



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

**PATOLOGÍA DUAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS DE PSIQUIATRÍA: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERFIL CLÍNICO-ASISTENCIAL DURANTE LOS AÑOS 2015 Y 2016.**

AUTORA

Silvia Cervero López

DIRECTOR

Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina

Curso 2016/2017

## **INDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCION...</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Justificación</b>	<b>5</b>
<b>1.2. La patología dual</b>	<b>5</b>
<b>1.3. Diagnóstico diferencial de la patología dual ...</b>	<b>6</b>
<b>1.4. La unidad de hospitalización de adultos</b>	<b>7</b>
<b>2. MARCO TEORICO</b>	<b>9</b>
<b>2.1. La importancia de la investigación en patología dual</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Epidemiología de la patología dual</b>	<b>9</b>
<b>2.3. La intervención en patología dual</b>	<b>10</b>
<b>3. MARCO METODOLOGICO</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Objetivos</b>	<b>12</b>
<b>3.2. Material y métodos</b>	<b>12</b>
<b>3.2.1. Búsqueda bibliográfica sistematizada</b>	<b>12</b>
<b>3.2.2. Estudio descriptivo</b>	<b>13</b>
<b>3.3. Resultados</b>	<b>16</b>
<b>3.3.1. Búsqueda bibliográfica sistematizada en Pubmed</b>	<b>16</b>
<b>3.3.2. Estudio descriptivo</b>	<b>17</b>
<b>3.3.3. Perfil clínico</b>	<b>18</b>
<b>3.3.4. Perfil asistencial</b>	<b>22</b>
<b>3.4. Discusión</b>	<b>28</b>
<b>3.4.1. Limitaciones del estudio</b>	<b>29</b>
<b>3.4.2. Perfil clínico</b>	<b>30</b>
<b>3.4.3. Perfil asistencial</b>	<b>31</b>
<b>3.4.4. Necesidades futuras de actuación</b>	<b>34</b>
<b>4. CONCLUSIONES...</b>	<b>37</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>38</b>
<b>6. ANEXO I</b>	<b>41</b>

## RESUMEN

La patología dual hace referencia a la presentación en un mismo sujeto de un trastorno mental y un trastorno adictivo, dentro de un periodo de tiempo concreto. Es todavía una patología no bien conocida, de complejo diagnóstico y gran discordancia entre los profesionales. Su elevado coste asistencial hace necesario un conocimiento más profundo con la finalidad de optimizar los recursos asistenciales. Los protocolos existentes son poco conocidos y de escaso impacto clínico.

El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia y perfil del diagnóstico dual entre los pacientes ingresados durante los años 2015 y 2016 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

La metodología utilizada consiste en un estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados durante el periodo de tiempo mencionado. Se revisan informes de alta de 840 pacientes que han sido ingresados en esta unidad. Se han seleccionado aquellos que presentaban algún tipo de consumo de sustancias y, en estos casos, se analizan diferentes variables extraídas de dichos informes. Para ello, se ha utilizado el conjunto mínimo de datos de la base de datos de la UHA.

Perfil clínico- asistencial: Los resultados obtenidos muestran que 203 pacientes presentaron algún tipo de consumo de sustancias (24,16%), De entre estos pacientes, el 76,8 % podían recibir el diagnóstico de patología dual. Un 79,3% eran varones, con una edad media de 36,7 años. El 59,1 % estaban solteros. Estos pacientes permanecieron ingresados 13,13 días de estancia media. Un 75,4% presentan antecedentes psiquiátricos previos, con ingresos anteriores en un 61,1%. Respecto a las patologías diagnosticadas principales, destacan episodios psicóticos agudos (23,6%) esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos (15,8%)%, y trastornos depresivos (11,3%).

**Revisión bibliográfica:** La mayoría de los artículos analizados han sido obtenidos en la base de datos Pubmed (64%) y los restantes artículos en referencias bibliográficas relevantes y páginas de interés.

Conclusiones: Los pacientes con patología dual presentan un perfil diferenciado dentro de los pacientes ingresados en UA. Debemos destacar su complejidad asistencial y la necesidad de establecer programas específicos para una adecuada atención a estos pacientes, necesidades que presenta este colectivo, la importante carga que soportan sus familiares y todos aquellos profesionales sanitarios implicados.

**Palabras clave:** diagnóstico dual, pacientes hospitalizados, perfil clínico asistencial, drogodependencia, trastornos por uso de sustancia (TUS), comorbilidad psiquiátrica

## **ABSTRACT**

The dual pathology refers to the presentation in the same subject of a mental disorder and an addictive disorder also, in a specific period of time. It is still a pathology not well studied and known due to complex diagnosis and great difference of opinion among professionals. Its high cost of care requires a deeper knowledge in order to optimize care resources. Existing protocols are quite little known and have limited clinical impact.

The aim of this study is to know the prevalence and profile of the dual diagnosis between patients admitted during 2015 and 2016 in the acute hospitalization unit of the Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, in Zaragoza, Spain.

The methodology used is a retrospective observational study of patients admitted during the years mentioned above. A total of 840 clinical case of patients has been reviewed. There were selected those of had some substance use, in these cases, different variables extracted from these reports were analysed. A minimum set of data has been used.

Clinical-care profile: The results obtained show that 203 patients had some type of substance use (24.16%). Of these patients, 76.8% could receive the diagnosis of dual pathology. 79.3% were males, with a average age of 36.7 years. 59.1% were single. The average stay in hospital were 13.13 days. 75.4% had a previous psychiatric history, with previous admissions of 61.1%.

Regards the main diagnostic pathologies founds, acute psychotic episodes (23.6%), schizophrenia and schizoaffective disorders (15.8%), and depressive disorders (11.3%),

Bibliographic review: Most of the articles analyzed were obtained from the Pubmed database (64%) and other were articles founds in relevant bibliographical references and websites.

Conclusions: Patients with dual pathology present a differentiated profile within the patients admitted to UA. I would like to remak their complexity of care. Is necessary establish specific programs for an adequate attention to these kind of patients, the needs of this group of patients, the important load hold by their families and all those health professionals involved.

Key words: dual diagnosis, hospitalized patients, clinical care profile, drug dependence, substance use disorders (SUD), psychiatric comorbidity

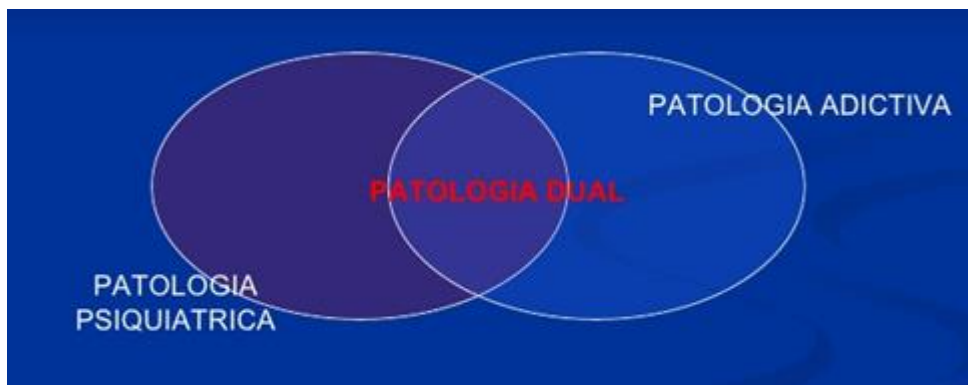
## 1. INTRODUCCION

### 1.1 JUSTIFICACION

En el momento actual resulta de gran relevancia la investigación acerca de la patología dual, debido al gran desconocimiento que existe aún en torno a este nuevo síndrome. Como diagnóstico es aún el gran desconocido en muchos ámbitos, tanto desde la psiquiatría como desde la medicina general.

El elevado coste que supone este tipo de pacientes, así como la dificultad en su manejo y tratamiento hacen del diagnóstico dual uno de los grandes retos de la actualidad. Así, consideramos necesario identificar las variables clínicas o biológicas que influyen en la aparición, desarrollo o evolución de esta patología. Estos pacientes tienen una dificultad añadida, independientemente de la patología psiquiátrica que presenten, todos asocian el consumo de sustancias que ya de base tiene un elevadísimo porcentaje de recaídas. No disponemos aún de los recursos necesarios para paliar estos déficits, personales, materiales o de recursos.

### 1.2 PATOLOGIA DUAL



Se define patología dual como la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico (psicosis, depresión, trastornos de personalidad, etc.) La comorbilidad entre los trastornos físicos y las drogodependencias es un fenómeno muy común.

La relación entre las dos entidades se puede valorar desde distintas perspectivas. Se puede plantear como dos trastornos independientes que pueden coincidir en el tiempo cada uno con su curso propio o evolución idiosincrásica, o se puede considerar como dos tipos de trastornos independientes que interaccionan el uno con el otro modificando la patología, el curso, o la evolución de cada uno de ellos, dando lugar a otro trastorno con dinámica propia. También se puede presentar a estas patologías como claramente dependientes la una de la otra tanto a nivel etiológico como de curso y pronóstico.

La existencia de patología dual se ha relacionado con un peor pronóstico, mayor aparición de recaídas, mayor número de hospitalizaciones y complicaciones psicopatológicas.<sup>1</sup>

Es importante la adecuada detección de este subgrupo de pacientes, ya que no solamente varía el curso de la enfermedad, sino que el tratamiento a utilizar con ellos también presenta ciertas particularidades:

- ✓ Se deben estabilizar los síntomas agudos psiquiátricos o de abuso de sustancias como paso previo al proceso rehabilitador
- ✓ Si existe psicosis o ideación suicida es necesario priorizar el tratamiento psiquiátrico
- ✓ Es necesario tratar de forma eficaz los dos trastornos, con un plan terapéutico integrador, recomendándose un solo terapeuta para ambos, o una comunicación frecuente entre terapeutas, para evitar una posible manipulación por parte de los pacientes
- ✓ El tratamiento debe tener una frecuencia de dos a tres veces por semana en pacientes ambulatorios. El tratamiento residencial u hospitalario facilitar la reinserción
- ✓ Las técnicas de confrontación y auto exposición en ocasiones agravan los síntomas psiquiátricos. Tampoco son eficaces la terapia de consejo o grupos de autoayuda<sup>2</sup>

### **1.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGIA DUAL**

Es un hecho conocido hace largo tiempo que entre la población psiquiátrica existe una alta tasa de pacientes con algún tipo de consumo de sustancias. El porcentaje en el que esto ocurre no está aun claramente establecido, pero se han realizado un amplio número de estudios en los últimos años que nos informan de que este porcentaje es sin duda alto, a pesar de las diferencias inter estudios. Y sin duda, muchísimo mayor que en la población general

Para poder continuar con nuestro estudio, debemos establecer y delimitar cuáles de los casos en los que concurren patología psiquiátrica y consumo de sustancias pueden recibir el diagnóstico dual, y cuáles no.

Para ello, debemos establecer los siguientes criterios

- ✓ Tanto los trastornos mentales del eje I (detallarlos) como los del eje II (detallarlos) son susceptibles de ser considerados dentro del diagnóstico dual
- ✓ Respecto al consumo de sustancias tanto el uso inadecuado, como el abuso, así como la dependencia pueden concebirse dentro de este diagnóstico
- ✓ Se deben excluir los cuadros reactivos por intoxicación o efecto del síndrome de abstinencia
- ✓ Debe haber relación de influencia recíproca entre ambos trastornos (trastorno mental y de consumo de sustancias)

- ✓ Deben estar presentes y funcionales ambos trastornos.
- ✓ Ambos trastornos deben coexistir al mismo tiempo en un periodo concreto (otra bibliografía)

La patología dual se cataloga en función del tiempo, antecedentes, gravedad, pronóstico o deterioro personal del paciente

El diagnóstico es difícil, a veces es complicado distinguir síntomas coincidentes de trastornos adictivos y otros síntomas de trastornos mentales, esto comporta grandes dificultades diagnósticas. Es necesario que éste sea dimensional y longitudinal. La valoración debe comenzar lo antes posible, sin periodos de espera o de abstinencia arbitrarios y sin obligación de estabilización psiquiátrica previa.<sup>3</sup>

La evaluación debe incluir también, además de la exploración de todas las patologías concurrentes, la elaboración de una psicobiografía detallada investigando detalles relacionados con la infancia. Se ha encontrado que pacientes con mayor nivel de adversidad infantil han presentado más trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente relacionados con abuso y dependencia de sustancias. Al mismo tiempo, estos trastornos han supuesto un curso más desfavorable. Este impacto requiere su consideración en la evaluación diagnóstica y posteriormente en la atención psiquiátrica<sup>4</sup>

#### **1.4 UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE ADULTOS**

Este estudio se ha realizado en la Unidad de Hospitalización de Adultos perteneciente al servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Los informes clínicos de alta analizados pertenecen a aquellos pacientes ingresados en esta unidad durante los años 2015 y 2016.

La UHA atiende a toda la población del Sector III y el Sector de Calatayud, con una población respectiva de 306.197 y 50.181 habitantes. El Sector III incluye 22 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente Centro de Salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a las necesidades de salud de la población y a las características sociodemográficas de cada Zona de Salud. En todas ellas, la atención sanitaria es prestada por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo.

Entre las características principales de este sector podemos destacar una importante ruralidad, una gran dispersión, una elevada tasa de envejecimiento y dependencia de la población, así como de inmigración.<sup>5</sup>

Esta unidad consta de 20 camas, y sus ingresos suponen el 1,5% de los de todo el hospital. La UHA está localizada en la 3ª planta del H.C.U, ala B, dispone de 20 camas, 17 habitaciones (4 dobles y el resto individuales), 1 despacho en el interior del recinto cerrado, una sala de actividades propias de una Unidad de Hospitalización-control de

enfermería, dos salas de enfermería, una sala de reuniones, una sala que hace las funciones de comedor y una sala de estar. También hay tres despachos de facultativos que se ubican fuera del espacio de la Unidad.

La UHA puede ser entendida como UCI en Psiquiatría que precisa de un equilibrio entre clima terapéutico (planes de cuidados de enfermería) y seguridad de los pacientes (Campos, 2015). Hay un equipo de 34 personas que son ejemplo de 42 años de servicio a unos pacientes que están en una situación clínica y personal muy delicada (alto porcentaje de ingresos involuntarios, Ley Antitabaco...). La exigencia profesional máxima: 24x7 (365 días) con índice de ocupación del 100%, estancias medias de 13, índices de funcionamiento 0.74 en 2015...). Hay referencias internacionales sobre la complejidad que supone para pacientes y cuidadores (Hardcastle y cols. 2009).

La Unidad es atendida por un equipo de 3 Psiquiatras (uno de ellos Jefe de Sección), 12 DUES uno de ellos supervisor, 8 Auxiliares de clínica y 8 Celadores y 1 Secretaria compartida con el resto del Servicio y un trabajador Social compartido con el Hospital de Día de Adultos.

Las prestaciones que asume la UHA son las relacionadas con la atención de aquellos trastornos psiquiátricos graves que presentan una descompensación aguda, y que, en razón de su imposibilidad de abordaje terapéutico ambulatorio, éste se debe realizar en régimen de hospitalización. Otras indicaciones de ingreso son:

1. Existencia de un riesgo de conductas auto o heteroagresivas, sobre todo si no existe un adecuado soporte sociofamiliar.
2. Posibilidad de ingreso para llevar a cabo un estudio diagnóstico que a nivel ambulatorio sería más lento y costoso para el paciente.
3. Ingreso programado para realizar desintoxicación a sustancias o alcohol.

La estancia media en una UHA de Psiquiatría debe ser breve, en el caso de la UHA que se describe es de alrededor de 14 días, 12,74 en el año 2013 con un índice de ocupación del 96,71 % y de 13.9 días y 100.6% de ocupación en 2015<sup>38</sup>.



## **2. MARCO TEORICO E INTERVENCION**

### **2.1. LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION EN PATOLOGIA DUAL**

La investigación en patología dual es fundamental en la actualidad. A pesar de que durante los últimos años han aparecido estudios relacionados con el diagnóstico dual, estos estudios no han resultado concluyentes, y a pesar de haber resuelto algunos interrogantes, han abierto muchos más. A pesar de los esfuerzos realizados, aún existen un gran número de cuestiones sin resolver en la actualidad.

Para la sociedad española de patología dual, la patología dual no es la suma de dos diferentes trastornos, sino que probablemente es una nueva entidad clínica sindrómica, en la que subyacen factores y sustratos cerebrales comunes a ambas manifestaciones psicopatológicas que, aunque no esté recogida en las clasificaciones internacionales (CIE y DSM), es ahora reconocida por todos los clínicos, los cuales demandan y necesitan de conocimientos que no son sólo la suma de las habilidades y competencias necesarias para el adecuado tratamiento de ambos trastornos por separado.<sup>3</sup>

Es necesario asimismo ampliar nuestros conocimientos acerca del curso, evolución e influencia en estos pacientes. Los resultados de los estudios tampoco ofrecen en la mayoría de los casos homogeneidad de resultados. Dado que es una patología reciente, tampoco disponemos de estudios longitudinales a largo plazo que nos informen de la evolución a todos los niveles.

A pesar de que en los últimos años se están desarrollando protocolos de tratamiento específicos para estos pacientes, son todavía muy desconocidos y en la mayoría de los casos no disponemos de los recursos necesarios para llevarlos a cabo con garantías de calidad y eficacia.

Por todo ello debemos invertir más esfuerzo para el avance en esta patología, todavía muy desconocida en la mayoría de los ámbitos.

### **2.2 EPIDEMIOLOGIA DE LA PATOLOGIA DUAL**

Tal y como se acaba de comentar, todavía existen muchas dudas acerca de la epidemiología de la patología dual. Los datos varían en función de los diferentes estudios, los lugares, las muestras, los tipos de pacientes... Según el caso, podemos encontrar prevalencias que oscilan entre el 15 y el 80%. Los datos son todavía totalmente estudio-dependientes.<sup>6</sup>

Idénticos interrogantes se abren cuando hablamos de los determinantes de esta patología. Sus características demográficas, biológicas, sociales y económicas de hábitos personales y características genéticas son amplias y variadas. No nos permite por el momento realizar un juicio crítico acerca de la existencia de relaciones causales.

Estudios recientes informan que el 70% de las personas que presentan abuso de sustancias presentan además otra patología asociada. Algunos otros amplían este porcentaje hasta el 100%<sup>7</sup>

Hasta hace relativamente poco tiempo, el abordaje de las conductas adictivas a sustancias como el alcohol y otras drogas se consideraba un problema clínico diferente a los trastornos mentales, un problema cuyo origen se relacionaba con problemas sociales y psicológicos y en el cual el papel de los médicos se limitaba a tratar las consecuencias físicas de estas conductas

La relación etiológica que subyace a esta patología dual no es totalmente clara, pero se conoce la intervención de factores genéticos, neurobiológicos, epigenéticos y medioambientales que contribuyen al desarrollo de estos trastornos una vez que el individuo se ha expuesto. En las últimas décadas han surgido diferentes teorías aun por investigar<sup>7</sup>

## **2.3 INTERVENCION EN PATOLOGIA DUAL**

Como en todas las patologías relacionadas con el ser humano, en las patologías psiquiátricas en general conocemos la importancia de la intervención precoz en las fases iniciales de la enfermedad. En este caso, tenemos aún una mayor evidencia, ya que la interacción de todos los factores relacionados: biológicos, psicológicos y sociales hacen que la intervención deba ser temprana y multifactorial. Hay estudios que asumen que debemos reforzar el esfuerzo diagnóstico en las etapas infantil y adolescente ya que están asociados con un mejor curso, evolución y pronóstico.<sup>4,8</sup>

Hasta hace relativamente poco tiempo, no existía ningún tipo nuevo de tratamiento específico para estos pacientes. Nos limitamos a tratar la patología psiquiátrica por un lado y el consumo de sustancias por el otro sin valorar las interacciones entre ambos. Recientemente, la Sociedad española de patología dual ha elaborado una serie de protocolos adaptados a las distintas patologías comórbidas.

Con todo ello se pretende integrar la salud mental, disociada en dos redes de tratamiento separadas, que sufre un único paciente con dos manifestaciones psicopatológicas –una conducta adictiva y otro trastorno mental–, el cual se ve así abocado a poder sufrir el síndrome de la puerta equivocada”, donde no encuentra la entrada correcta al sistema sanitario<sup>7</sup>

El plan nacional de drogas en su última edición establece ya que debe mejorarse la atención específica a la patología dual, y que debe destacarse a aquellos que la sufren como población diana, debido al empeoramiento de estos casos en evaluación y pronóstico<sup>9</sup>

### **3. MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1 OBJETIVOS**

La realización de este estudio pretende cumplir una serie de objetivos.

Uno de los principales es ampliar el conocimiento acerca de la prevalencia en nuestro medio del diagnóstico dual.

Otro de los objetivos es la elaboración de un material aún no existente que pueda ser utilizado más adelante. La metodología, estructuración y resultados de este estudio podrán ser utilizados con posterioridad para poder continuar con la investigación en esta materia. La base de datos realizada con aquellos pacientes ingresados durante los años 2015 y 2016 en la unidad de hospitalización de agudos podrá ser también utilizada más adelante como fuente de consulta

Por último, y no menos importante, otro de los objetivos es el conocimiento descriptivo de las características clínicas y asistenciales de los pacientes ingresados que unen a su patología psiquiátrica algún tipo de consumo de sustancias. El conjunto mínimo de datos analizado pretende ayudarnos extraer conclusiones y posteriormente podrán ser utilizadas para mejorar el coste-eficacia de todas las posibles intervenciones a realizar con estos pacientes.

#### **3.2 MATERIAL Y METODOS**

##### **3.2.1 BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA SISTEMATIZADA**

Se realiza una búsqueda en la base de datos Pubmed

Palabras clave: inpatient, dual diagnosis, substance use disorder, psychiatric

Criterios de inclusión:

- artículos con texto completo gratuito (poder acceder a todos los contenidos)
- artículos publicados en los últimos 10 años (garantizar la actualidad de la información)
- humanos

De los artículos obtenidos, se ha realizado lectura de su abstract para concluir si es pertinente a nuestro estudio.

Se han seleccionado los documentos o Informes relevantes, los cuales se han leído en su totalidad, y se ha extraído la información necesaria para la elaboración de nuestro estudio

Posteriormente, se han realizado búsquedas más específicas en páginas web, google académico, y bibliografías de algunos de los documentos con más relevancia para una búsqueda detenida de otros aspectos concretos necesarios para la elaboración de éste trabajo.

De todos ellos se ha extraído también aquella información necesaria y pertinente.

### **3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO**

Con la finalidad de establecer la estructura más adecuada para nuestro estudio, se ha leído previamente toda la bibliografía seleccionada referida al tema que nos ocupa. De la lectura de estos documentos hemos establecido el conjunto mínimo de datos relevantes que deberíamos tener en cuenta como variables posteriormente.

Tras esto, se han elaborado los criterios de inclusión de casos en el estudio, con la finalidad de seleccionarlos del total de ingresos durante los años 2015 y 2016. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de adultos del servicio de psiquiatría del HCULB
- Pacientes de 18 o más años (al ser una unidad de adultos todos los pacientes cumplen este criterio)
- Fechas de ingreso comprendidas entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016, ambos incluidos
- Entre los diagnósticos del ingreso deben constar por un lado un diagnóstico de patología psiquiátrica dentro del eje I y II, y por otra parte algún tipo de consumo de sustancias
- Este consumo de sustancias debe aparecer consignado dentro de los diagnósticos al alta

Se han revisado todos los informes de alta emitidos por ingreso en la unidad de hospitalización de agudos durante estos dos años (840) seleccionando aquellos que cumplían todos los criterios de inclusión (203)

Los informes de alta de los 203 pacientes seleccionados se han leído y revisado totalmente, extrayendo de ellos el conjunto mínimo de datos que previamente habíamos establecido para el presente estudio, en base a la estructura elegida y en base a toda la documentación de relevancia que previamente se había estudiado.

Se ha incluido una tabla con la información pertinente a los meses de ingreso, con los pacientes globales ingresado en ese mes y aquellos seleccionados como caso a estudio.

Estos datos se han dividido en base a su perfil clínico (características socio demográficas, antecedentes personales y antecedentes familiares psiquiátricos) y a su perfil asistencial (características del ingreso y seguimiento). Las características socio demográficas

seleccionadas han sido: edad, sexo, país de origen, situación relacional, situación familiar, convivencia, situación laboral, algún tipo de problemática específica, consumo y comorbilidades médicas de importancia. Respecto al perfil asistencial, se han tenido en cuenta la voluntariedad del ingreso, la procedencia del paciente, la duración del ingreso, diagnósticos y seguimientos al alta.

La variable sexo, al igual que todas las que vienen a continuación, se ha desglosado en los años 2015,2016 y total, para un análisis más detallado

Respecto a la edad, se han constituido dos grupos extremos, uno formado por todos aquellos menores de 20 años y otro por todos los mayores de 70. El resto del rango se ha dividido en bloques de diez años

Dentro de la nacionalidad, se han realizado dos análisis distintos. Por un lado, se ha dividido nuestra muestra en pacientes de nacionalidad española por un lado y extranjeros por el otro. Posteriormente, se ha especificado dentro de los extranjeros su nacionalidad, agrupándolas por motivos metodológicos dentro de Europa, Asia, África y América.

Seguidamente, para el estudio de la situación relacional, se han establecido cuatro características: solteros, casados o con pareja, separados o divorciados y viudos. Debido a la dificultad para establecer aquellos casos en los que las parejas son estables o inestables, en base al tiempo de duración de la relación, se ha optado por incluir en el mismo bloque casados y con pareja. Lo mismo ha ocurrido respecto a la categoría separados o divorciados.

Respecto a la situación familiar en lo que se refiere a nuestro paciente, se han establecido tres ítems: buen apoyo, relación conflictiva y no influencia de la situación familiar. Para establecer qué situaciones corresponden a cada una de estas categorías, se ha optado por considerar que no hay influencia aquellos casos en los que aparentemente no hay relación o ésta no influye en el estado de nuestro paciente. Se ha considerado conflictiva aquellas situaciones familiares difíciles que influyen en la estabilidad a nivel sociofamiliar, y por otra parte se ha considerado que hay un buen apoyo familiar cuando la familia está presente, apoya, participa y motiva el proceso de ingreso y recuperación, independientemente de que en el día a día se verbalicen problemas concretos o discusiones frecuentes. Entiendo que a pesar de que esto pueda ocurrir, el hecho de que la familia esté presente constituye un punto de apoyo en el tratamiento.

Referente a la convivencia, se ha considerado que el paciente vive con su familia de origen cuando reside con padre/s y/o hermano/s. Familia propia si vive con pareja y/o hijo/s, familia extensa cuando el mismo domicilio conviven más de dos generaciones de la misma familia, y situaciones especiales otras situaciones no frecuentes ni habituales: vivir en la calle, en albergue, sin domicilio fijo, piso compartido, residencia de mayores o discapacitados...

En el estudio de la situación laboral, he debido hacer una estimación aproximada de la actividad laboral de nuestros pacientes. No en todos los informes de alta se podía encontrar

esta información, pero al ser un dato importante he preferido hacer un cálculo de aquellos datos en los que sí que aparecía o se podía extrapolar de otros datos presentes. Las categorías valoradas han sido si está en situación laboralmente activa, si tiene actividad laboral esporádica, si está en situación de desempleo, con incapacidad laboral temporal o permanente, jubilado, estudiante, o si no trabaja y nunca lo ha hecho.

En relación a la problemática asociada sucede como en el punto anterior. No en todos los casos he podido encontrar la información necesaria, así que se ha hecho un cálculo en base a aquellos casos en los que si constaban estos datos. He dividido la problemática en cuanto a aspectos laborales, legales y económicos.

Para concluir que un paciente presenta comorbilidad médica, he tenido en cuenta únicamente aquellos problemas de salud que desde mi punto de vista presentaban importante gravedad.

Respecto a la procedencia del paciente, la mayoría de los casos era del servicio de urgencias, no se ha especificado el motivo por el que acude a dicho servicio (decisión propia, decisión familiar, traído por las fuerzas del orden público...) En cambio, si se especificado cuando provienen de otros servicios.

Se ha valorado también la voluntariedad del ingreso, como dato importante sobre el estado del sujeto y su conciencia de enfermedad.

En cuanto a la variable duración del ingreso, se ha valorado estableciendo bloques de cinco días, excepto el último en el que se ha considerado incluir todos aquellos ingresos mayores de 30 días

A continuación, hemos valorado tres antecedentes importantes: si nuestros pacientes tienen antecedentes psiquiátricos o no, si han existido ingresos anteriores de los pacientes en el área de psiquiatría, y si existen antecedentes familiares de patología psiquiátrica. En este último aspecto hemos realizado una aproximación teniendo en cuenta los casos en los que éste era afirmativo.

Dentro del consumo de sustancias se ha tenido en cuenta si el consumo de éstas se había producido únicamente en el pasado, si existía un consumo actual, si dicho consumo era puntual, y se había existido abandono del consumo de alguna sustancia, pero presentaba persistencia en el de otras

Se ha establecido y delimitado el tipo de consumo realizado: agrupando primero a los pacientes según existiera un consumo de sustancia única, consumo de dos sustancias o politoxicomanía (considerando como tal el uso de tres o más sustancias) a continuación, se recoge la información acerca del número de pacientes que presentaban consumo de cada una de las sustancias, independientemente de que fueran consumo único o múltiple

Seguidamente se han hecho constar los diagnósticos principales al alta de los pacientes, dividiéndolos en las categorías principales.

Se ha hecho constar el motivo del alta, estableciendo cuatro categorías: curación/mejoría, traslado a otro hospital de referencia, alta voluntaria y otros (huida, ingreso en centro específico...)

Por último, hemos considerado las derivaciones realizadas de los pacientes para el seguimiento tras el alta de la unidad de hospitalización de agudos.

Para concluir este apartado, he incluido en un cuadro acerca de aquellos casos en los que podemos aplicar el diagnóstico de patología dual, y aquellos en los que no. Para establecer esta diferencia se han utilizado los criterios de diagnóstico diferencial incluidos en apartados anteriores. Aquellos casos en los que hablamos de patología psiquiátrica y consumo de drogas los incluiríamos dentro del diagnóstico de patología dual, y consideraríamos fuera de este aquellos pacientes que presentan sólo consumo de sustancias o patología psiquiátrica secundaria al consumo de sustancias.

A pesar de considerar la importancia que reviste el tratamiento farmacológico de los pacientes tras el ingreso, dada la alta variabilidad en los diagnósticos (tanto principales como el resto) y aún más amplia la de los tratamientos, hemos considerado que tal cantidad de datos resulta manifiestamente inmanejable, y por lo tanto excede los objetivos del presente estudio

### **3.3 RESULTADOS**

#### **3.3.1 BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA**

Búsqueda sistematizada en Pubmed:

Palabras clave: inpatient, dual diagnosis, substance use disorder, psychiatric

Resultado: 352 artículos

Aplicar criterios inclusión: 37 artículos

Revisión de abstracts: 37 artículos

Selección y lect completa: 23 artículos. Incluidos en bibliografía.

Posteriormente, como se ha comentado previamente, se han realizado búsquedas de información con criterios más específicos acerca de “asociación española de patología dual”, “american psychiatric association” “instituto aragonés de estadística”, libro blanco de patología dual” salud Aragón” y bibliografía de apoyo contenida en artículos relevantes seleccionados previamente, añadiendo otras 13 referencias bibliográficas.



Finalmente, el número total de artículos incluidos en la bibliografía ha sido de 36 artículos.

### 3.3.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

En el estudio descriptivo realizado acerca de los pacientes ingresados y en la unidad de hospitalización de agudos del hospital clínico, se han encontrado los siguientes datos:

De un total de 840 pacientes que han sido ingresados a lo largo de los años 2015 Y 2016, 203 consumían algún tipo de droga o tóxico en el momento del ingreso. Esto supone un 24.16 % de los ingresos totales.

*TABLA O: PACIENTES INGRESADOS Y CASOS MENSUALES. PORCENTAJES*

<i>MES</i>	TOT 2015	CAS 2015	2015%	TOT 2016	CAS 2016	2016%	TOTAL PAC	TOTAL CASOS
<i>ENERO</i>	30	11	10,2%	41	5	5,3%	71	16
<i>FEBRERO</i>	36	9	8,3%	32	12	12,6%	68	21
<i>MARZO</i>	35	12	11,1%	28	4	4,2%	63	16
<i>ABRIL</i>	40	11	10,2%	35	8	8,4%	75	19
<i>MAYO</i>	39	14	13,0%	46	9	9,5%	85	23
<i>JUNIO</i>	37	7	6,5%	33	5	5,3%	70	12
<i>JULIO</i>	33	6	5,6%	23	10	10,5%	56	16
<i>AGOSTO</i>	42	7	6,5%	34	5	5,3%	76	12
<i>SEPTIEMBRE</i>	33	7	6,5%	30	8	8,4%	63	15
<i>OCTUBRE</i>	34	9	8,3%	33	9	9,5%	67	18
<i>NOVIEMBRE</i>	31	11	10,2%	41	9	9,5%	72	20
<i>DICIEMBRE</i>	35	4	3,7%	38	11	11,6%	73	15
<i>TOTAL</i>	426	108	100,0%	414	95	100,0%	840	203

De todos ellos, un 76.8 % podían ser diagnosticados de patología dual, siguiendo los criterios comentados anteriormente.

*TABLA: DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA DUAL*

<i>PATOLOGIA DUAL</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>PAT PSIQ Y CONS SUST</i>	82	75,9%	74	77,8%	156	76,8%
<i>PAT SECUNDA CONS SUST</i>	17	15,74%	14	14,7%	31	15,2%
<i>SOLO CONS TOXICOS</i>	9	8,3%	7	7,36%	16	7,8%
<i>TOTAL</i>	108		95		203	

### 3.3.3 PERFIL CLINICO

Con respecto a los aspectos sociodemográficos estudiados, el 79,3% de los pacientes eran varones, frente al 20,7% de mujeres. Las edades con más consumo se encontraban entre los 21 y los 30 años con un 34,5% del total. Entre los 31 y los 40 años encontramos a un 25,1% y entre los 41 y los 50 años un 23,2%. El resto de los porcentajes eran claramente inferiores. La media de edad fue de 36,7 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 77.

*TABLA 1: SEXO*

<i>SEXO</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>HOMBRE</i>	86	79,6%	75	78,9%	161	79,3%
<i>MUJER</i>	22	20,4%	20	21,1%	42	20,7%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

*TABLA 2: EDAD*

<i>EDAD</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>&lt;20</i>	2	1,9%	3	3,2%	5	2,5%
<i>21-30</i>	42	38,9%	28	29,5%	70	34,5%

31-40	27	25,0%	24	25,3%	51	25,1%
41-50	24	22,2%	23	24,2%	47	23,2%
51-60	8	7,4%	11	11,6%	19	9,4%
61-70	3	2,8%	4	4,2%	7	3,4%
>70	2	1,9%	2	2,1%	4	2,0%
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0%</b>	<b>95</b>	<b>100,0%</b>	<b>203</b>	<b>100,0%</b>

La nacionalidad de los pacientes era española en un 85,2%. El 14,8% restante se repartía del siguiente modo: un 46,7% de europeos, un 26,7% de africanos, un 20% de América del Sur, y un 6,7% de asiáticos.

**TABLA 3: NACIONALIDAD**

<i>NACIONALIDAD</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>ESPAÑOLES</i>	94	87,0%	79	83,2%	173	85,2%
<i>EXTRANJEROS</i>	14	13,0%	16	16,8%	30	14,8%
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>108</b>	<b>100,0%</b>	<b>95</b>	<b>100,0%</b>	<b>203</b>	<b>100,0%</b>

**TABLA 4: PROCEDENCIA DE LOS EXTRANJEROS**

<i>PAIS PROCEDENCIA</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>EUROPA</i>	7	50,0%	7	43,8%	14	46,7%
<i>AFRICA</i>	4	28,6%	4	25,0%	8	26,7%
<i>ASIA</i>	2	14,3%	0	0,0%	2	6,7%
<i>AMERICA</i>	1	7,1%	5	31,3%	6	20,0%
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>14</b>	<b>100,0%</b>	<b>16</b>	<b>100,0%</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>

Respecto a la situación relacional, un 59,1% estaban solteros, un 24,1% casados o con pareja y un 16,3% separados. La situación familiar podría considerarse como con buen apoyo familiar en un 70,9% de los casos y conflictiva en un 21,7%. La familia no tiene

influencia en un 7,4% de los casos. Si hablamos de la convivencia, vive con la familia de origen un 45,8% de los casos, un 20,2 viven con la familia propia y un 20,7 viven solos. Existe un 8,4% de pacientes con situaciones de convivencia especiales: viven en la calle, en albergue, residencias de ancianos o discapacitados, no tienen domicilio fijo...

**TABLA 5: SITUACION RELACIONAL**

<i>SITUACION RELACIONAL</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>SOLTERO</i>	65	60,2%	55	57,9%	120	59,1%
<i>CASADO/PAREJA</i>	25	23,1%	24	25,3%	49	24,1%
<i>SEPARADO/DIVORCIADO</i>	18	16,7%	15	15,8%	33	16,3%
<i>VIUDO</i>	0	0,0%	1	1,1%	1	0,5%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 6: SITUACION FAMILIAR**

<i>SITUACION FAMILIAR</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>BUEN APOYO</i>	69	63,9%	75	78,9%	144	70,9%
<i>CONFLICTIVA</i>	31	28,7%	13	13,7%	44	21,7%
<i>SIN INFLUENCIA</i>	8	7,4%	7	7,4%	15	7,4%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 7: CONVIVENCIA**

<i>CONVIVENCIA</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>FAMILIA DE ORIGEN</i>	52	48,1%	41	43,2%	93	45,8%
<i>FAMILIA PROPIA</i>	17	15,7%	24	25,3%	41	20,2%
<i>FAMILIA EXTENSA</i>	6	5,6%	4	4,2%	10	4,9%
<i>SOLO</i>	22	20,4%	20	21,1%	42	20,7%

<i>SITUACIONES ESPECIALES</i>	11	10,2%	6	6,3%	17	8,4%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

Encontramos un 29,6% de pacientes laboralmente activos en este momento, un 6,4% que mantienen una actividad laboral que podríamos llamar esporádica, un 23,6% están desempleados, en muchas ocasiones con una larga duración. De baja laboral temporal encontramos un 10,3% y de incapacidad permanente un 8,4%. Un 6,4% son estudiantes o en proceso de formación y un 4,9 están jubilados. Un 10,3% no ha tenido ningún tipo de actividad laboral a lo largo de su vida.

*TABLA 8: SITUACION LABORAL*

<i>SITUACION LABORAL</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>ACTIVO</i>	33	30,6%	27	28,4%	60	29,6%
<i>ESPORADICA</i>	4	3,7%	9	9,5%	13	6,4%
<i>DESEMPLEADO</i>	29	26,9%	19	20,0%	48	23,6%
<i>ILT</i>	8	7,4%	13	13,7%	21	10,3%
<i>ILP</i>	11	10,2%	6	6,3%	17	8,4%
<i>ESTUDIANTE</i>	5	4,6%	8	8,4%	13	6,4%
<i>JUBILADO</i>	4	3,7%	6	6,3%	10	4,9%
<i>NO,NUNCA</i>	14	13,0%	7	7,4%	21	10,3%
<i>Total</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

Si hablamos de la estimación realizada acerca de la problemática asociada en nuestros casos, un 30% presenta problemas a nivel laboral, un 35% los presenta a nivel económico y otro 35% tiene algún tipo de dificultades relacionadas con el ámbito legal.

*TABLA 9: PROBLEMÁTICA ASOCIADA*

<i>PROBLEMÁTICA</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
---------------------	-------------	--------------	-------------	--------------	--------------	----------------

<i>LABORAL</i>	7	33,3%	5	26,3%	12	30,0%
<i>ECONOMICA</i>	5	23,8%	9	47,4%	14	35,0%
<i>LEGAL</i>	9	42,9%	5	26,3%	14	35,0%
<i>TOTAL</i>	21	100,0%	19	100,0%	40	100,0%

Existen un 8,9% de los pacientes que presentan algún tipo de comorbilidad médica de cierta entidad asociada.

*TABLA 10: COMORBILIDAD MEDICA*

<i>COMORBILIDAD</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>SI</i>	11	10,2%	7	7,4%	18	8,9%
<i>NO</i>	97	89,8%	88	92,6%	185	91,1%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

### **3.3.4 PERFIL ASISTENCIAL**

La procedencia de nuestros pacientes fue prioritariamente de acceso por el servicio de urgencias, con un 80,3%. Un 4,9% procedía de otros servicios del hospital (cirugía, traumatología, UCI...) Un 4,4 eran derivados de otros hospitales de Zaragoza, y un 3,9% procedían de las consultas externas del mismo hospital. El ingreso fue considerado de tipo voluntario en tan sólo un 55,7% de los casos.

La media de la duración del ingreso en días estuvo durante estos dos años en 13,13 días. Con un mínimo de 1 día y un máximo de 50 días. Por bloques, encontramos un 27,6% de los casos con una duración de entre 6 y 10 días, un 20,2% con una duración de entre 1 y 5 días y un 17,2% con una duración de entre 11 y 15 días. Cabe destacar un 5,4% de pacientes que presentaron ingresos de duración considerable, mayores a 30 días.

*TABLA 11: VOLUNTARIEDAD INGRESO*

<i>VOLUNTARIEDAD</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
----------------------	-------------	--------------	-------------	--------------	--------------	----------------

<i>SI</i>	56	51,9%	57	60,0%	113	55,7%
<i>NO</i>	52	48,1%	38	40,0%	90	44,3%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 12: DURACION INGRESO**

<i>DURACION (DIAS)</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>1-5</i>	24	22,2%	17	17,9%	41	20,2%
<i>6-10</i>	25	23,1%	31	32,6%	56	27,6%
<i>11-15</i>	21	19,4%	14	14,7%	35	17,2%
<i>16-20</i>	18	16,7%	12	12,6%	30	14,8%
<i>21-25</i>	8	7,4%	4	4,2%	12	5,9%
<i>26-30</i>	8	7,4%	10	10,5%	18	8,9%
<i>&gt;30</i>	4	3,7%	7	7,4%	11	5,4%
<i>Total</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 13: PROCEDENCIA**

<i>PROCEDENCIA</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>URGENCIAS</i>	84	77,8%	79	83,2%	163	80,3%
<i>CONSULTAS EXTERNAS</i>	5	4,6%	3	3,2%	8	3,9%
<i>OTROS SERVICIOS</i>	5	4,6%	5	5,3%	10	4,9%
<i>HOSPITAL</i>						
<i>HOSPITALES ZARAGOZA</i>	6	5,6%	3	3,2%	9	4,4%
<i>ARAGON</i>	2	1,9%	1	1,1%	3	1,5%
<i>FUERA ARAGON</i>	3	2,8%	1	1,1%	4	2,0%
<i>OTROS</i>	3	2,8%	3	3,2%	6	3,0%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

En un 75,4% se pudieron hacer constar antecedentes psiquiátricos previos, con un 61% de los casos cuya patología había hecho que debieran ser ingresados en como mínimo una ocasión. La estimación realizada acerca de los antecedentes familiares psiquiátricos está en torno al 12,3% de los casos.

**TABLA 14: ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS**

<i>ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>SI</i>	81	75,0%	72	75,8%	153	75,4%
<i>NO</i>	27	25,0%	23	24,2%	50	24,6%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 15: INGRESOS ANTERIORES**

<i>INGRESOS PREVIOS</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>SI</i>	69	63,9%	55	57,9%	124	61,1%
<i>NO</i>	39	36,1%	40	42,1%	79	38,9%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 16: ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIATRICOS**

<i>ANTEC. FAMILIARES</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>SI</i>	13	12,0%	12	12,6%	25	12,3%
<i>NO</i>	95	88,0%	83	87,4%	178	87,7%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

El diagnóstico principal del ingreso de los pacientes hecho constar en el informe de alta, nos dice que en un 23,6% se debió diagnosticar a los pacientes de algún tipo de psicosis



aguda, un 15,8% presentaba un diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos, un 11,3% sufría de algún tipo de síndrome depresivo y un 6,9% un trastorno de personalidad. El resto de los porcentajes eran claramente inferiores

*TABLA 17: DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL INGRESO*

<i>DIAGNOSTICO</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>PSICOSIS AGUDA</i>	31	28,7%	17	17,9%	48	23,6%
<i>ESQUIZ. Y TTNOS</i>	17	15,7%	15	15,8%	32	15,8%
<i>ESQUIZOAFECT</i>						
<i>TTNOS MENT Y COMP POR</i>	9	8,3%	9	9,5%	18	8,9%
<i>ABUSO SUST</i>						
<i>TTNOS PERSONALIDAD</i>	10	9,3%	4	4,2%	14	6,9%
<i>ALCOHOLDEPENDENCIA</i>	7	6,5%	7	7,4%	14	6,9%
<i>TTNO BIPOLAR</i>	7	6,5%	4	4,2%	11	5,4%
<i>TTNO ADAPTATIVO Y</i>	7	6,5%	7	7,4%	14	6,9%
<i>REACCION ANORMAL</i>						
<i>DEPRESION</i>	10	9,3%	13	13,7%	23	11,3%
<i>CONSUMO PERJUDICIAL</i>	8	7,4%	6	6,3%	14	6,9%
<i>SUSTANCIAS</i>						
<i>OTROS</i>	2	1,9%	13	13,7%	15	7,4%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

El alta fue dada por curación/mejoría en un 86,7% de los casos, un 7,4% pidió alta voluntaria en contra de la opinión médica, un 3,4% fue trasladado a sus hospitales de referencia y un 2,5% de los pacientes los hemos consignado como otros motivos de alta: fuga, ingresos en centros específicos...

Tras el alta, estos pacientes fueron derivados a un heterogéneo número de recursos: en su mayoría, un 40,4% fueron remitidos a su unidad o centro de salud mental correspondiente, un 22,2% fue enviado a consultas externas del mismo hospital, un 8,9% ingresaron en hospital de día y, aunque en la tabla correspondiente aparece desglosado, las cifras globales de envío de pacientes a centros especializados en atención a drogodependencias fueron de un 22,7%.

*TABLA 18: MOTIVO DE ALTA*

<i>MOTIVO ALTA</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>CURACION/MEJORIA VOLUNTARIA</i>	97	89,8%	79	83,2%	176	86,7%
<i>TRASLADO HOSPITAL REFERENCIA</i>	4	3,7%	11	11,6%	15	7,4%
<i>OTROS</i>	5	4,6%	2	2,1%	7	3,4%
<i>TOTAL</i>	2	1,9%	3	3,2%	5	2,5%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 19: SEGUIMIENTO AL ALTA**

<i>SEGUIMIENTO</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>UNIDAD SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS</i>	40	37,0%	42	44,2%	82	40,4%
<i>HOSPITAL DE DIA UASA</i>	23	21,3%	22	23,2%	45	22,2%
<i>PSICOSOMATICA COMUNIDAD TERAPEUTICA</i>	9	8,3%	9	9,5%	18	8,9%
<i>REHAB PSICOSOC NTRA SRA PILAR</i>	4	3,7%	8	8,4%	12	5,9%
<i>HOSP NEUROPSIQUIATRICO</i>	2	1,9%	2	2,1%	4	2,0%
<i>OTROS HOSPITALES</i>	5	4,6%	3	3,2%	8	3,9%
<i>PSIQUIATRA PRIVADO</i>	1	0,9%	1	1,1%	2	1,0%
<i>PROYECTO HOMBRE</i>	2	1,9%	1	1,1%	3	1,5%
<i>CENTRO SOLIDARIDAD ZARAGOZA</i>	8	7,4%	3	3,2%	11	5,4%
<i>CMAPA</i>	5	4,6%	4	4,2%	9	4,4%
<i>ITACA</i>	13	12,0%	7	7,4%	20	9,9%
<i>CENTRO DIA</i>	5	4,6%	4	4,2%	9	4,4%
<i>OTROS</i>	0	0,0%	2	2,1%	2	1,0%
<i>TOTAL</i>	1	0,9%	1	1,1%	2	1,0%
<i>TOTAL</i>	0	0,0%	2	2,1%	2	1,0%
<i>TOTAL</i>	4	3,7%	5	5,3%	9	4,4%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

## CONSUMO DE SUSTANCIAS

Respecto al consumo de sustancias, un 50,3% de casos presentan en global el consumo de una sola sustancia (independientemente de cual sea ésta) un 30% consumen dos sustancias y existe un 19,7 por ciento de pacientes que podemos considerar politoxicómanos, con el consumo de tres o más sustancias. Entre aquellos pacientes que consumen solamente una sustancia, la más consumida es el alcohol con un 24,1%. El cannabis es la siguiente con un 19,7%, un 4,4% consumen psicoestimulantes y tan sólo un 2% presentan un consumo de benzodiazepinas.

Independientemente del número de sustancias que consumen, en la tabla 19 se ha estudiado el número de personas que hacen uso de cada una de los tóxicos. La sustancia más consumida es el cannabis, con un 33,1%. Un 24,8% consumen alcohol, un 27,9% psicoestimulantes, y el resto de sustancias en porcentajes sensiblemente menores.

Para terminar con todos los datos descriptivos, se ha incluido una tabla relacionada con el diagnóstico dual. El 76,8% de todos nuestros casos son susceptibles de ser considerados patología dual, un 15,2% presentan patologías psiquiátricas secundarias al consumo de tóxicos y un 7,8% de los casos únicamente son diagnosticados de consumo de tóxicos.

*TABLA 20: SITUACION DE CONSUMO DE SUSTANCIAS*

<i>SIT. CONSUMO</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>ACTUAL</i>	92	85,2%	82	86,3%	174	85,7%
<i>PASADO/ABSTINENCIA</i>	6	5,6%	4	4,2%	10	4,9%
<i>ABANDONO ALGUNA,</i>	8	7,4%	7	7,4%	15	7,4%
<i>CONSUMO RESTO</i>						
<i>CONSUMO PUNTUAL</i>	2	1,9%	2	2,1%	4	2,0%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

*TABLA 21. CONSUMO DE SUSTANCIAS*

<i>CONSUMO SUSTANCIAS</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>SOLO ALCOHOL</i>	28	25,9%	21	22,1%	49	24,1%
<i>SOLO THC/CANNABIS</i>	13	12,0%	27	28,4%	40	19,7%

<i>SOLO BENZODIACEPINAS</i>	3	2,8%	1	1,1%	4	2,0%
<i>SOLO</i>	2	1,9%	7	7,4%	9	4,4%
<i>PSICOESTIMULANTES</i>						
<i>CONSUMO 2 SUSTANCIAS</i>	39	36,1%	22	23,2%	61	30,0%
<i>POLITOX. 3 ó MAS SUST</i>	23	21,3%	17	17,9%	40	19,7%
<i>TOTAL</i>	108	100,0%	95	100,0%	203	100,0%

**TABLA 22: SUSTANCIAS CONSUMIDAS**

<i>CONSUMEN</i>	<i>2015</i>	<i>2015%</i>	<i>2016</i>	<i>2016%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>ALCOHOL</i>	41	25,2%	39	24,4%	80	24,8%
<i>THC/CANNABIS</i>	50	30,7%	57	35,6%	107	33,1%
<i>BENZODIACEPINAS</i>	21	12,9%	8	5,0%	29	9,0%
<i>PSICOESTIMULANTES</i>	41	25,2%	49	30,6%	90	27,9%
<i>HEROINA</i>	2	1,2%	5	3,1%	7	2,2%
<i>METADONA</i>	2	1,2%	0	0,0%	2	0,6%
<i>PSICODISLEPTICOS</i>	6	3,7%	2	1,3%	8	2,5%
<i>TOTAL</i>	163	100,0%	160	100,0%	323	100,0%

### 3.4 DISCUSION

Tras la obtención y el análisis de todos los datos, podemos establecer el perfil clínico asistencial en los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de adultos del área de psiquiatría en Zaragoza durante los años 2015 y 2016.

En nuestro análisis, se ha valorado la historia clínica de 203 pacientes con los criterios previamente descritos, que suponen un 24,16% de los ingresos totales de la unidad a lo largo de estos dos años. Éstos datos son corroborados con dos estudios en los que se encontraron un 24,9% de patologías mentales unidas al abuso de sustancias en pacientes con los mismos criterios que hemos utilizado nosotros.<sup>10,12,16</sup>

El porcentaje de pacientes que podrían ser diagnosticados de patología dual es de un 76,8%. Existen estudios que establecen el rango de diagnósticos entre el 15% y el 80%<sup>6</sup> o

ajustándolo más entre un 35% y un 80% <sup>11</sup> La amplitud de este margen es debida según muchos autores a la dificultad de diagnóstico de esta patología, ya que es complicado distinguir entre síntomas coincidentes de trastornos adictivos y otros síntomas de trastornos mentales.<sup>3</sup> Por especificar más, otros estudios revisados establecen estos porcentajes en cifras similares, como el 60.6 %<sup>13</sup>. Existe un estudio reciente realizado en España que establece las cifras de patología dual en un nivel sensiblemente inferior al del resto de datos. Esto es debido, además de a la dificultad ya mencionada en el diagnóstico, a que en este estudio las muestras de pacientes no son obtenidas únicamente de pacientes hospitalizados, sino que amplían mucho la selección, incluyendo otro tipo de centros menos específicos, cuando se consideran los datos en el contexto de centros similares al nuestro, los datos no difieren.<sup>14</sup> Aun así, todavía existen escasos datos sobre prevalencia en población española <sup>14</sup>

La existencia en nuestro país de dos redes distintas (salud mental y atención a drogodependencias) influye también en la variabilidad de los datos <sup>7</sup>

Asimismo, la mayoría de los pacientes con enfermedad mental grave suelen ocultar el hecho de sufrir un uso problemático o adictivo a sustancias y, en la mayoría de los casos, se excluye de la valoración la adicción al tabaco y otros trastornos comportamentales, de gran importancia.<sup>3</sup>

### **3.4.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Tras la obtención de resultados, discusión de los mismos y realización de este estudio, se han encontrado las siguientes limitaciones:

1. No existe una base de datos previa para este estudio, se ha tenido que desarrollar una en relación al conjunto mínimo de datos seleccionados para este estudio en base a los informes de alta de los pacientes seleccionados
2. He debido excluir algunos datos del perfil clínico (problemas económicos, legales y laborales) debido a la dificultad de extraer los datos de los informes o la inexistencia de estos datos. Una posible solución sería el manejo de las historias clínicas completas de los pacientes, pero ello hubiera hecho este estudio inabarcable.
3. Dada la no existencia de unidad de drogodependencias en este hospital, se debe derivar a los pacientes a otros recursos asistenciales, lo que nos impide disponer de datos de seguimiento y evolución de estos pacientes.
4. Datos relacionados con el momento de inicio de los distintos consumos, de las patologías psiquiátricas, factores de mantenimiento y cronificación resultarían útiles en la valoración individualizada de cada paciente.
5. Todavía existen escasos estudios y artículos relacionados con este tema con datos poco homogéneos

Destacaría la importancia de protocolos de entrevista de recogida de información específicos estandarizados para cada patología, que permitiese una recogida de información más amplia, específica y estructurada

### 3.4.2 PERFIL CLINICO

El sexo de los pacientes era mayoritariamente masculino en un 79,3% de los casos. Este dato ha sido encontrado repetidamente en la gran mayoría de los estudios analizados, encontrando porcentajes muy similares, 70%<sup>13,17</sup>, 68%<sup>14</sup> confirmando así nuestros datos.

La mayor prevalencia de consumo entre los 21 y los 50 años es también un dato consistente con otros resultados<sup>13,14,15</sup>, al igual que la media de edad, situada en nuestra muestra en torno a los 34,7 años y en torno al 40% en otros artículos encontrados<sup>14,31</sup>.

En la determinación de la nacionalidad de los pacientes, nos hemos basado únicamente en artículos basados en población española a fin de poder establecer una mayor similitud, dado que las tasas de inmigración entre diferentes países son ampliamente variables. No existen muchas fuentes que se hayan interesado en este particular, y se han encontrado cifras que rondan el 8%.<sup>17</sup> Nuestros resultados concluyen que en nuestro medio la cifra es prácticamente del doble. Esto puede estar sesgado por el hecho de que en nuestra área de salud hay un importante porcentaje de población extranjera.<sup>5</sup>

Al analizar la característica de situación relacional, en nuestra muestra encontramos que el mayor porcentaje de nuestros pacientes está soltero, con un 59%. Un 24% casados o con pareja y un 16% separados. Estos datos son similares a los encontrados en otro estudio español, en el que la mayor proporción también coincidía con el estado civil soltero, aunque en este caso con un porcentaje sensiblemente inferior al nuestro<sup>14</sup> Datos que confirman esta tendencia, dejando a los solteros como población más abundante, aparece en otros estudios con población de otros países<sup>10,18,19</sup> En un estudio de población española, la mayor parte de los pacientes convivían en pareja (40%)<sup>31</sup>

Relativa a la situación familiar, hemos encontrado que en un 70% de los casos aparece una situación de apoyo por parte de la familia. Para establecer esta situación de apoyo, hemos tenido en cuenta los criterios mencionados anteriormente. No se ha encontrado ningún artículo en el que se estudiará específicamente esta característica, el único encontrado establece unas relaciones conflictivas en general, incluyendo con la familia en un 70% de los casos. Dado que no especifican que es lo que se ha tenido en cuenta para valorar una relación como conflictiva, nos resulta imposible establecer una relación con nuestros datos, sobre todo teniendo en cuenta la divergencia de resultados.

Se han encontrado varios artículos que indican que en nuestros pacientes con patología dual viven predominantemente solos.<sup>7,18,19</sup> Estos datos entran en contradicción con los

resultados obtenidos por nosotros, según los cuales, mayoritariamente, y con porcentajes notablemente distintos, viven con su familia de origen. Existe la posibilidad de que los condicionantes socioeconómicos de nuestro país difieran de los de aquellos países donde se han elaborado los artículos.

No demasiados estudios se han interesado por la actividad laboral de pacientes con patología dual. En nuestra muestra, únicamente tienen actividad laboral en el momento de ser atendidos un 30%. Porcentajes superiores se han encontrado en muestras españolas. 42%<sup>14</sup> 43%<sup>20</sup> y 45%<sup>21</sup> Estas diferencias pueden ser debidas a que, como he comentado previamente, los datos de actividad laboral están extrapolados a partir de un número mucho menor de datos. No he podido disponer de todos los datos reales y tal vez haya infraestimado las cifras. Otros estudios, hablando de un alto porcentaje de desempleo, mayor que en personas que sólo presentan una las patologías aislada.<sup>6</sup> si nos fijamos en los datos acerca de la población activa en Aragón, con una tasa del 59,4%, de población activa, un 83% de las personas están ocupadas actualmente. Nuestros resultados son notablemente inferiores. Esto es lógico, dado que la población sobre la que estamos trabajando no es una población que pudiéramos considerar “sana”<sup>23</sup> Es un estudio similar sobre población española el porcentaje de población activa rondaba el 50%<sup>31</sup>

Si hablamos de la estimación realizada acerca de la problemática asociada en nuestros casos, un 30% presenta problemas a nivel laboral, un 35% los presenta a nivel económico y otro 35% tiene algún tipo de dificultades relacionadas con el ámbito legal. A pesar de no contar con datos acerca de estos porcentajes en personas sin este tipo de dificultades, sabemos que en las personas con coexistencia de enfermedad adictiva y otras patologías mentales, existen mayores tasas de desempleo, marginación, conductas violentas y criminales, que aquellos que sólo tienen diagnóstico de drogodependencia o diagnóstico de consumo de sustancias<sup>3,6</sup> Parece importante llamar la atención acerca del riesgo de suicidio, más elevado en este tipo de pacientes que en el resto de pacientes psiquiátricos.<sup>32</sup> La violencia acompañante y el deterioro cognitivo que presentan en algunas ocasiones, también merecen ser objeto de atención<sup>35,36</sup>

El 8, 9% de pacientes de nuestra muestra que presentaban una comorbilidad médica importante presenta valores muy discordantes, con cifras cercanas al 37% en otros artículos.<sup>21</sup> Debido a los diferentes matices que puede presentar el concepto “comorbilidad medica de gravedad”, es posible que esta sea la base de una diferencia tan acusada.

### **3.4.3 PERFIL ASISTENCIAL**

No podemos establecer comparaciones respecto a la procedencia de nuestros pacientes, ya que este estudio está basado en pacientes ingresados en un hospital, mientras el resto de los estudios analizados han seleccionado las muestras directamente desde otros ámbitos. Es lógico pensar que los pacientes eran a la hospitalización mayoritariamente accediendo por

el servicio de urgencias, tal como es nuestro caso en un 80% de las ocasiones. Sin embargo, sería interesante conocer cuáles son los motivos que han hecho que estos pacientes lleguen a urgencias.

Igualmente ocurre con la característica de voluntariedad del ingreso, que sólo se puede analizar cuando las muestras de pacientes están hospitalizados. No hay ensayos que aporten datos sobre estos puntos. La única comparación posible es con un trabajo de similares características a éste, con la misma población de referencia. Las cifras obtenidas en este estudio son prácticamente idénticas a las de nuestra muestra. 54% de voluntariedad en dicho artículo y 55,7% en el nuestro.<sup>22</sup>

La media de la duración del ingreso en días estuvo durante estos dos años en 13,13 días. Similar porcentaje en el estudio anteriormente comentado, con una media de 15,35 días. También en este caso el mínimo de estancia es un día, pero la duración máxima del ingreso multiplica por dos la nuestra, con 125 días.<sup>22</sup>

En un 75,4% se pudieron hacer constar antecedentes psiquiátricos previos, con un 61% de los casos cuya patología había hecho que debieran ser ingresados en como mínimo una ocasión en nuestro servicio. Cifras en otros estudios establecen los antecedentes psiquiátricos en un 53,25%, sin especificar acerca de si en estos antecedentes había existido ingreso hospitalario.<sup>14</sup> Existe otro estudio que estima los ingresos en los dos años anteriores en un 90%<sup>28</sup> Estos datos deben hacernos pensar que algo está fallando en el tratamiento de los pacientes duales. Son derivados de un centro a otro y en un gran número de casos deben volver a ingresar en alguno de los anteriores.<sup>3</sup>

Existe poca información acerca de los antecedentes familiares psiquiátricos en este tipo de pacientes, y aún menos diferenciando las diferentes tipologías y diagnósticos que presentan los familiares. Nuestros datos sitúan el porcentaje en un 12%, el estudio con muestra similar de pacientes lo calcula en torno al 18%<sup>22</sup> y otro con porcentajes aun superiores, un 32% de los casos.<sup>12</sup> Considerando que la recogida de información no se hizo en base a una entrevista estructurada, es posible que no se han recogido todos los datos necesarios de la forma más adecuada. Otros estudios muestran una clara determinación genética de estos trastornos, pero deben estudiarse en los familiares las patologías psiquiátricas, los abusos de sustancias y la comorbilidad entre ambos. A día de hoy, este aspecto es muy difícil de valorar<sup>27</sup>

Relativo al diagnóstico de los pacientes, encontramos alta variabilidad en los distintos artículos. En nuestro caso, el mayor número de pacientes presentaba diagnóstico de psicosis aguda o esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. En un estudio realizado en España, los datos no coinciden. Son los trastornos del humor aquella patología más prevalente, con un 26%, que en nuestro caso no supera el 11%. Posteriormente se sitúan los trastornos de personalidad, con un 14% (en nuestra muestra un 7%) La esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos aparece en un 6%, mientras nuestros datos reflejan más del doble.<sup>14</sup> Otros estudios clínicos mencionan como principales patologías a los trastornos del estado de ánimo.<sup>29,30</sup> Es evidente en base a estos datos tan discordantes que las



características diferenciales que presentan los pacientes duales cambia de modo sustancial según el entorno clínico en el que éstos se encuentran.

El alta fue dada por curación/mejoría en un 86,7% de los casos, un 7,4% pidió alta voluntaria en contra de la opinión médica, un 3,4% fue trasladado a sus hospitales de referencia y un 2,5% de los pacientes los hemos consignado como otros motivos de alta: fuga, ingresos en centros específicos. En el único artículo donde se consignaban este tipo de datos las cifras eran idénticas.<sup>22</sup>

La gran mayoría de los pacientes recibieron seguimiento al alta hospitalaria. Este seguimiento se produjo en un amplio número de recursos, alguno de ellos especializados en atención a drogodependencias, y otros no. Esto es algo frecuente, dada la ausencia de recursos integrados y especializados en esta patología. Existen centros de salud mental y centros de atención a drogodependencias, pero ni en unos ni en otros tienen unidades específicas para pacientes con comorbilidad.

## CONSUMO DE SUSTANCIAS

Respecto al consumo de sustancias, un 50,3% de casos presentan en global el consumo de una sola sustancia (independientemente de cual sea ésta) un 30% consumen dos sustancias y existe un 19,7 por ciento de pacientes que podemos considerar politoxicómanos, con el consumo de tres o más sustancias. Entre aquellos pacientes que consumen solamente una sustancia, la más consumida es el alcohol con un 24,1%. El cannabis es la siguiente con un 19,7%, un 4,4% consumen psicoestimulantes y tan sólo un 2% presentan un consumo de benzodiacepinas.

La sustancia más consumida en nuestra muestra es el cannabis, con un 33,1%. Un 24,8% consumen alcohol, un 27,9% psicoestimulantes, y el resto de sustancias en porcentajes sensiblemente menores.

En otros artículos se habla de que la sustancia más consumida es el alcohol (57%), opioides (33%) y cocaína (52,94%)<sup>14</sup> Resulta extraño que en dicho estudio no se mencione el abuso de cannabis entre las tres sustancias más frecuentes, que es la sustancia más consumida según nuestro análisis. Otros estudios con pacientes hospitalizados sugieren resultados que corroboran los nuestros, colocando al cannabis a la cabeza del consumo<sup>19, 20</sup> y en otros asignan un alto porcentaje al cannabis, pero aun así superado por el alcohol<sup>12, 28</sup>

Los datos encontrados son muy dispares, influidos por el hecho de que en nuestro país todavía no existe suficiente información acerca de la comorbilidad con las distintas sustancias. La gran mayoría de los datos obtenidos proceden de otros países, con las dificultades de generalización que existen en estos casos. Asimismo, el hecho de que la

población consumidora de cannabis en nuestro medio sea poco propensa a solicitar apoyo psiquiátrico puede sesgar los resultados<sup>24</sup>

La presencia de patología dual en consumidores de distintas sustancias, independientemente de cuales sean éstas, muestra porcentajes muy elevados, en torno al 75% en todos los casos <sup>14,20,21,24</sup>

No se ha estudiado en nuestra muestra la relación entre el consumo de determinadas sustancias y la patología más frecuentemente asociada.

### **3.4.4 NECESIDADES FUTURAS DE ACTUACION**

A pesar de que en los últimos años se ha reconocido y comenzado a investigar la patología dual, existe en estos momentos un intenso debate acerca del diagnóstico, tratamiento, eficacia de las intervenciones y planificación de la asistencia sanitaria<sup>7</sup>

Los trastornos o síntomas psiquiátricos asociados al consumo problemático de sustancias y las conductas adictivas, es decir, lo que nos referimos como patología dual, es probable que pertenezcan a los llamados trastornos del neurodesarrollo. Se trata de trastornos que comienzan en edades muy tempranas en el desarrollo y se pueden manifestar como diferentes fenotipos, que adoptan expresiones de diferentes síntomas psiquiátricos, incluyendo la adicción u otras enfermedades mentales a lo largo de la vida<sup>3</sup>

Existe actualmente la necesidad de disponer de instrumentos clínicos cribado válidos y fiables que permitan detectar la presencia de otros trastornos psiquiátricos en personas con trastorno de sustancias.<sup>6</sup>

Estos aspectos deben ser de máxima prioridad en la investigación futura

El estudio de la patología dual debe centrarse en un nuevo paradigma, el de la vulnerabilidad centrada en el individuo<sup>3</sup>

Si se quiere abordar a partir de ahora la patología dual de forma óptima, no debe hacerse utilizando categorías diagnósticas excluyentes, según el método clásico, resulta más importante centrarse en las dimensiones de síntomas, aunque estas pueden no alcanzar el umbral diagnóstico<sup>3</sup>

En la misma línea, debemos tener en cuenta las reflexiones acerca del diagnóstico clínico, interiorización funcional del diagnóstico que hace el sujeto y la consecuente asunción de conducta el problema, por ser éstas fundamentales. Las diferencias entre perspectivas para estos puntos de los modelos de diagnóstico son fundamentales. El diagnóstico categorial, basada en la estimación de categorías diagnósticas resulta más sencillo para el profesional, pero dificulta el proceso al paciente. Sin embargo, el diagnóstico dimensional se esfuerce en evaluar áreas estratégicas de los pacientes, detectando déficits y potencialidades desde un

punto de vista funcional, es mucho más costoso para el profesional, pero nos permite establecer tratamientos a la carta en función de cada paciente, lo que se ha demostrado imprescindible para el tratamiento de patología dual.<sup>25</sup>

La patología dual debe ser considerada y tratada conjuntamente como trastorno primario cuando coexisten, o como trastornos relacionados cuando se presentan secuencialmente. Las evidencias de ensayos clínicos demuestran que es necesario tratar los trastornos rituales al mismo tiempo. El tratamiento en paralelo ha demostrado ser insuficiente para atender las necesidades<sup>3</sup>

Se debe diseñar un sistema que tenga en cuenta las necesidades de estos pacientes y responda con una organización acorde. Debe ser accesible, integrado, acorde a las exigencias y conocimientos del estado actual de la ciencia, y sobre todo debe tener continuidad<sup>3</sup> de no ser posible la continuidad, debe haber una comunicación adecuada ineludible entre los diferentes recursos<sup>7,19,22</sup> actualmente no es así, está demostrando que las redes asistenciales duplican los recursos psicosociales para tratar a los enfermos, lo que los convierte en poco eficientes<sup>3</sup>

Respecto a la satisfacción de los pacientes con los distintos tipos de tratamiento, existe una mayor satisfacción entre pacientes que reciben un tratamiento integrado, frente a aquellos cuyo tratamiento se aplica en paralelo<sup>34</sup>

Se debe potenciar la formación de profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con patología dual, estableciendo programas de formación continuada sobre esta “nueva” entidad clínica sincrónica llamada patología dual. Los equipos implicados deben ser multidisciplinares<sup>3</sup> Este abordaje está demostrando ser muy útil en estos pacientes.<sup>26</sup> Un breve curso de capacitación en intervenciones de diagnóstico dual tuvo un efecto significativo en medidas secundarias de conocimiento y autoeficacia que fue detectable a los 18 meses después de la capacitación.<sup>33</sup> Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento adolecen de graves limitaciones metodológicas, por lo que es importante continuar la investigación solucionando estos problemas.<sup>26,33</sup>

Los objetivos específicos que deben cumplir estos recursos de patología dual, deben facilitar la realización de un diagnóstico psicopatológico adecuado, así como de un abordaje terapéutico integral e intensivo. Los profesionales deben ser asesorados y adecuadamente orientados y se debe facilitar la atención integral al paciente. Debe facilitarse la desintoxicación o retirada de sustancias cuando proceda, así como dispensar fármacos que se precisen para el tratamiento de su patología dual, en coordinación con el médico de referencia. Se debe apoyar al paciente para la mejora de su capacidad de autocontrol, pautas adecuadas de conducta, hábitos higiénicos, de autocuidado y de relación con los demás. No se debe olvidar fomentar la motivación y adaptación, así como la ocupación racional del tiempo libre.<sup>3</sup>

Habría que analizar las dificultades para garantizar una continuidad asistencial en los pacientes ingresados con patología dual, lo cual pone el acento en la necesidad de mejorar los sistemas de comunicación y de efectividad en dispositivos asistenciales ambulatorios (tanto de Psiquiatría/Salud Mental como de Drogodependencias). La apuesta por su unificación, la mejor coordinación entre la Psiquiatría del Hospital General y los dispositivos ambulatorios y de Rehabilitación, así como y la potenciación de recursos comunitarios puede marcar la diferencia asistencial de los próximos 20 años<sup>37</sup>.

Por otra parte, el uso de fármacos con este tipo de pacientes debe ser manejado con mucha atención, ya que complica aún más las ya complejas interacciones y comorbilidades, siendo difícil su estudio.<sup>27</sup>

#### 4. CONCLUSIONES

1. Un 24,6% de los pacientes ingresados durante los años 2015 y 2016 presentaban algún tipo de consumo de sustancias tóxicas
2. De todos esos pacientes, un 76,8% pueden recibir el diagnóstico de patología dual
3. Existe un predominio claro del sexo masculino, con un 79,3% de los pacientes
4. Aunque esta patología se presenta en diferentes edades, la edad media se sitúa al final de la tercera década de la vida, cercana a los 40 años.
5. Estos pacientes eran solteros principalmente, vivían mayoritariamente con su familia de origen, y podían contar con apoyo familiar
6. Es frecuente la existencia de antecedentes psiquiátricos previos, y en muchos de estos casos con ingresos anteriores en unidades de psiquiatría
7. Existe un perfil muy heterogéneo de consumo de sustancias en pacientes con patología dual
8. Los diagnósticos comórbidos con el consumo de sustancias presentan también gran variabilidad.
9. Las características de los pacientes se dual es varían mucho en relación con el entorno clínico en el que se encuentran
10. Es necesario ampliar la investigación relacionada con esta patología. Deben establecerse nuevos tratamientos más eficaces que los utilizados actualmente y que estén en la línea de las nuevas guías propuestas a nivel nacional.
11. Hay que encontrar nuevas vías de colaboración entre los profesionales de Salud Mental y las redes de atención a pacientes con drogodependencias. La apuesta por su unificación, la mejor coordinación entra la Psiquiatría del Hospital General y los dispositivos ambulatorios y de rehabilitación, así como la potenciación de recursos comunitarios puede marcar la diferencia asistencial de los próximos 20 años

## 5. BIBLIOGRAFIA

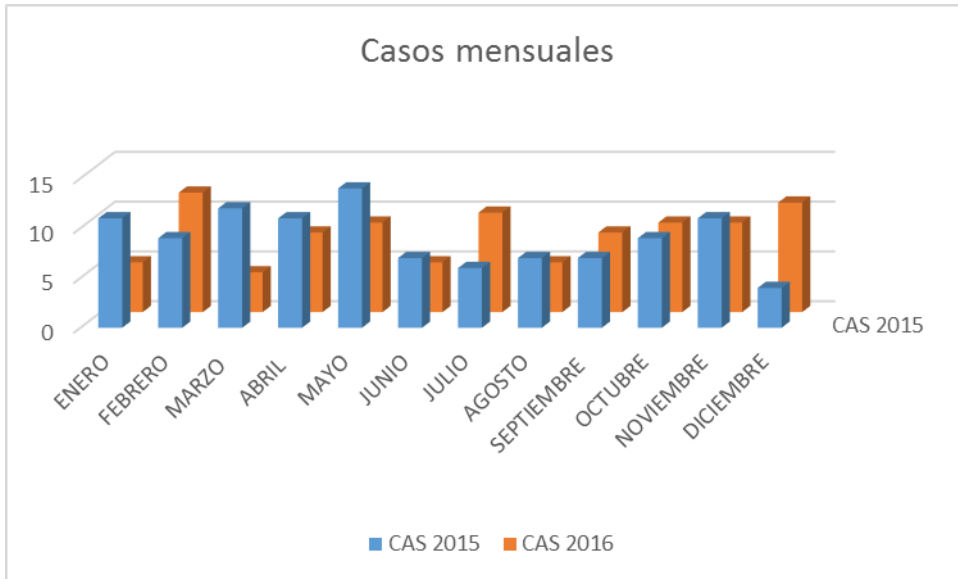
1. Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de Psiquiatría. Vol 1. Madrid: Grupo Ene. 2009
2. Munárriz M, García-Portilla P, y Roca M. Manual del residente en Psiquiatría. Volumen I. Madrid. Grupo Ene. 2010
3. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B (1,2), Barral C (1,4,5), et al . Libro blanco sobre los recursos y necesidades asistenciales para pacientes con patología dual en España. Madrid: Sanidad y ediciones S.L.2015
4. Schalinski I, Fisher Y, Rockstroh B. Impact of childhood adversities on the short-term course of illness in psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 2015; aug 30;228(3) 633-40
5. Zaragoza3.es.Internet. Zaragoza. Servicio aragonés de salud; Disponible en : <http://zaragoza3.es>
6. Torrens M. Dual diagnosis:actual situation and future prospects. *Adicciones.* 2008;20(4):315-9
7. Szerman N.Patología dual protocolos de intervención: introducción a la conceptualización de la patología dual. Edikamed. 2016 Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/0-Intro-PDUA-protocolos.pdf>
8. Saban A, Flisher A, Laubscher R, London L, Morojele N. The association between psychopathology and substance use: adolescent and young adult substance users in inpatient treatment in Cape Town, South Africa. *Pan Afr Med J.* 2014 Jan 18;17 Suppl 1:8
9. Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016.2009. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Disponible en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
10. Wu LT, Gersing KR, Swartz MS, Burchett B, Li TK, Blazer DG.Using electronic health records data to assess comorbidities of substance use and psychiatric diagnoses and treatment settings among adults. *J Psychiatr Res.* 2013 Apr;47(4):555-63
11. Lepasavić L, Dimitrijević D, Đorđević S, Lepasavić I, Balkoski GN. Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatr Danub.* 2015 Mar;27(1):84-9
12. Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, Hoenicka J, Palomo T. Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics. *Invest Clin.* 2008 Jun;49(2):195-205
13. Chen KW, Banducci AN, Guller L, Macatee RJ, Lavelle A, Daughters SB et al. An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug Alcohol Depend.* 2011 Nov 1;118(2-3):92-9
14. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual

- pathology in community mental health and substance misuse services. *Adicciones*. 2013c;25(1):118-27.
15. Weich L, Pienaar W. Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape, South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2009 Aug;12(3):213-7
  16. Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010 Nov;36(6):1115-30
  17. FEAFES. Aproximacion a la patologia dual. Propuestas de intervención. 2ªedicion. 2015. feafes. Disponible en:  
[www.feafes.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf](http://www.feafes.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologia-dual.pdf)
  18. Wüsthoff LE, Waal H, Ruud T, Gråwe RW. A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres. *BMC Psychiatry*. 2011 May 23;11:93
  19. Katz G, Durst R, Shufman E, Bar-Hamburger R, Grunhaus L. Substance abuse in hospitalized psychiatric patients. *Isr Med Assoc J*. 2008 Oct;10(10):672-5.
  20. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2013a;41(2):122-9.
  21. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Rev psiquiatr salud ment (Barc)*. 2012.
  22. Bes A. Patología dual en una unidad de hospitalización de adultos: características generales del perfil clínico, asistencial y epidemiológico de los pacientes hospitalizados.unizar 2016.Disponible en:  
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=2dbc2ff7-aad1-48b8-a15e-cc2b5728254d%40sessionmgr4010&hid=4211&bdata=Jmxhbm9ZXMmc210ZT11ZH MtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsbas.ftunivzaraaneto.oai.zaguan.unizar.es.57620&db=edsbas>
  23. Gobierno de Aragón. (sede web). Zaragoza: Instituto aragonés de estadística;2017(Actualizado 27/4/2017). Encuesta de población activa; Disponible en:  
[http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/EstadLaborales/Encuesta%20de%20Poblacion%20Activa%20\(EPA\)/EPA2016.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/EstadLaborales/Encuesta%20de%20Poblacion%20Activa%20(EPA)/EPA2016.pdf)
  24. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2013a;41(2):122-9.
  25. Izquierdo R. patología dual. Diagnóstico, identificación y conciencia de problema. Una solución entre lo categorial y lo dimensional. Sociedad española de patología dual.Blog de patología dual. 2014 Disponible en:  
<http://www.patologiadual.com/wordpress/diagnostico-identificacion-y-conciencia-de-problema-una-solucion-de-compromiso-entre-lo-categorial-y-lo-dimensional/>

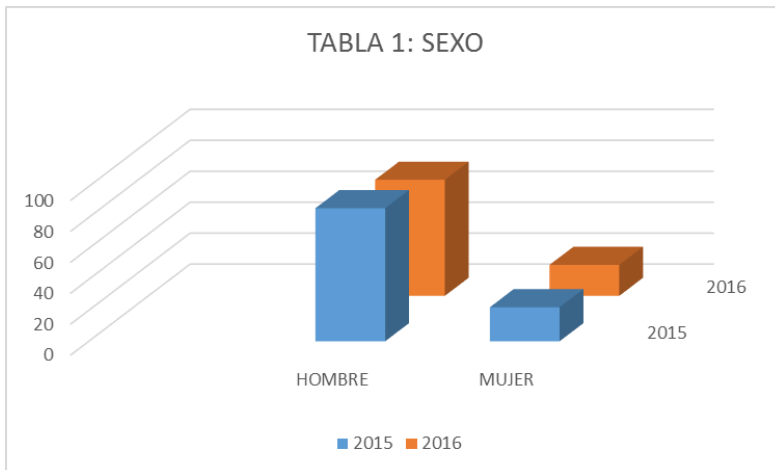
26. San L, Arranz. Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population. *Adicciones*.2016; vol 28, n1
27. Decker K, Ries R. Diagnóstico diferencial y psicofarmacología de los trastornos duales.*RET*.1996; num6
28. Clausen H, Ruud T, Odden S, Šaltytė Benth J, Heiervang KS, Stuen HK et al . hospitalisation of severery mentally ill pacientes with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. *Psychiatr Danub*. 2015 Sep;27 Suppl 1:S353-6
29. Tolliver BK, Anton RF. Assessment and tratment of mood disorders in the context of a sustance abuse. *Psychiatr Danub*. 2015 Sep;27 Suppl 1:S353-6
30. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology, Mental Health and Substance Use. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2013b;41(2):123-30
31. Gual A. Dual diagnosis in Spain. *Drug Alcohol Rev* 2007; 26:65 – 71
32. Szerman N, López-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Baca-García E. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance Use & Misuse*, 2012;47(4):383-89
33. Hughes E, Wanigaratne S, Gournay K, Johnson S, Thornicroft G, Finch E, Training in dual diagnosis interventions (the COMO Study): randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2008 Feb 27;8:12
34. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2011 Apr 18;11:64
35. Levy B, Monzani BA, Stephansky MR, Weiss RD. Neurocognitive impairment in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence upon discharge from inpatient care. *Psychiatry Res*. 2008 Oct 30;161(1):28-3
36. Volavka J, and Jeffrey Swanson J. Violent Behavior in Mental Illness: The Role of Substance Abuse. *JAMA*. 2010 Aug 4; 304(5): 563–564
37. Hardcastle, Kennard D, Grandison S, Fagin L. Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria: relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales. Herder: Barcelona, 2009
38. Campos R. Proyecto de gestión clínica. Unidad de Hospitalizacion de adultos. Hospital Clinico Universitario “Lozano Blesa”. Presentado el 15 de abril de 2015. BOA 86, 8 mayo 2015



## ANEXO I: REPRESENTACION GRAFICA DE RESULTADOS DESCRIPTIVOS



## PERFIL CLINICO



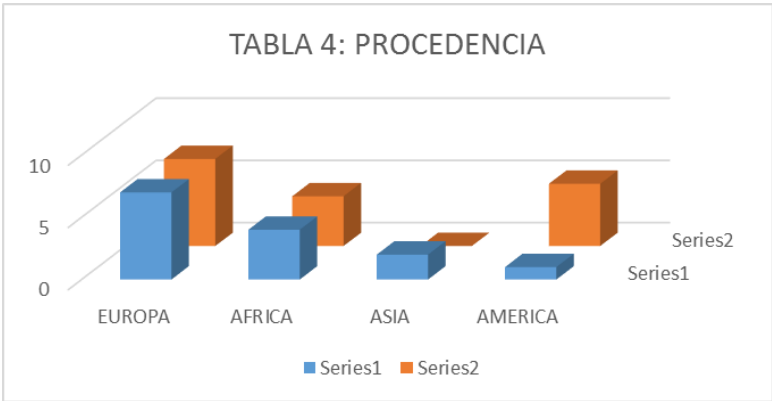
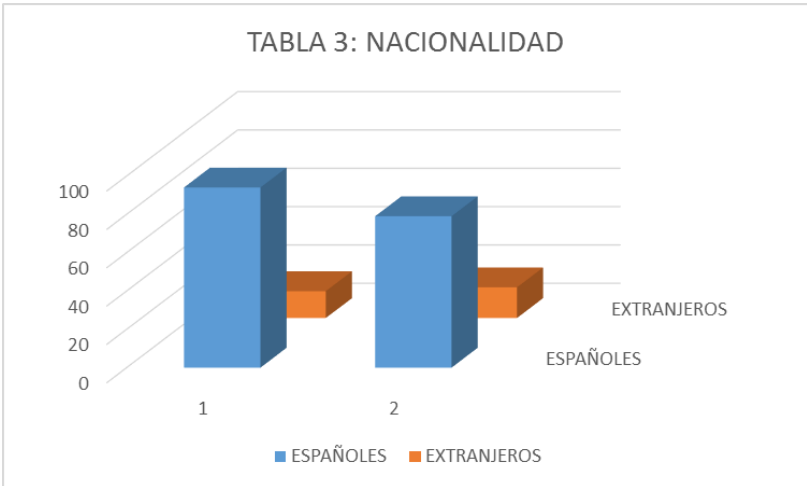
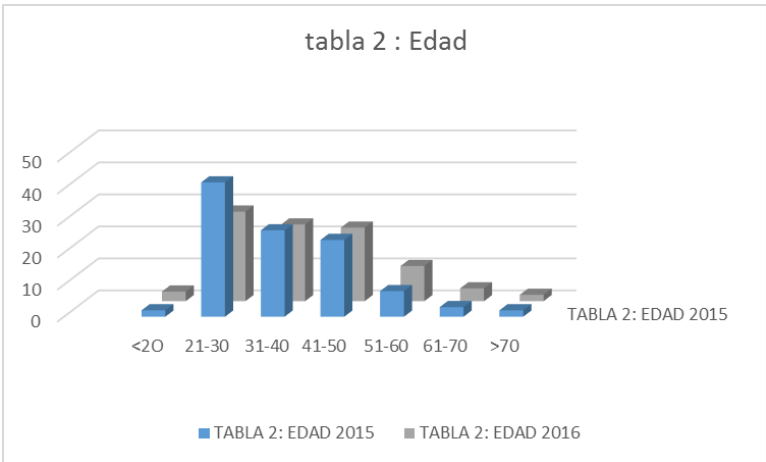


TABLA 5: SITUACION RELACIONAL

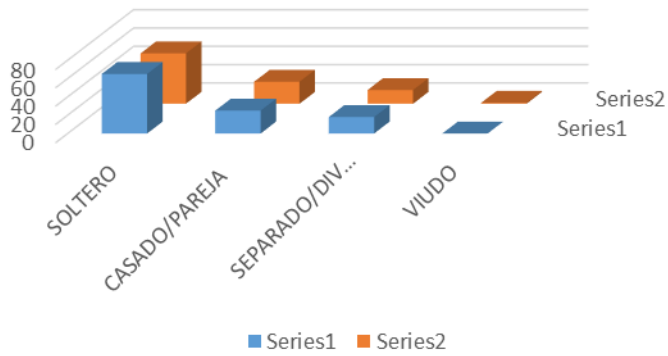


TABLA 6: SITUACION FAMILIAR

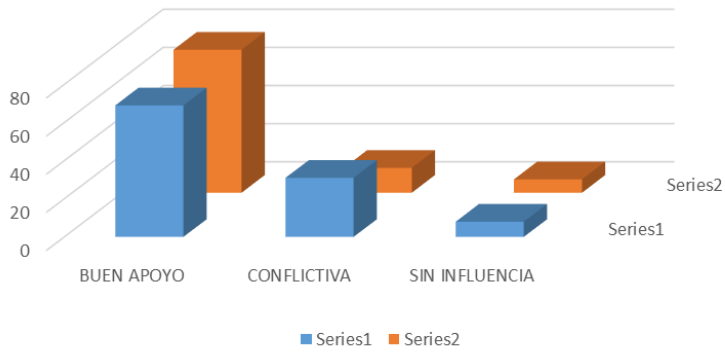
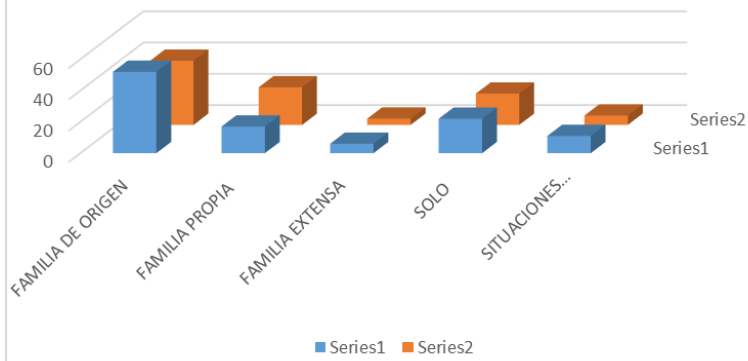
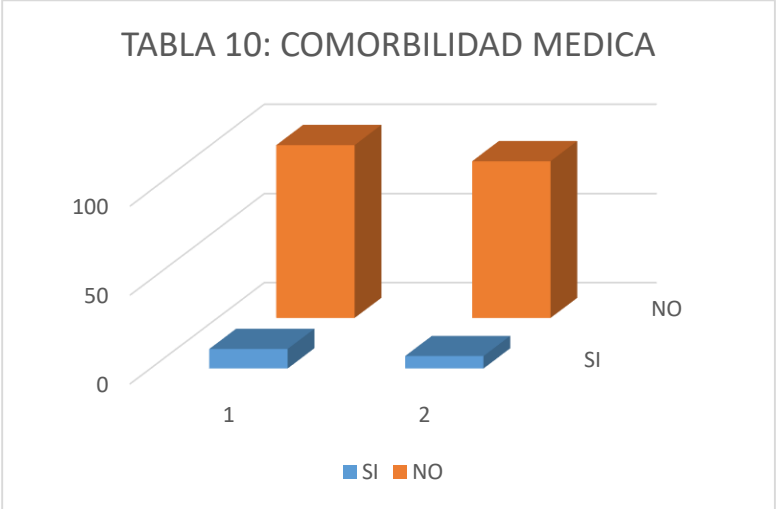
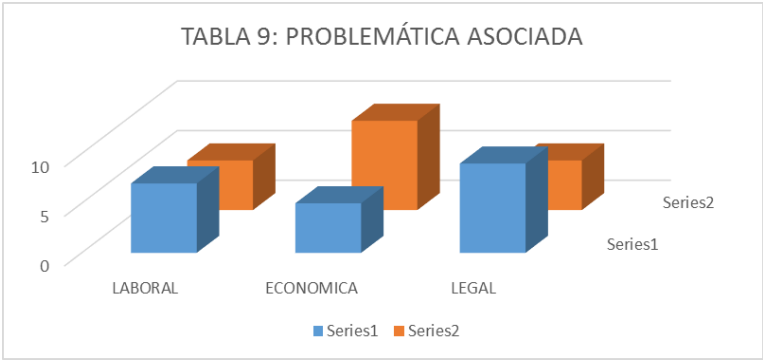
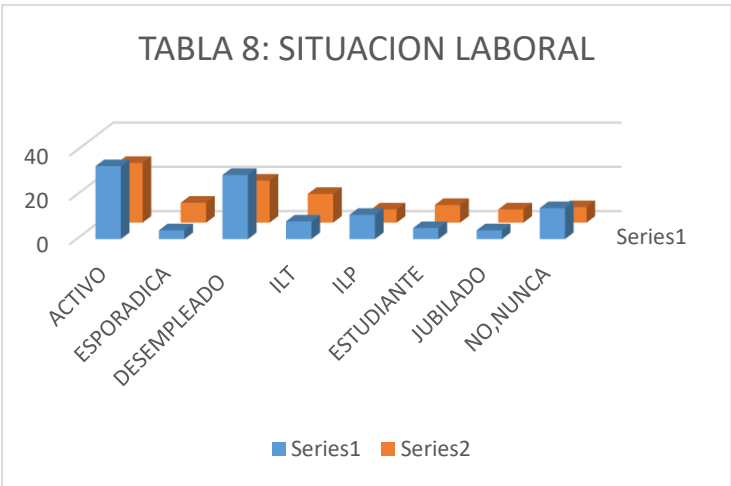
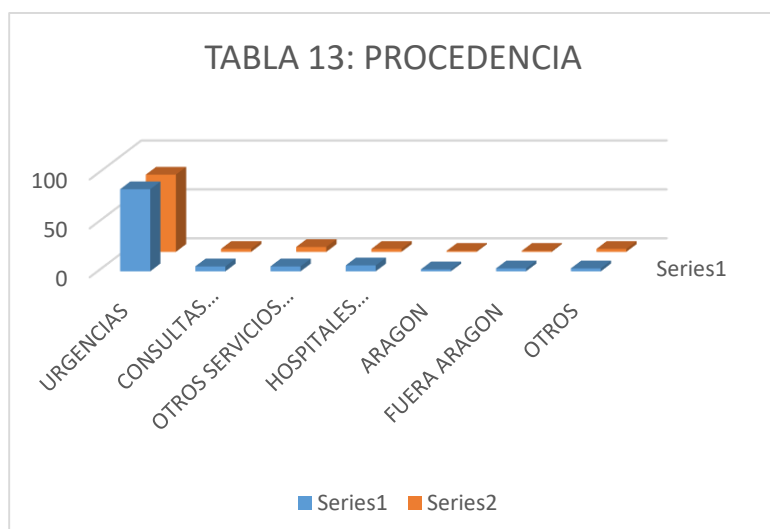
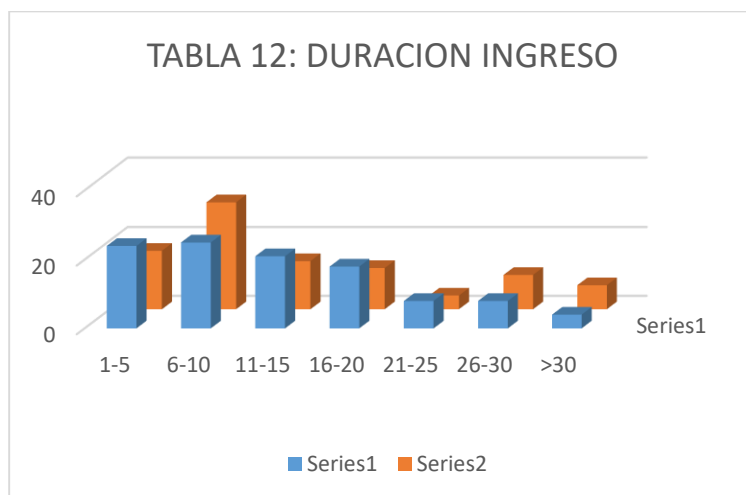
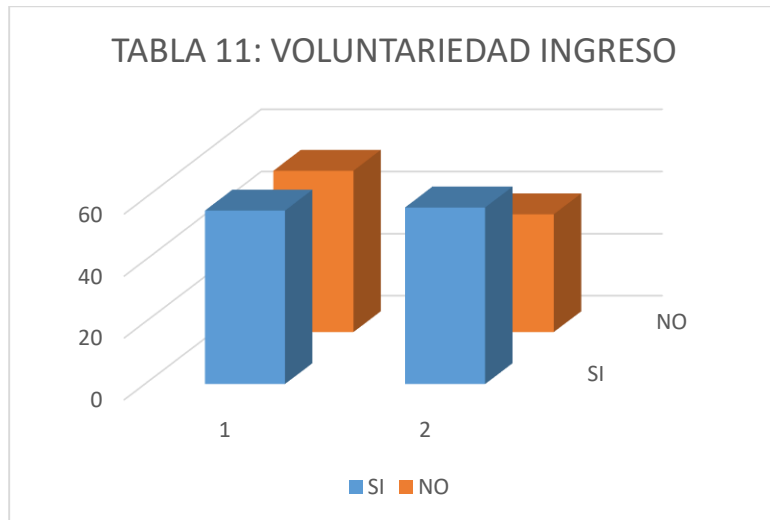


TABLA 7: CONVIVENCIA

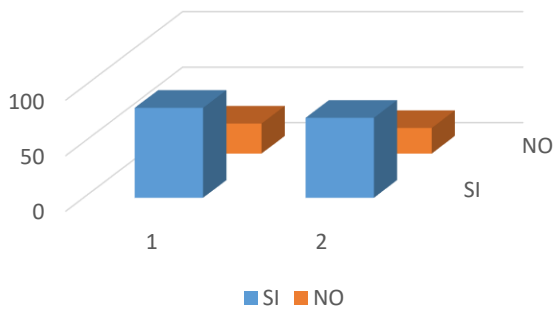




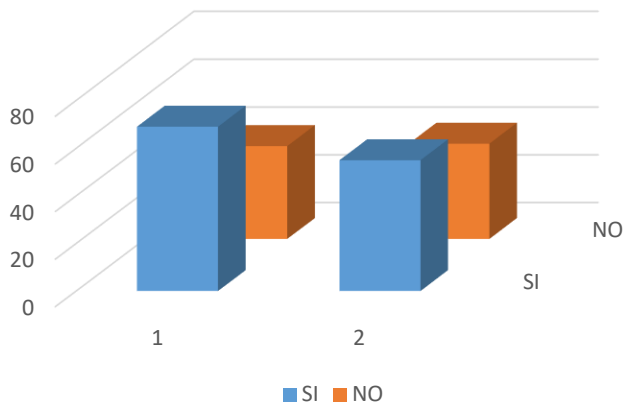
## PERFIL ASISTENCIAL



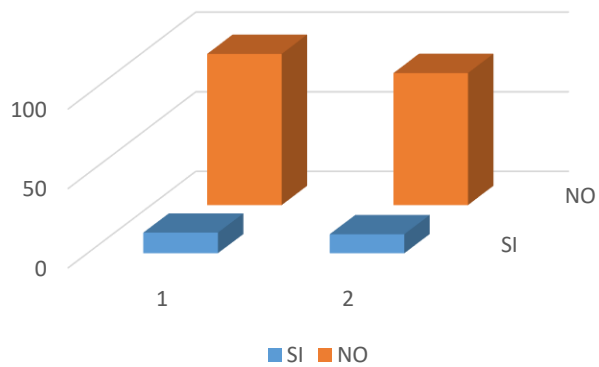
**TABLA 14: ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS**



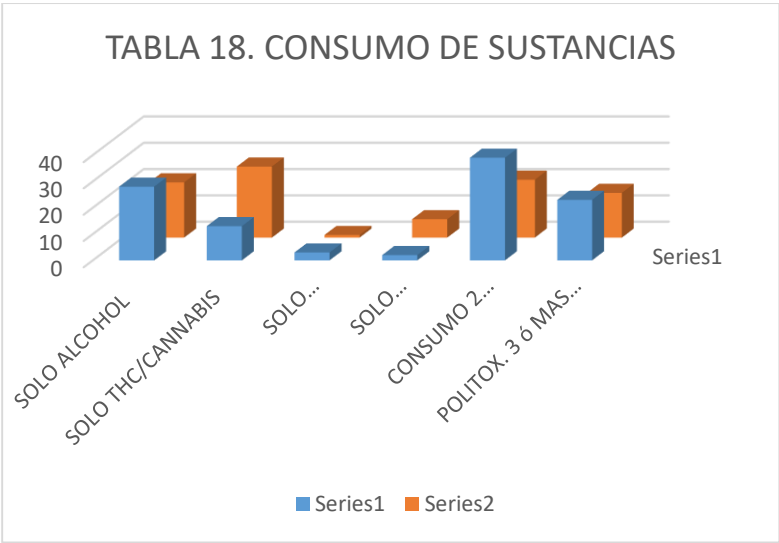
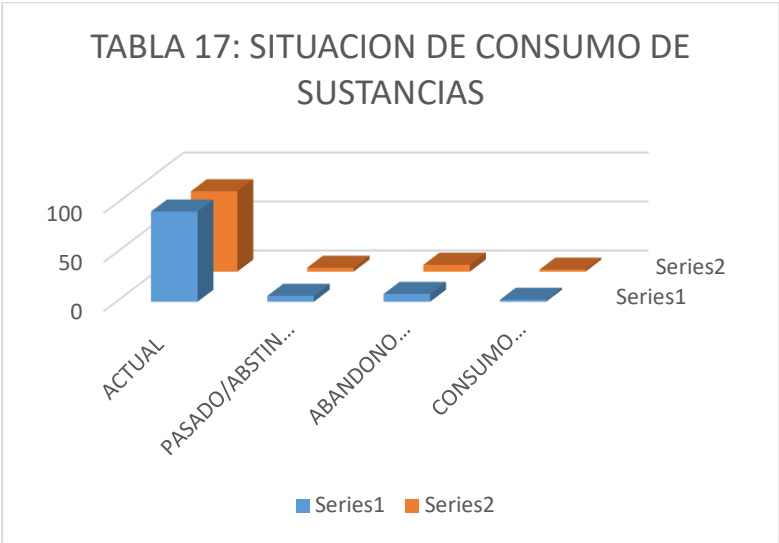
**TABLA 15: INGRESOS ANTERIORES**



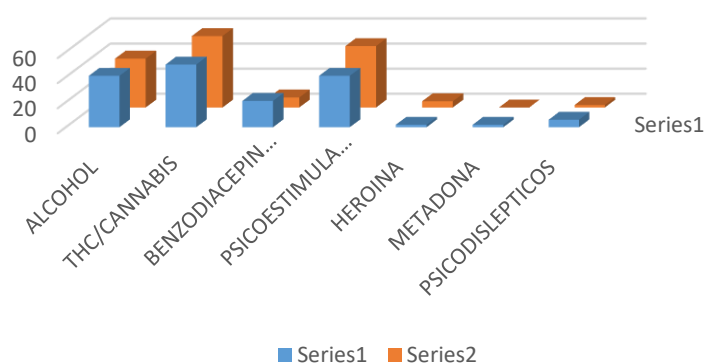
**TABLA 16: ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIATRICOS**



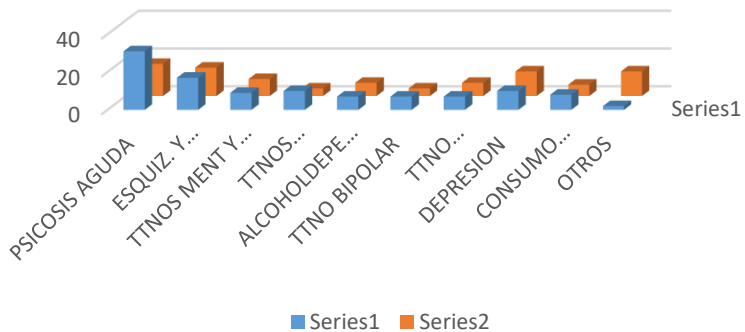
**CONSUMO DE SUSTANCIAS**



**TABLA 19: SUSTANCIAS CONSUMIDAS**



**TABLA 20: DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL INGRESO**



**TABLA 21: MOTIVO DE ALTA**

