment

provided by integrated substance use disorder care and treatment clinics. Participants who received integrated treatment were followed up at detoxification clinics or municipal centres at least once a week. Patients selected to receive the standard treatment were offered follow-up consultations every four weeks and a subsequent consultation after the end of treatment. Substitution treatment was administered at the clinics and municipal centres where they were already attending prior to the start of the study. Those patients who met the criteria and provided consent were included in the clinical trial. Participants were excluded if they were currently receiving HCV treatment, were co-infected with HIV, or had severe extrahepatic manifestations of HCV (such as cryoglobulinaemia or membranoproliferative glomerulonephritis), stage 4 to 5 chronic kidney disease, or decompensated liver disease. For the development of the INTRO-HCV clinical trial, socio-demographic and clinical data were collected on patients with substance use disorder attending the integrated care clinics where the study was conducted. Data collection was conducted between May 2017 and June 2019.¹⁵² Those patients who were not selected for the INTRO-HCV clinical trial because they did not meet the criteria, either for the control group or the intervention group, were included in independent cohorts with which only different sociodemographic and clinical aspects, as well as the level of happiness, presented in this study, were followed up over time.

For the development of the cohort study, data from patients with substance use disorders in Norway from the previously mentioned independent cohort of the INTRO-HCV study in Bergen and Stavanger (Norway)^{151,152} were used. Bergen and Stavanger are two cities in south-western Norway with between 280,000 and 130,000 inhabitants each. There are outpatient and municipal clinics in the centre and on the outskirts of both cities. They have a multidisciplinary team consisting of nurses, psychologists, doctors, social workers, administrative staff and occupational therapists. Patients attend these clinics on an outpatient basis, although in special situations there are spaces for these patients to live with their families within the clinics. If patients are unable to travel to the clinics, there are special arrangements for home visits. For the development of this study, patients with substance use disorders were recruited from outpatient clinics or municipal clinics.

Data collection procedure

Patient recruitment was carried out at the centres where the data were collected, after verbally informing patients about the study and receiving their consent. All patients were included in an annual health assessment, which included measures of happiness scales,^{146,153} socio-demographic data, current substance use and psychological distress. In Norway, all data were collected using electronic data collection software (Checkware®) under the supervision of research nurses. Data were collected from April 2017 to January 2023.

Population and sample

People diagnosed with substance dependence (alcohol and illegal substances) according to the International Classification of Diseases version 10 (ICD-10)¹⁵⁴ admitted in detoxification programmes.

Inclusion and exclusion criteria

The study sample included people diagnosed with substance dependence (alcohol and illicit substances) according to the International Classification of Diseases version 10 (ICD-10),¹⁵⁴ aged 18 years or older, and who gave written informed consent to participate in the study. Individuals were eligible for inclusion irrespective of the type of detoxification medication or its form of administration. Persons receiving follow-up by the municipality or at the addiction care centre were included. Patients were excluded if they did not complete the interview or due to missing data.

Sample

A total of 967 patients were included in the study period and 2202 measurements were performed. Of the 967 patients, 844 were in substitution treatment programmes, while 123 did not receive any substitution medication. In total, 572 had two or more happiness measurements (median: 2 measurements, 25-75 % of patients had 1 to 3 measurements). The median time interval between health assessments was 14 months (interquartile range [IQR]: 11-19).

Given the difficult access to this population, non-probabilistic convenience sampling was used.

Data collection instrument for the variable "happiness"

We measured the level of happiness during the study period using the happiness scale. The happiness scale is a validated self-report scale consisting of the following question "How happy are you recently?".^{146,153} The response options are numerical and vary on an eleven-point Likert scale from minimum to maximum where 0 equals "completely unhappy" and 10 equals "completely happy". The reliability of the original test is high (Cronbach's Alpha: 0.8). The test-retest reliability of the test is 0.77.⁵⁴ There is no numerical data on the validity of the scale, but multiple authors consider this scale to have adequate validity.^{54,146,153}

A measure of the happiness scale was taken at two points in time during the annual health assessment. The data collection software allowed only valid responses to the question and generated empty responses before submission to minimise missing data.

Definition of study variables, including sociodemographic and clinical factors

We defined the start of follow-up for patients as the first annual health assessment that included a happiness scale measurement with a score between 0 and 10. We defined "being on substitution treatment" according to whether patients received buprenorphine or methadone (substitution opioids) or others at the start of the study.

We classified educational level into two classes, those who had completed or not completed primary education were categorised as "primary education or less", those who had completed secondary education, university studies of 3 years or less, or university studies of more than 3 years were categorised as "completed secondary education or higher". Patients' housing conditions in the 30 days prior to the happiness scale measurement were categorised into two groups: "stable" and "unstable". The latter category included patients who had lived on the street, in temporary camps or with friends or relatives during the past 30 days. Others who had a more permanent residence were classified as having a stable housing situation, such as patients living in their own, rented or prison accommodation.

We classified living together into two groups: "living alone" or "living with someone" according to living conditions in the health assessment. Having children was classified into two groups: "no children" and "children". In addition, suicide attempt was classified as "no suicide attempt" and "at least one suicide attempt" during their lifetime.

Substance use during the past 30 days was measured for each substance class including alcohol, benzodiazepines (benzodiazepines prescribed by medical order were not included), cannabis, opioids (opioids in substitution treatment were not included) and stimulants (amphetamines or cocaine). Each substance class was rated on a scale of zero to four points, where zero represents 'never', one represents 'less than one day per month', two represents 'one to three days per week', three represents 'more than three days per week', and four represents 'daily'. Substance scores (0-4) were recorded separately for each substance class and, in addition, summarised as a sum of scores between 0 and 20 points (for all substance classes) to simplify the scales and facilitate the interpretation of the results for the different substance classes. The substance sum score was divided by 20 to generate an index score ranging from 0 ('no substance use') to 1 ('daily use of all substances').

Measuring instrument for psychological distress

Psychological distress was measured using the Hopkins symptom checklist (SCL-90).

Description of the original scale: The Hopkins Symptom Checklist-90 (HSCL-90/SCL-90) was originally designed by Parloff, Kelman and Frank in 1954 at John Hopkins University, and

measures several types of mental disorders, two of which are anxiety and depression.¹⁵⁶ was later described and validated by Derogatis *et al.* in 1973.¹⁵⁷

Psychometric properties: The SCL-10 items were developed using a stepwise regression analysis of the SCL-25. The SCL-10 is a validated, self-administered questionnaire.^{155,156,157} It includes ten items, each of which is classified into four dimensions, from "no distress at all" (item score = 1) to "extreme distress" (item score = 4). Eight of the selected items constitute the short version (SCL-8) measuring anxiety (items 1, 2, 7 and 8) and depression (items 3, 4, 5 and 6). Items 9 and 10 (anxiety and depression respectively) were included in the reliability analysis, constituting the SCL-10. The reliability of the original test is high (Cronbach's Alpha: 0.8). The threshold for psychological distress has been set at scores equal to or above 1.85 for the SCL-10.¹⁵⁸⁻¹⁶⁰ The SCL-10 was translated into Norwegian and validated (See Anexo IV).¹⁶¹

Statistical analysis

In all analyses, we defined time as years since the start of data collection in the smoking cessation programme. Incomplete values related to socio-demographic and clinical factors (including educational level, housing status, years in substitution treatment, living together, having children, suicide attempts and substance use) as 'missing at random'. Missing values were identified for 5% of these factors and all were imputed with estimated values. Regression imputation was performed. Descriptive analysis was performed for each variable. The absolute and relative frequencies of the qualitative variables, expressed as a percentage, are presented, and the mean and standard deviation of the quantitative variables are presented. The distribution of happiness, psychological distress and consumption was established according to the socio-demographic and clinical characteristics of the Norwegian patients. Effect size was estimated by calculating Cohen's *d* and whether these differences were significant was established using a Student's *t*-test. Cohen's *d* values of less than 0.20 indicate no effect, values between 0.21 and 0.49 indicate a small effect, values between 0.50 and 0.70 indicate a moderate effect, and values greater than 0.80 indicate a large effect.^{149,150} Linear mixed regression model analyses were used to investigate whether socio-demographic and clinical factors, including gender, age, education level, housing conditions, number of years on substitution treatment, substitution medication, living together and having children were associated with happiness at baseline. The linear mixed regression model was conducted as a fixed-slope regression model with random intercept. The estimator was set to restricted maximum likelihood. The predictor variables were held constant at the value held at baseline. Socio-demographic and clinical variables (gender, age, number of years in drug dependence programmes, level of education, housing conditions, cohabitation, having children and substitution treatment) were used to fit the model. Maximum likelihood of completeness

ensured that all available measures of happiness scale scores were used. In addition, we present subgroup linear mixed regression model analyses for substance use disorder patients using methadone or buprenorphine, respectively, adjusted for sociodemographic and clinical factors. To assess the strength of associations between the happiness scale, SCL-10 and suicide attempts, a Pearson correlation analysis was conducted. The Sankeymatic tool (sankeymatic.com) was used to generate a Sankey plot for the graphical presentation of change in the happiness scale over time. Individuals were classified based on their happiness level at the start of the measurements and in the following annual assessment ("low" from 0 to 2, "medium" from 3 to 7, and "high" from 8 to 10). Chi-square test was used to analyze whether the variations between groups were significant. The threshold for statistical significance was set at $p < 0.05$. Stata/SE 16.0 (StataCorp, TX, USA) and SPSS version 25 statistical package were used for descriptive analyses and multiple linear model analyses, and SPSS version 29.0 (International Business Machines, Chicago, USA) was used to impute missing values with estimated values.

Ethics approval and consent to participate

The data collected were associated with a code (coded) and pseudonymised. The personal data will only be kept for 5 years, which is the estimated time needed to carry out the study in its entirety. The data will be kept for the aforementioned 5 years in case the doctoral student needs to request an extension for the development of the doctoral thesis. The data were entered into the *Checkware*® programme with restricted access.

Organic Law 3/2018 of 5 December 2018 on the Protection of Personal Data and Guarantee of Digital Rights and Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on Data Protection (General Data Protection Regulation) apply to this study.

This study was reviewed and approved by a Norwegian ethics committee (Regional Ethical Committee for Health Research West, Norway (REK Vest 2017/51). Each patient provided written informed consent prior to enrolment in the study.

Methodology of the Spanish study

Study type

Preliminary observational analytical prospective cohort substudy conducted in Spain.

Data source

Patients were recruited for substitution and/or detoxification treatment in the following Centres for Addiction Care (CCAD): CCAD Centro (Red Cross) (Calle Hermanos Álvarez Quintero 3) and CCAD Casa de Campo (Red Cross) (Calle Paseo Viejo, 1). These centres have a multidisciplinary team made up of nurses, psychologists, doctors, social workers, administrative staff and occupational therapists. Methadone substitution treatment is also provided in these centres

Data collection procedure

Patient recruitment was carried out at the centres where the data were collected, after verbally informing patients about the study and receiving their consent. All patients were included in a health assessment, which included measurements of happiness scales,^{146,153} socio-demographic data, current substance use and psychological distress. All data were collected in paper format and then dumped into a Microsoft office (Excel®) file. Data were pseudonymised. Clinical data included information on treatment, substitution medication, substance use and possible clinical conditions. Data were collected from March to April 2024.

Population and sample

People diagnosed with substance dependence (alcohol and illegal substances) according to the International Classification of Diseases version 10 (ICD-10)¹⁵⁴ admitted in detoxification programmes.

Inclusion and exclusion criteria

The study sample included people diagnosed with substance dependence (alcohol and illicit substances) according to the International Classification of Diseases version 10 (ICD-10),¹⁵⁴ aged 18 years or older, and who gave written informed consent to participate in the study. Individuals were eligible for inclusion irrespective of the type of detoxification medication or its form of administration. Persons receiving follow-up by the addiction care centre were included. Patients were excluded if they did not complete the interview or due to missing data.

Sample

In Spain, 50 patients were included in the study period.

Given the difficult access to this population, non-probabilistic convenience sampling was used.

Data collection instrument for the variable "happiness"

We measured the level of happiness during the study period using the happiness scale. The happiness scale is a validated self-report scale consisting of the following question "How happy are you recently?".^{146,153} The response options are numerical and vary on an eleven-point Likert scale from minimum to maximum where 0 equals "completely unhappy" and 10 equals "completely happy". The reliability of the original test is high (Cronbach's Alpha: 0.8). The test-retest reliability of the test is 0.77.⁵⁴ There are no numerical data on the validity of the scale, but multiple authors consider this scale to have adequate validity.^{54,146,153} Only one measurement was made per patient.

Definition of study variables, including sociodemographic and clinical factors

We defined the start of follow-up for patients as the first annual health assessment that included a happiness scale measurement with a score between 0 and 10. We defined "being on substitution treatment" according to whether patients received buprenorphine or methadone (substitution opioids) or others at the start of the study.

We classified educational level into two classes, those who had completed or not completed primary education were categorised as "primary education or less", those who had completed secondary education, university studies of 3 years or less, or university studies of more than 3 years were categorised as "completed secondary education or higher". Patients' housing conditions in the 30 days prior to the happiness scale measurement were categorised into two groups: "stable" and "unstable". The latter category included patients who had lived on the street, in temporary camps or with friends or relatives during the past 30 days. Others who had a more permanent residence were classified as having a stable housing situation, such as patients living in their own, rented or prison accommodation.

We classified living together into two groups: "living alone" or "living with someone" according to living conditions in the health assessment. Having children was classified into two groups: "no children" and "children". In addition, suicide attempt was classified as "no suicide attempt" and "at least one suicide attempt" during their lifetime.

Substance use during the past 30 days was measured for each substance class including alcohol, benzodiazepines (benzodiazepines prescribed by medical order were not included),

cannabis, opioids (opioids in substitution treatment were not included) and stimulants (amphetamines or cocaine). Each substance class was rated on a scale of zero to four points, where zero represents 'never', one represents 'less than one day per month', two represents 'one to three days per week', three represents 'more than three days per week', and four represents 'daily'. Substance scores (0-4) were recorded separately for each substance class and, in addition, summarised as a sum of scores between 0 and 20 points (for all substance classes) to simplify the scales and facilitate the interpretation of the results for the different substance classes. The substance sum score was divided by 20 to generate an index score ranging from 0 ('no substance use') to 1 ('daily use of all substances').

Measuring instrument for psychological distress

Psychological distress was measured using the Hopkins symptom checklist (SCL-90).

Description of the original scale: The Hopkins Symptom Checklist-90 (HSCL-90/SCL-90) was originally designed by Parloff, Kelman and Frank in 1954 at John Hopkins University, and measures several types of mental disorders, two of which are anxiety and depression.¹⁵⁶ Later was described and validated by Derogatis *et al.* in 1973.¹⁵⁷ *Hesbacher et al.* demonstrated its use in a 25-item version of the HSCL-90, consisting of 10 anxiety and 15 depression items.¹⁵⁷

Psychometric properties: as the scale used to measure psychological distress in Norwegian patients, the SCL-10, has not been translated and validated in Spanish, a longer version of the Hopkins Symptom Checklist, the SCL-25, was used. It is also a validated, self-administered questionnaire, composed of 25 items, 10 to measure anxiety symptoms and 15 to measure depression symptoms.¹⁵⁶ Each of the items is classified into four dimensions, from "no distress at all" (item score = 1) to "extreme distress" (item score = 4). The scores were summed and divided by the number of items answered to obtain the mean item score. The reliability of the original test is high (Cronbach's Alpha: 0.8). The threshold for psychological distress has been set at scores equal to or above 1.85 for the SCL-25.¹⁶²⁻¹⁶⁴ The correlation between the different versions of the SCL-10 and the SCL-25 ranges between 0.91 and 0.97 respectively (Anexo IV).¹⁵⁹

Statistical analysis

In all analyses, we defined time as years from the start of data collection in the detoxification programme. A descriptive analysis was performed for each variable. Absolute and relative frequencies of qualitative variables are presented, expressed as a percentage, and the mean and standard deviation of quantitative variables are presented. The distribution of happiness, psychological distress and consumption was established according to the socio-demographic and clinical characteristics of patients in Spain. The

effect size was estimated by calculating Cohen's *d* and establishing whether these differences were significant. Cohen's *d* values of less than 0.20 indicate no effect, values between 0.21 and 0.49 indicate a small effect, values between 0.50 and 0.70 indicate a moderate effect, and values greater than 0.80 indicate a large effect.^{149,150} As the sample consisted of only 50 patients, given that it was a preliminary study, normality tests were carried out using the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk statistics. For hypothesis testing, non-parametric tests of independence were performed (Mann-Whitney U test for categorical variables with two categories and Kruskal Wallis test for variables with three or more categories). A Spearman's correlation was established between the variables age, time of drug withdrawal (in years), drug use and happiness, and between the variables happiness, psychological distress and suicide attempts. Finally, given the small sample size, it was not possible to carry out a multiple linear regression model. Therefore, an ANOVA was performed to test whether the variance explained by the model is significantly higher than the residual variance. This was followed by a backward multiple linear regression model to define the best predictor variables for happiness. There were no missing data in the results collected in Spain. The threshold for statistical significance was set at $p < 0.05$. Stata/SE 16.0 (StataCorp, TX, USA) and SPSS version 25 statistical package were used for descriptive analyses and multiple linear models analysis, and SPSS version 29.0 (International Business Machines, Chicago, USA).

Ethics approval and consent to participate

The collected data were coded and pseudonymised. Paper documentation was collected, transported and stored by the principal investigator only. Data were coded by the principal investigator only. Personal data will only be kept for 5 years, which is the estimated time to conduct the study in its entirety. The data will be kept for the aforementioned 5 years in case the doctoral candidate should need to request extensions for the development of the doctoral thesis.

Organic Law 3/2018 of 5 December 2018 on the Protection of Personal Data and Guarantee of Digital Rights and Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on Data Protection (General Data Protection Regulation) apply to this study.

The study was reviewed and approved by the ethics committee of the Complutense University of Madrid. Each patient provided written informed consent prior to enrolment in the study. The favourable protocol report of the ethics committee of the Complutense University of Madrid is included in Additional File V.

The informed consent and the questionnaire provided to patients at the CCAD Centro Cruz Roja and CCAD Casa de Campo in Spain can be found in Additional File VI and in Anexo VII respectively.

Anexo IV. Lista de verificación de síntomas de Hopkins (SCL-25) / *Additional File 4: Hopkins symptom checklist 10 (SCL-10)*

1. SCL-10: The Hopkins symptom checklist-10

The SCL-10 items are ranged as a Likert scale from 1 to 4, where 1 indicates “not bothered at all” (item score = 1) and 4 indicates “extremely bothered”. Listed below are some symptoms or problems that people sometimes have. Please read each one carefully and decide how much the symptoms bothered or distressed you during the last week, including today:

	Not bothered at all	A little bothered	Quite a bit bothered	Extremely bothered
Suddenly scared for no reason.				
Feeling fearful.				
Faintness, dizziness or weakness.				
Feeling tense or keyed up.				
Blaming yourself for things.				
Difficulties in falling asleep or staying asleep.				
Feeling blue.				
Feelings of worthlessness.				
Feeling everything is an effort.				
Feeling hopeless about the future.				

2. The US-English and the Norwegian versions of the SCL-10/ versions en inglés y en noruego del SCL-10

-
- I1: Suddenly scared for no reason
 - I2: Feeling fearful
 - I3: Faintness, dizziness, or weakness
 - I4: Feeling tense or keyed up
 - I5: Blaming yourself for things
 - I6: Difficulty in falling asleep or staying asleep
 - I7: Feeling blue
 - I8: Feeling of worthlessness
 - I9: Feeling everything is an effort
 - I10: Feeling hopeless about future
-

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabitación

- I1: Plutselig frykt uten grunn
 - I2: Føler deg redd eller engstelig
 - I3: Matthet eller svimmelhet
 - I4: Føler deg anspent eller oppjaget
 - I5: Lett for å klandre deg selv
 - I6: Søvnproblemer
 - I7: Følelse av å være unyttig, lite verdt
 - I8: Nedtrykt, tungsindig (trist)
 - I9: Følelse av at alt er et slit
 - I10: Følelse av håpløshet mht. framtiden
-

3. Ítems del SCL-25

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Se asusta sin motivo.				
Siente miedo.				
Debilidad				
Nerviosismo				
Palpitaciones				
Tiembla				
Se siente tenso/a				
Dolor de cabeza				
Siente pánico				
Siente inquietud				
Siente que le falta la energía				
Se culpa a sí mismo/a				
Llora con facilidad				
Pierde el interés sexual				
Se siente sola/a				
Se siente sin esperanza				
Se siente triste				
Piensa en acabar con su vida				
Se siente atrapado/a				
Se preocupa en exceso				
No siente interés por nada				
Siente que todo le cuesta un esfuerzo				
Se siente inútil				
Poco apetito				
Problemas para dormir				

Anexo V. Informe de protocolo favorable del comité de ética de la Universidad Complutense de Madrid / Additional File 5: Favourable protocol report of the ethics committee of Universidad Complutense de Madrid/



**Informe Protocolo Favorable
Tesis doctoral
Ref: CE_20231214_11_SAL**

**LUCIA DE JUAN FERRÉ, PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UCM,
CERTIFICA:**

Que el Comité de Ética de la Investigación de la UCM, en su sesión de 14 de diciembre de 2023, ha evaluado la propuesta relativa al siguiente proyecto:

Título: "Estudio de la felicidad de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias en programas de deshabituación."

**Investigador/es responsable/s:
Clara LUCAS GUERRA**

Que en este estudio:

- 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.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad de los investigadores y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- Los investigadores responsables quedan comprometidos a respetar el carácter confidencial de la información obtenida y a custodiarla conforme a la legislación vigente, incluyendo la protección de datos personales.

Cualquier cambio sobre el proyecto evaluado por el comité invalida el presente informe favorable y requerirá una nueva evaluación.

Madrid, a fecha de firma

Firmado por ***0038** LUCIA DE JUAN
(R: ****8014*) el día 30/01/2024 con un
certificado emitido por AC Representación

Anexo VI. Modelo de consentimiento informado entregado a los pacientes de los CCAD Centro Cruz Roja y CCAD Casa de Campo

Hoja Informativa/Consentimiento

Título del Proyecto: Estudio de la felicidad de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias en programas de deshabitación.

Nombre del Investigador Principal: Clara Lucas Guerra

Centro: Centros Concertados de Atención a las Adicciones (CCAD): CCAD Centro (Cruz Roja) (C/ Hermanos Álvarez Quintero 3) y CCAD Casa de Campo (Cruz Roja) (C/Paseo Viejo, 1).

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre este Proyecto de Investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este proyecto. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su cuidado.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El abordaje de los trastornos por consumo de sustancias y su deshabitación requiere de la intervención de muchos profesionales. Desde la enfermería, también se aborda esta patología y sus cuidados.

Este estudio quiere dar visibilidad a los pacientes en programas de deshabitación y conocer su grado de felicidad y asociarlo con variables sociodemográficas, como el sexo o la edad entre otras, y variables clínicas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación. Los posibles beneficios del estudio serían mejorar la actividad enfermera en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias.

CONFIDENCIALIDAD

Sus datos serán anonimizados. Solo el personal autorizado podrá relacionar la información derivada de los análisis realizados con información sobre su identidad.

A este estudio les son plenamente de aplicación la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). (Dña Clara Lucas Guerra investigadora principal) habiendo adquirido el firme compromiso de proteger la privacidad y protección de sus datos de carácter personal de conformidad con el presente documento.

El investigador principal adoptara las medidas de protección física, administrativa y técnicas razonables y apropiadas para proteger sus datos de carácter personal frente a la pérdida, el uso indebido, el acceso no autorizado, la divulgación, la alteración o la destrucción.

Para solicitar el acceso, la rectificación, supresión, portabilidad o limitación del tratamiento de los datos personales o a oponerse al estudio, el participante puede dirigir un escrito a la responsable del estudio, Doña Clara Lucas Guerra, clara.lucas@salud.madrid.org

Los datos de carácter personal se conservarán únicamente durante 5 años, tiempo estimado para realizar el estudio en su totalidad.

Se puede poner en contacto con nosotros para ejercer sus derechos, realizar consultas o presentar reclamaciones sobre el tratamiento de sus datos por parte del investigador/-a principal.

CONSENTIMIENTO

La cumplimentación y entrega del cuestionario implica su CONSENTIMIENTO para participar en el estudio

No dude en preguntarnos todo aquello que considere oportuno y reciba nuestro agradecimiento por anticipado.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del Investigador Principal: Clara Lucas Guerra

E-mail: clara.lucas@salud.madrid.org

Anexo VII. Modelo de cuestionario entregado a los pacientes de los CCAD Centro Cruz Roja y CCAD Casa de Campo

Sexo					
Hombre					
Mujer					
No binario					
Prefiere no contestar					
Fecha de nacimiento					
Años que lleva el paciente en programa de rehabilitación/sustitución					
Nivel educativo					
Educación primaria completada					
Educación secundaria					
Estudios de Bachillerato					
Estudios universitarios durante 3 años o menos					
Estudios universitarios durante más de 3 años					
Convivencia en los últimos 30 días					
Vive solo					
Vive con alguien					
Condiciones de vivienda en los últimos 30 días					
Vive en casa propia, de alquiler o prisión					
Vive en la calle, en campamentos temporales o con amigos o familiares					
Presencia de hijos					
Tiene hijos menores de 18 años					
Tiene hijos de 18 años o mayores					
Sin hijos					
Intentos de suicidio					
Tratamiento sustitutivo actual					
Metadona					
Buprenorfina					
Otros					
Sustancias consumidas en los últimos 30 días	Nunca	Menos de un día por mes	De uno a tres días por semanas	Más de tres días por semana	A diario
Alcohol					
Benzodiazepinas (no prescritas por el medico)					
Cannabis					

Opioides (heroína,
fentanilo, morfina u
otros)

Estimulantes
(antefetaminas,
metanfetaminas,
cocaína)

¿Cuál es su grado de felicidad?

Por favor, escriba su grado de felicidad donde 0 representa estar «completamente infeliz» y 10 «completamente feliz».

0  10

Valoración del distrés psicológico: SCL-25.

Elija la respuesta que mejor defina como se ha sentido la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Se asusta sin motivo				
Siente miedo				
Debilidad				
Nerviosismo				
Palpitaciones				
Tiembla				
Se siente tenso/a				
Dolor de cabeza				
Siente pánico				
Siente inquietud				
Siente que le falta energía				
Se culpa a sí mismo/a				
Llora con facilidad				
Pierde el interés sexual				
Se siente solo/a				
Se siente sin esperanza				
Se siente triste				
Piensa en acabar con su vida				
Se siente atrapado/a				
Se preocupa en exceso				

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabitación

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
No siente interés por nada				
Siente que todo le cuesta un esfuerzo				
Se siente inútil				
Poco apetito				
Problemas para dormir				

Anexo VIII. Pruebas de dependencia entre la variable felicidad y el resto de variables sociodemográficas

Pruebas de normalidad de la distribución de las variables cuantitativas obtenidas en España

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig	Estadístico	gl	Sig
Edad	0,11	50	0,04*	0,97	50	0,02*
Años que lleva el paciente en programas de deshabituación	0,27	50	0,01*	0,59	50	0,01*
Consumo	0,13	50	0,02*	0,91	50	0,01*
Distrés	0,09	50	0,1	0,95	50	0,04*
Felicidad	0,14	50	0,04*	0,96	50	0,01*

Sig: nivel de significación. * $p < 0,05$

Pruebas de dependencia entre las variables sociodemográficas dicotómicas y la variable felicidad de los pacientes de España.

	U de Mann-Whitney	Z	Significación asintótica (bilateral)*
Sexo	194 000	-0,14	0,88
Nivel educativo	210 000	-0,68	0,49
Condiciones de vivienda	284 000	-0,47	0,63
Convivencia	222 000	-1,7	0,08
Hijos	246 500	-0,97	0,33
Intentos de suicidio	253 500	-1,14	0,25

*($p < 0,05$)

Pruebas de dependencia entre el tratamiento y la variable felicidad de los pacientes de España.

	H de Kruskal-Wallis	gl	Significación asintótica (bilateral)*
Tratamiento	3,73	2	0,15

*($p < 0,05$)

Correlación de Spearman entre felicidad y edad, años de deshabituación y consumo de los pacientes de España.

	Felicidad	Significación asintótica (bilateral)*
Edad	-0,2	0,16
Años en deshabituación	0,06	0,66
Consumo	-0,12	0,39

*($p < 0,05$)

Anexo IX. Modelo de regresión lineal múltiple «backward»

Coefficientes del modelo de regresión hacia atrás para la variable felicidad.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95 % intervalo de confianza para B		Estadísticas de colinealidad		
	B	Desv. Error	Beta			Límite inferior	Límite superior	Tolerancia	VIF	
1	(Constante)	10.92	1.98		5.5	0*	6.9	14.94		
	Consumo	-0.02	0.45	0	-0.04	0.96	-0.95	0.9	0.69	1.43
	Distrés	-1.8	0.43	-0.54	-4.17	0*	-2.67	-0.92	0.81	1.22
	Sexo	0.31	0.81	0.05	0.38	0.7	-1.34	1.97	0.74	1.34
	Edad	-0.09	0.03	-0.41	-2.8	0*	-0.17	-0.02	0.64	1.54
	Años que lleva el paciente en programas de deshabitación	0.05	0.03	0.22	1.55	0.12	-0.01	0.12	0.67	1.48
	Nivel_educativo	0.17	0.75	0.03	0.23	0.81	-1.34	1.69	0.73	1.36
	Condiciones de vivienda	0.67	0.65	0.14	1.02	0.31	-0.65	2	0.74	1.33
	Tipo_vivienda	-0.21	0.64	-0.04	-0.32	0.74	-1.52	1.1	0.77	1.29
	Hijos	-0.62	0.61	-0.12	-1.01	0.31	-1.86	0.61	0.9	1.1
	Intentos_suicidio	-0.47	0.68	-0.09	-0.69	0.49	-1.87	0.92	0.67	1.48
	Tratamiento	0.64	0.31	0.27	2.02	0.05	0	1.28	0.75	1.31
2	(Constante)	10.89	1.87		5.8	0*	7.09	14.69		
	Distrés	-1.8	0.42	-0.54	-4.25	0*	-2.66	-0.94	0.82	1.21
	Sexo	0.31	0.79	0.05	0.4	0.69	-1.29	1.93	0.76	1.3
	Edad	-0.09	0.03	-0.41	-2.84	0*	-0.16	-0.02	0.65	1.53
	Años que lleva el paciente en programas de deshabitación	0.05	0.03	0.22	1.58	0.12	-0.01	0.11	0.67	1.48
	Nivel_educativo	0.19	0.67	0.03	0.28	0.77	-1.18	1.56	0.87	1.13
	Condiciones de vivienda	0.67	0.64	0.13	1.03	0.30	-0.64	1.98	0.75	1.33
	Tipo_vivienda	-0.22	0.6	-0.04	-0.36	0.71	-1.44	0.99	0.86	1.15
	Hijos	-0.61	0.6	-0.12	-1.02	0.31	-1.83	0.6	0.91	1.09
	Intentos_suicidio	-0.48	0.67	-0.1	-0.71	0.48	-1.84	0.88	0.68	1.46
	Tratamiento	0.64	0.31	0.27	2.05	0.04*	0.01	1.27	0.76	1.3
	3	(Constante)	10.96	1.84		5.95	0*	7.24	14.68	
Distrés		-1.81	0.41	-0.54	-4.32	0*	-2.65	-0.96	0.82	1.21
Sexo		0.3	0.78	0.05	0.39	0.69	-1.28	1.89	0.76	1.3
Edad		-0.09	0.03	-0.41	-2.87	0*	-0.16	-0.02	0.65	1.53

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95 % intervalo de confianza para B		Estadísticas de colinealidad		
	B	Desv. Error	Beta			Límite inferior	Límite superior	Tolerancia	VIF	
4	Años que lleva el paciente en programas de deshabitación	0.05	0.03	0.22	1.61	0.11	-0.01	0.11	0.67	1.48
	Condiciones de vivienda	0.67	0.64	0.14	1.05	0.29	-0.61	1.97	0.75	1.33
	Tipo_vivienda	-0.21	0.59	-0.04	-0.36	0.71	-1.42	0.98	0.86	1.15
	Hijos	-0.62	0.59	-0.12	-1.04	0.3	-1.82	0.57	0.91	1.09
	Intentos_suicidio	-0.44	0.65	-0.09	-0.67	0.5	-1.77	0.88	0.7	1.41
	Tratamiento	0.67	0.29	0.28	2.28	0.02*	0.07	1.26	0.85	1.17
	(Constante)	10.9	1.81		6.01	0*	7.24	14.55		
	Distrés	-1.83	0.4	-0.55	-4.48	0*	-2.66	-1	0.84	1.18
	Sexo	0.28	0.77	0.04	0.36	0.71	-1.28	1.85	0.77	1.29
	Edad	-0.09	0.03	-0.41	-2.93	0*	-0.16	-0.03	0.65	1.53
5	Años que lleva el paciente en programas de deshabitación	0.05	0.03	0.23	1.67	0.1	-0.01	0.11	0.68	1.46
	Condiciones de vivienda	0.73	0.61	0.15	1.19	0.24	-0.5	1.97	0.79	1.25
	Hijos	-0.65	0.58	-0.13	-1.13	0.26	-1.83	0.51	0.93	1.07
	Intentos_suicidio	-0.46	0.64	-0.09	0.71	0.47	-1.77	0.84	0.71	1.4
	Tratamiento	0.68	0.28	0.29	2.4	0.02*	0.11	1.26	0.87	1.14
	(Constante)	10.84	1.78		6.07	0*	7.23	14.44		
	Distrés	-1.83	0.4	-0.55	-4.54	0*	-2.65	-1.02	0.84	1.18
	Edad	-0.09	0.03	-0.41	-2.95	0*	-0.16	-0.03	0.65	1.52
6	Años que lleva el paciente en programas de deshabitación	0.05	0.03	0.22	1.66	0.1	-0.01	0.11	0.68	1.45
	Condiciones de vivienda	0.77	0.59	0.16	1.3	0.2	-0.42	1.98	0.83	1.2
	Hijos	-0.64	0.57	-0.13	-1.12	0.26	-1.8	0.51	0.93	1.06
	Intentos_suicidio	-0.37	0.59	-0.07	-0.62	0.53	-1.56	0.82	0.83	1.2
	Tratamiento	0.7	0.27	0.3	2.54	0.01*	0.14	1.26	0.9	1.1
	(Constante)	10.69	1.75		6.08	0*	7.14	14.24		
	Distrés	-1.91	0.38	-0.58	-4.96	0*	-2.68	-1.13	0.92	1.08
	Edad	-0.09	0.03	-0.4	-2.92	0*	-0.16	-0.03	0.66	1.5
7	Años que lleva el paciente en programas de deshabitación	0.04	0.03	0.2	1.55	0.12	-0.01	0.1	0.75	1.32
	Condiciones de vivienda	0.72	0.58	0.15	1.23	0.22	-0.46	1.9	0.84	1.17
	Hijos	-0.69	0.56	-0.14	-1.22	0.22	-1.83	0.44	0.95	1.04
	Tratamiento	0.71	0.27	0.30	2.58	0.01*	0.15	1.27	0.9	1.1
	(Constante)	10.72	1.76		6.06	0*	7.15	14.28		
Distrés	-1.88	0.38	-0.57	-4.86	0*	-2.65	-1.1	0.92	1.07	

Evaluación del nivel de felicidad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias durante el proceso de deshabituación

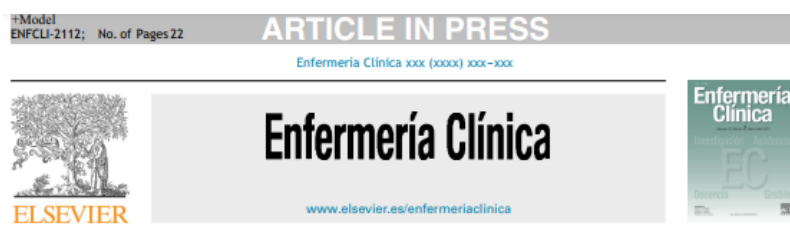
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95 % intervalo de confianza para B		Estadísticas de colinealidad		
	B	Desv. Error	Beta			Límite inferior	Límite superior	Tolerancia	VIF	
	Edad	-0.10	0.03	-0.42	-3.12	0*	-0.16	-0.03	0.67	1.47
	Años que lleva el paciente en programas de deshabituación	0.05	0.03	0.21	1.64	0.1	-0.01	0.11	0.75	1.32
	Condiciones de vivienda	0.68	0.58	0.14	1.17	0.24	-0.49	1.87	0.85	1.17
	Tratamiento	0.7	0.27	0.3	2.53	0.01*	0.14	1.26	0.9	1.1
	(Constante)	10.44	1.76		5.93	0*	6.89	1.39		
	Distrés	-1.87	0.38	-0.56	4.84	0*	-2.65	-1.09	0.92	1.07
	Edad	-0.08	0.03	-0.36	-2.88	0*	-0.15	-0.02	0.78	1.27
8	Años que lleva el paciente en programas de deshabituación	0.04	0.03	0.19	1.49	0.14	-0.01	0.10	0.77	1.29
	Tratamiento	0.68	0.27	0.29	2.45	0.01*	0.12	1.24	0.91	1.09
	(Constante)	10.06	1.76		5.7	0*	6.51	13.61		
	Distrés	-1.92	0.39	-0.58	-4.9	0*	-2.71	-1.13	0.93	1.07
9	Edad	-0.07	0.02	-0.29	-2.4	0.01*	-0.12	-0.01	0.91	1.09
	Tratamiento	0.59	0.27	0.25	2.15	0.03*	0.03	1.14	0.95	1.04

Sig: nivel de significación. VIF: factor de inflación de la varianza. P<0.05

Anexo X. Publicaciones adicionales de la tesis doctoral

Publicación en la revista Enfermería Clínica: «Intervenciones enfermeras para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: una revisión sistemática» (Referencia: ENFCLIN-D-23-00101R3)

La revista Enfermería Clínica está indexada en Web of Science, National Library of Medicine/Pubmed/Medline, Scopus/SCImago Journal Rank(SJR), Emerging Sources Citation Index (ESCI) (Clarivate Analytics) CINAHL, Elsevier Bibliographic Databases, EBSCO Publishing, Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, CSIC/IME, IBECS, Latindex, CUIDEN, Dialnet, Google Scholar Metrics, SCOPUS.



ORIGINAL

Intervenciones enfermeras para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: una revisión sistemática

Clara Lucas-Guerra^{a,*}, Héctor González-Ordí^b y Ramón del-Gallego-Lastra^c

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Salud de la Universidad Camilo José Cela; Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Departamento de Psicología Experimental, Procesos Cognitivos y Logopedia, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^c Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido el 3 de mayo de 2023; aceptado el 30 de marzo de 2024

PALABRAS CLAVE

Trastornos relacionados con sustancias;
Enfermería;
Ensayo clínico;
Revisión sistemática;
Consumidores de drogas (Decs)

Resumen

Objetivo: Analizar la evidencia actual disponible sobre intervenciones no farmacológicas para aumentar el tiempo de abstinencia de pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Método: se ha realizado una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados con grupo control donde se lleve a cabo una intervención no farmacológica en la que haya participación enfermera. La búsqueda fue realizada en Pubmed, CINAHL, Web of Science, Scopus y Cochrane. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados con grupo control publicados entre 2018 y 2023.

Resultados: Se seleccionaron 15 artículos. Se observó mayor tiempo de abstinencia en las intervenciones que planteaban un seguimiento telemático personalizado con un sanitario, el establecimiento de la figura del coordinador de cuidados o recompensas económicas en función del tiempo de abstinencia. No se observaron diferencias significativas en la abstinencia en estudios que planteaban educación para la salud (EPS) o técnicas de relajación únicamente. No obstante, las técnicas de relajación combinadas con otras intervenciones sí podrían ser efectivas.

Conclusiones: Las intervenciones identificadas pueden ser incorporadas a la práctica enfermera. Presentan resultados esperanzadores, aunque sería recomendable estudiar su efectividad a largo plazo.

© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: claraluc@ucm.es (C. Lucas-Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.03.006>
1130-8621/© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Cómo citar este artículo: C. Lucas-Guerra, H. González-Ordí and R. del-Gallego-Lastra, Intervenciones enfermeras para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: una revisión sistemática, Enfermería Clínica, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.03.006>