



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Patología dual en una Unidad de Hospitalización de Adultos: características generales del perfil clínico, asistencial y epidemiológico de los pacientes hospitalizados.

Dual diagnosis in an Inpatient Unit of Adults: general characteristics of clinical, healthcare and epidemiological profile of hospitalized patients.

Autor/es

ÁNGEL BES GIMÉNEZ

Director/es

DR. RICARDO CAMPOS RÓDENAS

ZARAGOZA
2016

ÍNDICE

➤ RESUMEN/ABSTRACT	1
➤ INTRODUCCIÓN	3
➤ MATERIAL Y MÉTODOS	9
➤ RESULTADOS	11
➤ DISCUSIÓN	17
➤ BIBLIOGRAFÍA	22
➤ ANEXO I	24
➤ ANEXO II	26

RESUMEN

La patología dual se conoce como la coexistencia entre un trastorno psiquiátrico y el consumo y la dependencia de sustancias tóxicas. Su diagnóstico es complejo y discordante entre el personal sanitario, y su coste asistencial elevado. Los objetivos de este estudio fueron detectar la existencia de trastorno dual en los pacientes que habían sido ingresados a lo largo del año 2014 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, y analizar el perfil epidemiológico clínico y asistencial de este tipo de pacientes. Para ello, se ha elaborado un estudio observacional retrospectivo en forma 'audit' de informes de alta de los pacientes ingresados. Se analizaron diferentes variables de la esfera asistencial, de la psicobiografía de los pacientes, de las otras patologías psiquiátricas ya diagnosticadas en ellos, de la problemática social que los envolvía y de las diferentes drogas y tóxicos que consumían. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los pacientes eran varones (76%) y estaban solteros (57%). Hasta un 29% vivían con sus familias de origen, y también destacaba un 28% de pacientes que vivían solos. De los 396 pacientes que pasaron por esta unidad, el 30% presentaban algún tipo de consumo de sustancias tóxicas, de los cuales el 95% padecía alguna enfermedad psiquiátrica asociada, entre las que destacan los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de tóxicos (20%), la esquizofrenia (19%) o la psicosis aguda (15%). Dentro de las variables estudiadas respecto a su problemática social, destacan algunos condicionantes como un 24% que se encuentran en paro, un 31% de casos de relaciones familiares conflictivas o un 17% que tienen problemas económicos graves. Sin embargo, la situación de cada paciente es tan compleja y específica, que cada variable que les afecta puede influenciar en la patología dual por sí misma. Con todos estos datos, podemos reafirmar la importancia de establecer programas y tratamientos especializados para afrontar el reto que supone la patología dual tanto para pacientes y familiares como para profesional sanitario.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico dual, pacientes hospitalizados, drogodependencia, TUS (trastorno por uso de sustancias), comorbilidades psiquiátricas.

ABSTRACT

The dual pathology is known as the co-existence of a psychiatric disorder and consumption and dependence on toxic substances. Diagnosis is often difficult and jarring between health personnel and high cost of care. The objectives of this study were to detect the existence of dual disorder in patients who had been admitted over 2014 in the Adults Hospitalization Unit of the Psychiatry Service from the Clinical Lozano Blesa Hospital of Zaragoza, and to analyze the epidemiological, clinical and care profile of these patients. To this end, it has been developed a retrospective observational study as 'audit' of discharge reports of patients admitted. Different variables of the welfare sphere, psychobiography of patients, other psychiatric disorders diagnosed in them, the social problems that enveloped them and which drugs and toxics were consumed were analyzed. The results show that most patients were male (76%) and single (57%). Up to 29% lived with their origin families, and also highlighted 28% of patients who lived alone. Of the 396 patients who passed through this unit, 30% had some type of substance abuse, of which 95% had psychiatric illness associated, like mental and behavioral disorders because of toxic consumption (20%), schizophrenia (19%) or acute psychosis (15%). Among the variables studied regarding their social problem, highlights some constraint as 24% are unemployed, 31% of cases of conflictual family relationships, or 17% facing serious economic problems. However, each patient's situation is so complex and specific, that each variable which affects them can influence the dual pathology by itself. With all these data, we can reaffirm the importance of establishing programs and specialized treatments to deal with the problem of dual diagnosis for both patients and families and for healthcare professional.

KEY WORDS: dual diagnosis, inpatients, drug dependence, SUD (substance use disorder), psychiatric comorbidities.

INTRODUCCIÓN

Gestión y estructuración de la UHA

Este estudio está encuadrado en la Unidad de Hospitalización de Adultos del servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

La misión de este servicio es proporcionar a la población de nuestro Sector una atención sanitaria especializada y humana, centrada en la recuperación de la funcionalidad y la salud en el mayor grado posible para reintegrarse con el mayor grado de autonomía en su entorno sociofamiliar. Para ello es preciso garantizar la atención integral del paciente ingresado en el HCU, bien en el propio servicio de psiquiatría, en otros servicios o de forma ambulatoria prestando apoyo a otras especialidades médico-quirúrgicas.

Este servicio también pretende adaptar la estructura asistencial del servicio a las necesidades de salud reales de la población, adaptar las capacidades y aptitudes de los profesionales a las demandas asistenciales de los pacientes o ampliar/modificar progresivamente la cartera de servicios ofrecidos para mantener la flexibilidad funcional. Además, se mantiene el nivel de investigación clínica como vehículo de mejora de la actividad asistencial.

Además, cabe destacar la importante labor formativa y docente que se desarrolla en esta unidad y servicio, tanto por la rotación de estudiantes graduados en medicina, así como la relacionada a estudios posgraduados entorno a los MIR de psiquiatría, destacando la presencia de actividades como las sesiones clínicas, los seminarios formativos o las jornadas mensuales de Docencia MIR-PIR de Aragón.

En cuanto a la gestión de calidad del servicio, y por ende de la UHA, se basa en el denominado Ciclo de Mejora. Este se trata de una secuencia de acontecimientos lógica, que se inicia por la planificación de una intervención sobre el problema escogido; se ponen en marcha las medidas decididas en un marco temporal; se controlan y evalúan los efectos de las modificaciones introducidas, se analizan y, finalmente, se actúa para corregir las deficiencias o se obtiene información para nuevas acciones de calidad.

Respecto a la propia UHA del servicio cabe definirla como unidad destinada a atender las necesidades de hospitalización para la población correspondiente a su ámbito de influencia, de pacientes con trastorno mental en fase aguda hasta su hospitalización. Estas unidades se encuentran integradas física y funcionalmente en los hospitales generales, en este caso en el HCU. Desempeñan las siguientes funciones:

- Atender en régimen de hospitalización completa y de corta estancia a los pacientes de su área que lo precisen.
- Prestar apoyo asistencial a requerimiento de los servicios de urgencias del propio hospital.

- Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados al alta, coordinando con la unidad de salud mental la derivación a otras unidades especializadas de salud mental.
- En relación con la demanda procedente de otros servicios hospitalarios, se atenderán las necesidades de salud mental mediante el desarrollo de programas de interconsultas en los hospitales que no dispongan de Unidad de psicopatología y Psiquiatría de Enlace.
- Participar en el diseño de los programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las Unidades de salud mental y otras unidades asistenciales de su área de influencia.

Cada unidad de hospitalización breve no excederá el número de 30 camas (por ello, los hospitales con más de 30 camas de hospitalización psiquiátrica deberán disponer de más de una unidad). Entre las funciones a añadir, cabría destacar la hospitalización de personas que precisen un internamiento involuntario urgente por razón de trastorno psíquico. Así, la UHA debe adecuarse al Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón, el cual hace énfasis en el carácter intensivo de los tratamientos, la atención continuada (24 horas), la especialización del personal y la estancia breve (14-21 días), así como la presencia de 12-15 camas por 100.000 habitantes (no más del 10% del total del hospital).

Los principales indicadores de la Hospitalización en Adultos quedan recogidos en la siguiente gráfica:

	2014	2013	Diferencial %
Índice de funcionamiento	0,7479	0.9202	-18,7%
Peso medio (últimos 12 meses)	1,1824	1,2023	-1,7%
UCH (últimos 12 meses)	525	634	-17,1%
Camas	20	20	0,00%
Ingresos	462	554	-16,6%
Estancia media	15,39	12,74	20,8%
Ocupación	97,41%	96,71%	-4,00%
Altas / paciente (últimos 12 meses)	1,31	1,44	-2,30%
% Mortalidad	0,00%	0,00%	0,00%

En resumen, en los últimos años esta UHA ha alcanzado un nivel de funcionamiento muy eficiente, con los mejores índices de funcionamiento de su historia, controlando el nivel de sobreocupación y de estancia media. Apenas ha habido picos de camas cruzadas y se ha podido comenzar a establecer ingresos programados.

Respecto a las patologías psiquiátricas, son dos las entidades que, con distintos grados de complejidad y complicaciones, suponen casi el 50% de la actividad de la UHA del servicio, los trastornos del humor y la esquizofrenia. Se corresponde con lo esperable la diferencia de edad media entre el grupo de esquizofrenia, en torno a los 40 años, y el grupo de trastornos afectivos, unos 56 años. Mientras que el primer grupo la patología pierde virulencia con el paso del tiempo, en el segundo ocurre lo contrario y se va agravando el pronóstico en razón directa al número de ingresos. En este segundo grupo deberemos plantear tratamientos más ambiciosos para intentar disminuir el número de recaídas. El 85% de los pacientes ingresados pertenecen a nuestro Sector y que un 33% son pacientes conocidos por la UHA por ingresos previos desde 1975. Hay un 15% de ingresos que son involuntarios y es muy baja (menor al 5%) la proporción de altas voluntarias o traslados a otras plantas médico-quirúrgicas. La mayoría de los pacientes son remitidos a dispositivos ambulatorios y un 8% a dispositivos de Rehabilitación. También es muy exigua (>5%) la proporción de pacientes que pasan a HDPA.

En relación al número de diagnósticos hay un 40% de comorbilidad psiquiátrica en forma de al menos dos diagnósticos (generalmente consumo de sustancias y/o tr. de la personalidad). Concretando ya lo referido a este proyecto relacionado con la tóxico-dependencia, cabe decir que existe un compromiso de que los pacientes intoxicados a su llegada a urgencias sean valorados también por el especialista de psiquiatría, y que hay boxes así como una agilidad máxima en la decisión de ingreso en UHA.

Patología dual y toxicodependencia

En lo referente a la patología estudiada en este proyecto, se debe decir que el abuso de sustancias entre los pacientes psiquiátricos es un problema ampliamente conocido. Aunque la medida precisa y detallada de este fenómeno no está clara, en las últimas décadas una gran mayoría de estudios nos ha ido informando de esta alta tasa de coocurrencia de trastornos por abuso de sustancias con trastornos psiquiátricos. Esta coocurrencia, que también se conoce con el nombre de diagnóstico dual, contribuye a disminuir la motivación y cumplimiento del tratamiento, y por tanto los resultados.¹⁻⁴

Una enfermedad psiquiátrica primaria puede desencadenar o provocar el abuso de sustancias, y esto puede empeorar o cambiar el resultado de dicha enfermedad. Por otra parte se puede dar un desarrollo de los hechos inverso, siendo el consumo de sustancias o su retirada la causante de la enfermedad psiquiátrica. También puede actuar como un disparador o factor precipitante en personas predispuestas a la enfermedad mental. Por lo tanto es importante estudiar y diferenciar la relación entre el consumo de sustancias y el trastorno psiquiátrico, para saber si uno es originario del otro o viceversa.⁴

Por ejemplo, muchos estudios han demostrado que una alta prevalencia de abuso de alcohol entre los pacientes con depresión y también están comenzando a establecer relación entre el consumo de opiáceos y la esquizofrenia.¹ Esto tiene una importancia clínica significativa, ya que la comorbilidad tiene un impacto negativo en el tratamiento de ambas condiciones, sin embargo existen muchos factores epidemiológicos distintos que condicionan este fenómeno, dificultando la posibilidad de generalizar estos resultados a todo tipo de sociedades o enfermedades.³

También cabe destacar la importancia del diagnóstico dual respecto al gasto económico-social-sanitario, siendo una de las principales enfermedades contribuyentes, y aunque muchas veces se puede tratar con éxito de manera ambulatoria, el tratamiento hospitalario sigue siendo un componente clave de la atención de dicha patología. ⁵

Así pues, la patología dual se ha asociado a un aumento de ingresos psiquiátricos, de violencia, comportamiento suicida, incremento del gasto sanitario, mayor comorbilidad médica, pobre adherencia al tratamiento y escasos resultados del mismo en ambas patologías. Se ha señalado que aproximadamente un 50% de los individuos con trastornos psiquiátricos cumplirá criterios DSM-IV para abuso/dependencia de alcohol o tóxicos en algún momento de la vida.

Esta comorbilidad de abuso de sustancias con patología psiquiátrica se da tanto en la población general, como en pacientes ambulatorios o ingresados, sin embargo varios estudios han mostrado que la prevalencia de abuso de sustancias concurrente a lo largo de la vida es mucho mayor en los pacientes ingresados (48-64%) que en la población general (15-20%).

En relación al tipo de sustancia, en pacientes ingresados, el tóxico de uso más frecuente (exceptuando la nicotina) es el alcohol, seguido del cannabis y los psicoestimulantes. ¹

En definitiva, la importancia de la realización de este estudio reside en la alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas junto a la presencia de trastornos psiquiátricos y su íntima relación, así como la forma en la que esta comorbilidad afecta al devenir de cada enfermedad y en su tratamiento y los altos gastos económicos y socio-sanitarios que supone. ²

Diagnóstico diferencial de la patología dual ⁶

Es importante delimitar en que aspectos y esferas se podría hablar de patología dual, y que circunstancias son ajenas a la hora de establecer dicho diagnóstico:

- Tanto los trastornos mentales del tipo eje I (trastornos clínicos: demencia, esquizofrenia, ansiedad, adaptativos...) como los del eje II (trastornos de personalidad) son susceptibles de consideración de este diagnóstico dual.
- Referido al consumo de drogas, tanto el uso inadecuado, como el abuso patológico o su dependencia, pueden concebirse dentro de la patología dual a excepción de los cuadros reactivos por intoxicación o por efecto del síndrome de abstinencia.
- Debe haber una relación de influencia reciproca de ambos trastornos (trastorno mental y de consumo de sustancias).
- Deben estar presentes y funcionales ambos trastornos.
- En función de la duración en el tiempo, los antecedentes, la gravedad, el pronóstico o el deterioro personal, se puede catalogar la presencia de patología dual.

	Si es Patología Dual	No es Patología Dual	Cuadros no duales: ejemplos
Eje Psicopatológico	Eje I: Trastornos neuróticos graves Trastornos psicóticos crónicos Eje II	Cuadros reactivos transitorios Cuadros inducidos por abstinencia Síndromes transitorios reactivos a eventos vitales estresantes	Psicosis tóxica por cocaína Abstinencia a alcohol Síndrome depresivo por duelo
Eje del Consumo	Uso y abuso patológicos Dependencia	Uso puntual de tóxicos Abuso sin efecto patológico directo sobre la estabilidad mental	Consumos esporádicos de cannabis Abuso de alcohol en fin de semana sin impacto sobre el cuadro mental

Indicaciones de ingreso hospitalario de pacientes toxicodependientes ⁷

Al estudiarse los pacientes ingresados en UHA con diagnóstico dual, cabe destacar las condiciones y criterios por las que se interna en el servicio de psiquiatría a un paciente con un trastorno de abuso de sustancias. Estos estándares quedan recogidos por la *American Psychiatric Association*, y quedan resumidos en los siguientes puntos:

- Pacientes que han sufrido una sobredosis de drogas y no pueden ser tratados con seguridad en medio ambulatorio o en el servicio de urgencias (por ejemplo, pacientes con depresión respiratoria grave o en estado de coma).
- Pacientes en abstinencia con riesgo de síndrome de privación complicado (por ejemplo, politóxicómanos, antecedentes de delirium tremens) o en los que no es posible una valoración, monitorización o tratamiento adecuados en un marco alternativo.
- Pacientes con enfermedades médicas generales, agudas o crónicas, que hacen que la desintoxicación ambulatoria o residencial sea insegura (por ejemplo, pacientes con cardiopatías graves).
- Pacientes con antecedentes de fracaso en tratamientos en medios menos intensivos (residencial o ambulatorio).

- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica importante que representan un peligro para sí mismos o para otros (por ejemplo, pacientes deprimidos con ideas de suicidio, episodios psicóticos agudos).
- Pacientes con uso de sustancias u otras conductas que representen un riesgo agudo para sí mismos o para otros.
- Pacientes que no han respondido a intentos previos de tratamiento en medios menos intensivos y cuyo/s trastorno/s por uso de sustancias representa un riesgo progresivo para su salud física y mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda sistematizada:

Primera Búsqueda en base de datos PUBMED:

- Inpatient AND dual diagnosis
- Inpatient AND substance use disorder
- Inpatient AND SUD psychiatric

Se obtienen 457 artículos, de los que se seleccionan 22

Se toma un artículo (1) de los seleccionados anteriormente como referencia, y se buscan artículos similares a él

Se obtienen 148 artículos similares al mencionado, de los que seleccionan 13

FILTROS UTILIZADOS en la selección final: <12 años de antigüedad; idiomas inglés y español; procedencia del estudio: Europa, EEUU, Latinoamérica, Australia, Canada; texto completo disponible.

BÚSQUEDAS POSTERIORES: Google académico para "trastorno dual", "cannabinoids effects", "anphetamines effects", "dopamynergia", "American psychiatric association".

Tras la búsqueda realizada descrita anteriormente, se seleccionaron un total de 20 estudios, de entre los cuales se escogió uno realizado en Madrid en 2008 como artículo de referencia, en base al cual se seleccionaron otros 10 artículos, cuyos criterios de trabajo y de material y métodos se asemejaba más a las intenciones de nuestro proyecto. Tras analizar todas estas investigaciones, se escogieron los 5 artículos más semejantes a nuestro estudio, y que junto al primer ensayo tomado como referencia, pudieran revelar más datos e información relacionados con el trastorno dual y el perfil clínico asistencial de los pacientes que lo padecen.

Este proyecto es un estudio observacional retrospectivo en forma audit de informes de alta de una serie de pacientes con trastorno de consumo de sustancias tóxicas o con un posible trastorno dual. El estudio se realizó en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB), Zaragoza, España. Este servicio de psiquiatría presta atención a la población del Sector III del Sistema Aragonés de Salud, incluyendo 22 zonas Básicas de Salud con 116 municipios de 9 comarcas de la provincia de Zaragoza.

La muestra empleada se obtuvo revisando los informes de alta de los pacientes ingresados en esta unidad a lo largo del año 2014. Los pacientes procedían derivados desde dispositivos ambulatorios o desde sus psiquiatras privados, así como trasladados de otros hospitales, o bien ingresados desde el servicio de Urgencias del propio hospital.

Para la recogida de datos y posterior análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2007. La metodología empleada fue similar a la utilizada por otros autores en este tipo de estudios. El método estadístico realizado fue el descriptivo: se registraron los datos y se analizó la frecuencia y el porcentaje de las variables descriptivas cualitativas, y la media, varianza, desviación estándar, máximo y mínimo de las variables cuantitativas.

RESULTADOS

De un total de 393 pacientes ingresados a lo largo de todo el año, 121 consumían diferentes drogas o tóxicos con relativa frecuencia en el momento del ingreso, tomando este hecho como criterio de inclusión para nuestro estudio. Esto quiere decir, que un 30,75% de los pacientes sufrían trastornos mentales relacionados con el abuso de drogas o sustancias tóxicas como el alcohol.

El principal motivo de alta fue la mejoría-curación de la patología que presentaban, con algunos casos de altas voluntarias (7%) o de traslados a otros hospitales o unidades (7%).

Más de la mitad de los ingresos fueron de carácter voluntario (54%), además de desconocidos en el servicio (53%), habiendo sido esta su primera visita a la unidad. Sin embargo, en 8 ocasiones se trataba de pacientes que ya habían tenido un ingreso en el propio 2014.

Hasta un 69% estaban en un correcto seguimiento psiquiátrico, tanto de manera ambulatoria en sus centros de salud, como por los especialistas del propio servicio del hospital, o en menor medida por psiquiatras privados.

Los pacientes estuvieron ingresados una media de 15.35 días. En varios casos fueron ingresos de tan solo un día, siendo este el mínimo de tiempo que pasaban en la unidad. El paciente que tuvo un ingreso más largo fue de un total de 125 días.

TABLAS DE RESULTADOS DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES (N=121)

MOTIVO DE ALTA	Número de pacientes	Porcentaje
Mejoría	104	86%
Voluntaria	9	7%
Traslado	8	7%

VOLUNTARIEDAD DEL INGRESO	Número de pacientes	Porcentaje
Voluntario	65	54%
No voluntario	56	46%

CONOCIDOS EN EL SERVICIO	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	57	47%
No	64	53%

SEGUIMIENTO	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	83	69%
No	38	31%

DÍAS DE ESTANCIA	
Media y DE	15.35 +/- 13.1
Máximo	125
Mínimo	1

La media de edad de los pacientes seleccionados era de 39.27 años, siendo 78 años la edad del paciente más mayor, y 18 la del más joven.

El 76% de los pacientes incluidos eran varones, y la gran mayoría de nacionalidad española (88%). Entre los de nacionalidad extranjera un 36% procede de África, seguido de un 29% de países sur y centroamericanos, y en menor medida de Asia y Europa del Este.

Llama la atención que la mayoría de los pacientes (57%) estuvieran solteros. Después, predominan los casos de divorciados/separados con un 22%, seguidos por el 18% que tenían una relación de pareja. Además había 4 casos de pacientes viudos.

De los 121 pacientes, solo 22 presentaban algún antecedente psiquiátrico en sus respectivas familias, aunque solo algunos casos concretos de alcohol-dependencia tenían relación con el consumo de tóxicos.

También fueron valoradas las situaciones de convivencia de cada paciente, por la importancia que podría suponer esta variable en el desarrollo de su patología dual.

En este aspecto lo que más destaca es el elevado porcentaje de un 29% de pacientes que conviven en una relación de dependencia en el mayoría de los casos con padres, hermanos o hijos, así como los pacientes que vivían solos (28%). Tan solo un 9% convivía con su pareja, y un 8% lo hacía con pareja e hijos. Un 18% se trataba de familias extensas con varias personas en el mismo hogar y con distintos parentescos entre ellos (desde sobrinos, tíos o abuelos a familia política), y otro 8% se trataba de situaciones especiales, como pisos de alquiler, albergues o residencias y centros tutelados.

TABLAS DE RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA (N=121)

EDAD	
Media y DE	39.27 +/- 13.7
Máximo	78
Mínimo	18

SEXO	Número de pacientes	Porcentaje
Varón	92	76%
Mujer	29	24%

NACIONALIDAD	Número de pacientes	Porcentaje
Españoles	107	88%
Extranjeros	14	12%

PROCEDENCIA DE LOS EXTRANJEROS	Número de pacientes	Porcentaje
África	5	36%
Europa del Este	2	14%
América del Sur y Central	4	29%
Asia	3	21%

ESTADO CIVIL	Número de pacientes	Porcentaje
Solteros	69	57%
Pareja	22	18%
Separados	26	22%
Viudos	4	3%

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	22	18%
No	99	82%

CONVIVENCIA	Número de pacientes	Porcentaje
Solos	34	28%
Con pareja	11	9%
Con padres/hermanos/hijos	35	29%
Situación especial	10	8%
Con pareja e hijos	10	8%
Familia extensa	21	18%

Tan solo un 5% de los pacientes de nuestra muestra presentaban como único problema el relacionado con el consumo de drogas (ya fuera un problema de alcohol-dependencia, o de alteraciones de conducta o comportamiento por psico-estimulantes o cannabis, siendo un total de 6 pacientes), frente a un 95% que padecían además de este consumo, una patología psiquiátrica asociada.

Dentro de este grupo, había 20 pacientes (un 16,52% del total) cuya patología mental era secundaria a este consumo de tóxicos, siendo la mayoría episodios psicóticos agudos. Por tanto, un 78,48% de pacientes padecería un posible diagnóstico de trastorno dual.

Como enfermedades psiquiátricas diagnosticadas según el CIE-10 como patología principal en el momento del alta, destacan los trastornos mentales y/o del comportamiento asociados al consumo de tóxicos en un 20% de los casos, seguidos de los que padecían esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos (19%) o de los episodios de psicosis aguda (15%), con 24, 23 y 18 pacientes respectivamente. Otras enfermedades que también aparecen con relativa frecuencia son los trastornos de personalidad (11%), trastornos adaptativos (8%) o los pacientes alcohol-dependientes (7%).

En lo referente al estado de salud de los pacientes ingresados, el 10% presentaba alguna comorbilidad médica lo suficientemente importante como para condicionar su vida o como para influir también en la patología psiquiátrica que pudiera presentar. Estas comorbilidades eran principalmente problemas cardiovasculares, alteraciones hepáticas como hepatitis víricas o cirrosis (normalmente en los casos de abuso de alcohol), o incapacidades físicas por distintos tipos de accidentes.

TABLAS DE RESULTADOS DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS Y MÉDICOS (N=121)

¿TRASTORNO DUAL?	Número de pacientes	Porcentaje
Patología psiquiátrica y consumo de drogas	95	78%
Sólo consumo de drogas	6	5%
Patología psiquiátrica secundaria al consumo de drogas	20	17%

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES	Número de pacientes	Porcentaje
Psicosis aguda	18	15%
Esquizofrenia y/o trastornos esquizoafectivos	23	19%
Trastornos mentales y/o del comportamiento Por consumo de tóxicos	24	20%
Trastornos de personalidad	13	11%
Alcoholdependencia	8	7%
Trastorno bipolar	6	5%
Trastorno adaptativo y de reacción anómala	10	8%
Trastorno afectivo	4	3%
Depresión	4	3%
Otros	11	9%

COMORBILIDADES MÉDICAS	Número de pacientes	Porcentaje
Significativas	14	10%
No significativas	107	90%

Otras variables tomadas para valorar a los pacientes, son las relacionadas a su problemática social y a sus relaciones familiares, para poder evaluar y valorar un perfil clínico asistencial.

Las situaciones familiares y personales de cada paciente eran muy específicas y concretas, pero valorando lo destacado en este aspecto de los informes de alta se podría resumir en que un 39% de los casos, está situación familiar no tenía una repercusión o influencia directa en la toma de las distintas drogas por parte de los pacientes, o en sus complicaciones psiquiátricas asociadas.

Frente a ello, había 36 casos (30%) en los que se trataba de familias bien estructuradas y de relaciones armónicas que suponían un buen apoyo para los pacientes y para la mejoría de sus patologías. Por otro lado, se daban 38 situaciones (31%) en los que las malas relaciones familiares o el abandono por parte de los padres o hijos, agravaban el cuadro de consumo de sustancias perjudiciales, así como las enfermedades psiquiátricas asociadas.

Tan solo un 39% de los pacientes poseía un trabajo adecuado, el resto se dividía entre pacientes parados (24%) o con algún tipo de incapacidad laboral permanente o temporal (21%). Un 3% eran jubilados, y en un 13% de los casos se daban situaciones en las que el paciente no pertenecía al mundo laboral (estudiantes, amas de casa, etc.).

Observando el nivel de estudios académicos, cabe destacar que en 14 pacientes se produjeron episodios de abandono escolar, sin completar la enseñanza obligatoria o los diferentes grados de formación profesional.

En lo relacionado a su situación económica, el 17%, lo que suponía un total de 21 pacientes, presentaba una situación extremadamente complicada, rozando el umbral de la pobreza, frente a un 83% que tenían ingresos o apoyos suficientes para poder llevar una vida relativamente normal.

Además, un 18% de los informes estudiados relataban problemas de los pacientes con la justicia, que iban desde ingresos en prisión, a órdenes de alejamiento de la propia familia, así como denuncias por robo o agresiones.

TABLAS DE RESULTADOS REFERIDOS A LA PROBLEMÁTICA SOCIAL (N=121)

SITUACIÓN FAMILIAR	Número de pacientes	Porcentaje
Buen apoyo familiar	36	30%
Relación familiar conflictiva	38	31%
Sin influencia familiar en la patología	47	39%

SITUACIÓN LABORAL	Número de pacientes	Porcentaje
Trabajan	47	39%
Parados	29	24%
Incapacitados	25	21%
Jubilados	4	3%
No pertenece al mundo laboral	16	13%

ABANDONO ESCOLAR	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	14	10%
No	107	90%

PROBLEMAS ECÓNOMICOS GRAVES	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	21	17%
No	100	83%

PROBLEMAS JUDICIALES-LEGALES	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	22	18%
No	99	82%

Los aspectos estudiados relacionados con el consumo de drogas, se centran en el tipo de sustancias consumidas, y en la toma de varios tipos simultáneamente. Así, aparece la toma de alcohol como la más frecuente, ya que 65 pacientes (54%) lo consumían, y de ellos 29 lo hacían de forma exclusiva, sin tomar ningún otro tipo de tóxico. El siguiente tipo más consumido era el de las sustancias psico-estimulantes, en un 46% de los casos. Dentro de este grupo, se ha incluido toda aquella droga que produjera tanto agitación motriz como psíquica, hipervigilia y reacciones hiperdopaminérgicas⁸: anfetaminas, cocaína, LSD, éxtasis y otras drogas de diseño.

Las sustancias psicoestimulantes son tomadas conjuntamente con otros tipos de drogas entre la mayoría de los pacientes de este estudio, dándose apenas 11 casos en los que tan solo consumían este tipo de tóxico. Un 41% de pacientes consumía THC (tetrahidrocannabinol: principal compuesto del cannabis o del hachís, con efectos analgésicos, relajantes, sedantes o de alteración de los sentidos)⁹, y un 11% lo hacía sin consumir ningún otro tipo de psicotrópico. La sustancia de las valoradas en el estudio menos consumida fueron las benzodiacepinas: solo un 14% las tomaba, y tan solo en 8 casos se hacía de forma única.

TABLAS DE RESULTADOS REFERIDOS AL TIPO DE TÓXICO CONSUMIDO (N=121)

CONSUMO DE TÓXICOS	Número de pacientes	Porcentaje
Solo alcohol	29	24%
Solo psicoestimulantes	11	9%
Solo THC	14	11%
Solo benzodiacepinas	8	7%
Politoxicómanos	59	49%

CONSUMEN ALCOHOL	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	65	54%
No	56	46%

CONSUMEN PSICOESTIMULANTES	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	56	46%
No	65	54%

CONSUMEN THC	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	50	41%
No	71	59%

CONSUMEN BENZODIACEPINAS	Número de pacientes	Porcentaje
Sí	17	14%
No	104	86%

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados, podemos establecer el perfil epidemiológico, clínico y asistencial más frecuentemente encontrado en los pacientes que tienen un trastorno por consumo de sustancias tóxicas y un trastorno mental.

Dentro del área asistencial podemos valorar la estancia media de los pacientes, con ello el estudio que aportaba información sobre esta variable mencionaba valores muy similares a nuestro trabajo, con tan solo 6 días de diferencia ¹.

En todos los estudios valorados, incluyendo este mismo trabajo, el sexo masculino es el más abundante con problemas de drogodependencia, desde el 55% de pacientes de un estudio ¹⁰ al 86,7% de otro ensayo ¹¹. Este hecho parece coincidir tanto en pacientes con patología dual, como en los propios índices de consumo de drogas en la población general.

A razón de la edad, el rango de valores fluctúa sobretodo en la tercera década de la vida y principios de la cuarta, ^{11 12 13} siendo nuestro estudio uno de los que mayor media de edad obtiene (39,3 años).

Pese a que en nuestro estudio sí que analizamos la información sobre la procedencia y nacionalidad de los pacientes, el resto de ensayos no han aportado datos sobre esto, sin embargo este condicionante puede ser muy importante en el desarrollo de una drogodependencia o trastorno dual, debido a las condiciones tan específicas que se dan en el entorno social de una persona inmigrante.

Referente al estado civil de los pacientes, todos los ensayos coinciden con este trabajo en que la mayoría de los pacientes de la muestra están solteros ^{1 11}, siendo el menor de los porcentajes de 49,5% ¹² en un grupo de no consumidores de cocaína, y el mayor de 73,1% ¹³ en otro trabajo. Además, el ensayo que también refiere los pacientes que se encuentran en una relación de pareja estable, obtiene resultados similares a nuestra muestra, en torno al 20% ¹.

Tan solo otro artículo señalaba la incidencia de antecedentes psiquiátricos familiares en sus pacientes, con resultados superiores a los obtenidos en nuestra muestra, un 32,2% ¹ frente a un 18%.

Los aspectos valorados que conciernen a la convivencia de los sujetos, también muestran conclusiones similares a las reflejadas en nuestros pacientes, en los que las situaciones más frecuentes con diferencia son en las que viven solos (49,6% ¹³) o en compañía de sus padres, hermanos o hijos con porcentajes de hasta el 47,3% ^{11 12} (estos últimos sobre todo en los casos de pacientes dependientes de edad más avanzada), siendo las coyunturas de vivir en pareja, o con sus familias propias (pareja e hijos) en frecuencias mucho menores.

En nuestro estudio el porcentaje de pacientes con patología dual es similar al de otros estudios tomados como referencia, de hecho todos coinciden en que la gran mayoría de pacientes drogodependientes, en torno a las tres cuartas partes (frente al 95% de nuestros casos, aunque un 17% fuera secundaria al propio consumo), presentan una enfermedad mental asociada, oscilando entre valores como el 77,1% ¹ o el 73,4% ¹².

Además, muchos estudios señalan que la patología dual se encuentra infradiagnosticada en un gran número de casos ¹⁴, llegando a darse en un 25% de situaciones la ausencia de un diagnóstico definitivo en presencia de patología dual, o incluso en un 65% de los SUD (substance use disorder) ¹⁵. Igualmente, otros artículos reflejan la dificultad para establecer un tratamiento válido para esta enfermedad dual, dándose así tan solo en un 31% de los pacientes ¹³.

Otro proyecto también recalca la ausencia de cambios en lo referente a la clasificación diagnóstica del SUD en el DSM-V con respecto al DSM-IV, salvo la omisión de aspectos legales cuya utilidad en la práctica clínica se encontraba en entredicho ¹⁰.

En lo referido a la patología mental asociada al consumo de tóxicos, y que por definición designan el diagnóstico dual, cabe destacar el hincapié realizado por todos los artículos para recoger un gran número de posibles diagnósticos entre sus respectivos pacientes.

En nuestro proyecto recogemos los episodios de trastornos mentales y/o del comportamiento por el consumo de tóxicos, recogidos en los informes de alta como diagnósticos según el

CIE-10, siendo los más frecuentes (20% de los casos). La mayoría de publicaciones comparadas excluían este tipo de episodios como diagnósticos principales, señalando en su lugar aquellos que eran meramente trastornos psiquiátricos.

Así pues, y teniendo en consideración lo citado anteriormente, una de las enfermedades mentales que aparecen con relativa frecuencia en la mayoría de los ensayos son los episodios de psicosis aguda, normalmente desencadenados por el propio consumo de tóxicos, obteniéndose resultados desde el 15% como es en nuestro caso, al 10,7% ¹³ o al 27,6% ¹ de otras investigaciones.

Sin embargo, en otros estudios hasta uno de cada cuatro pacientes presentan trastorno bipolar ^{11 12}, o incluso lo consideran la enfermedad mental más importante asociada en el trastorno dual ¹⁴, frente al escaso 5% obtenido de nuestros pacientes. También destacan otras patologías como trastornos de personalidad (resultados entorno al 15-20% ^{1 13 15}, similares a nuestro estudio), episodios de depresión mayor (valores del 30% ¹⁵ frente al 3% de nuestra muestra), esquizofrenia (16,3% ¹ en algunos casos, semejables a en nuestros pacientes) o trastornos adaptativos o de reacción anómala (6-8% tanto en nuestros datos como en otras publicaciones ¹⁴).

Además, en las muestras de los otros investigadores aparecen con frecuencia ciertas patologías incluidas en nuestro trabajo en el apartado "otros", por el bajo número de pacientes que las padecían. Algunas de estas enfermedades son los trastornos de ansiedad, con resultados de hasta el 34% ¹⁵, o la agorafobia ^{11 14}.

En lo relacionado con las comorbilidades médicas, la presencia de una enfermedad médica importante no era relativamente frecuente en estos pacientes, dándose en un 36% a lo sumo en las otras investigaciones ^{11 12}.

La diabetes, la hipertensión arterial o patología tiroidea eran las enfermedades que tanto en nuestra muestra como en las comparadas mencionadas anteriormente, más frecuentemente aparecían, siendo el cáncer o el VIH las más condicionantes.

Asimismo, el análisis de cómo la relación familiar podía influir en el devenir del trastorno dual, no arrojó demasiada información, y los datos obtenidos en otro artículo de situaciones familiares lo suficientemente negativas como para influenciar nocivamente en la enfermedad de los pacientes, mostraban porcentajes que casi

duplicaban el 30% señalado en nuestro estudio, aunque no especificaban en las familias distanciadas y que no influenciarían en la enfermedad de una manera directa ¹³.

Respecto a la situación laboral de los pacientes de la muestra, varios ensayos coinciden con nuestro resultado de que un 39% se encontraba laboralmente activo, con porcentajes similares que oscilaban entre el 43% ¹¹ y el 45,7% ¹². No obstante, otros artículos mostraban datos más dispares, como en un caso en el que el 79,3% de pacientes drogodependientes no realizaba ningún trabajo asalariado ¹³, u otro en el que la cifra de pensionistas alcanzaba el 43,7% ¹. Un ensayo resaltaba la mayor asociación de dificultades laborales con los pacientes con trastorno dual en comparación con otros enfermos diagnosticados de distintos trastornos mentales sin drogodependencia ¹⁴, hecho comparable a nuestro estudio, donde se presentaba una mayor asociación de problemática laboral en pacientes con trastorno dual que en los drogodependientes sin trastorno mental asociado.

Esto se relaciona con la presencia de problemas económicos, dándose resultados de niveles bajos de renta en una importante proporción de las muestras ¹.

Analizada la formación profesional y el abandono escolar, existen diferencias entre nuestros datos (tan solo uno de cada diez abandonaba los estudios antes de acabar la enseñanza obligatoria) y los comparados, pese a que se midieron variables distintas de este asunto, resaltando que en una muestra informada tan solo un 10% tenía estudios universitarios, o que en otra investigación los años de escolarización de media apenas llegaban para cursar bachiller.

Tampoco parecía que la presencia de delitos y otros problemas judiciales-legales estuviera muy presente en los pacientes drogodependientes, siendo nuestra información obtenida la de un porcentaje más alto, mientras que en otro estudio apenas llegaba al 4% ¹.

En referencia al análisis del tipo de droga consumida, varios destacan el consumo de alcohol como el más frecuente, y el más acompañado junto a otras drogas, hecho que coincide con nuestros datos, así como el porcentaje de casos diagnosticados principalmente como alcoholdependientes ^{14 15}.

Los análisis sobre el consumo de cannabis, muestran valores más discordantes, desde el 19,9% de uno de los ensayos comparados ¹⁴, hasta el 41% de nuestra muestra. Además, otro estudio refleja con más detalle la interacción entre el consumo de cannabis simultáneamente con el de otras drogas, con porcentajes menores en estos casos ¹¹, situación contraria a nuestro estudio ya que toman THC más pacientes junto a otras drogas que de forma exclusiva.

Al profundizar en el consumo de psicoestimulantes, una de las publicaciones comentadas refleja porcentajes similares a nuestros datos, con valores entorno al 50% de pacientes consumidores de este tipo de droga ¹⁴, aunque en lo referente a otros aspectos, como la toma de esta droga exclusivamente, sí que existen diferencias significativas, duplicando el porcentaje al de nuestra muestra ¹¹. Un artículo distinto, dentro del conjunto de los psicoestimulantes, destaca la cocaína como la más consumida comparando su toma conjunta o aislada de otras drogas, así como las diferencias respecto a las otras variables tanto de problemática-social como de su enfermedad mental asociada, entre los pacientes que la consumían y los que no ¹².

Otra de las publicaciones incluía, como en nuestro estudio, la toma de benzodiazepinas de forma abusiva como posible SUD, con resultados ligeramente superiores a los nuestros, un 18.8% frente a un 14% ¹⁴.

Así pues, y a la vista del análisis de nuestros resultados respecto a la de otra serie de publicaciones escogidas por la similitud en material y métodos empleados, y tras comparar una serie de variables atribuibles a todos los pacientes de la cada muestra, se puede establecer un perfil clínico-asistencial y epidemiológico más probable en un paciente con drogodependencia y trastorno dual.

Conclusiones:

1. El 30,75% de los pacientes que fueron ingresados a lo largo del año 2014 en la UHA, presentaban consumo de tóxicos o drogodependencia, de los cuales el 78% padecía trastorno dual, frente a un 5% que solo consumían tóxicos y se encontraban en programas de desintoxicación, y un 17% que habían sufrido episodios agudos desencadenados por el consumo de drogas. Los estudios comparados señalan valores similares, en torno al 75%.
2. Predominio del sexo varón: porcentajes desde el 55% al 86,7%, coincidiendo con nuestro estudio (76%).
3. Edades comprendidas en la tercera década de la vida, coincidiendo con la media de edades de nuestra muestra de 39,27 días.
4. El estado civil en el que más frecuentemente se encuentran los pacientes es el de soltero, con resultados desde el 49,5% al 73,1%. En nuestro caso es un 57%.
La circunstancia de que pocos pacientes presentasen una relación de pareja estable (20% en el caso donde era más frecuente, frente a nuestro 9%) abre la posibilidad de encontrarse ante un factor protector.
5. En algunos estudios, la mayoría de pacientes vivían solos (49,6%) y en otros vivían con sus familias de origen (47,3%). Aunque en nuestra investigación no destaca ningún grupo de los tipificados respecto a la convivencia con tanta claridad como en los estudios mencionados anteriormente, sí que coincide el hecho de que tanto los pacientes que viven solos, como los que viven con padres u hermanos, sean las dos situaciones más frecuentes con un 28% y 29% respectivamente.
6. Los antecedentes psiquiátricos no aportan información reveladora de relación con el desarrollo de un trastorno dual, con porcentajes dispares y bajos (32,2% frente al 18% de nuestra muestra).
7. Hay muchas diferencias respecto a los trastornos mentales más frecuentemente encontrados en los pacientes con diagnóstico dual, destacando enfermedades como psicosis aguda, trastornos de personalidad o esquizofrenias con porcentajes que oscilan entre el 10% y el 25%.
8. Las situaciones en las que existe un correcto apoyo familiar, en ningún caso superan el 30%, frente al resto de situaciones que podrían influir negativamente en el devenir de la patología dual, por lo que también podría valorarse su análisis como posible factor protector.

9. Respecto a los indicadores de la problemática social, se puede resumir en la ingente cantidad de problemas distintos que pueden sufrir los pacientes, y aunque la mayoría son de baja frecuencia, al ser tantas posibilidades (laborales, económicas, psicosociales, médicas, judiciales, inmigración, etc.) hace que cada paciente tenga al menos uno de estos condicionantes sociales ligado.
10. La situación laboral no influye demasiado en el desarrollo de una drogodependencia, pero sí que puede precipitar una patología dual.
11. El tóxico mayormente consumido es el alcohol en casi todas las investigaciones, con valores que oscilan en torno al 50% en todos los casos. Los psicoestimulantes también están presentes en un 40-45% de los pacientes de los estudios que lo analizan.

De tal forma, podemos concluir que la complejidad que supone la patología dual y su relevancia clínica, así como la cantidad de condicionantes sociales que van ligados a los pacientes que los padecen y la importancia de esclarecer cual es la causa y cual la consecuencia en la asociación de un trastorno mental con un consumo abusivo de tóxicos o una drogodependencia, hacen necesaria la existencia de programas específicos.

En este contexto es importante una profundización en la formación del profesional sanitario así como en la importancia de abordajes psicosociales de la problemática social asociada.

Así mismo, la verdadera integración entre los servicios de salud mental/psiquiatría y los de drogodependencia/desintoxicación es crucial para el desarrollo de programas de mejora asistencial tanto en las UHA como a nivel de servicios de psiquiatría de enlace y ambulatorios.

BIBLIOGRAFIA

- *Proyecto de gestión clínica de una UHA. Servicio de psiquiatría. Dr Ricardo Campos Ródenas. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". 2015.*
1. *Rodríguez-Jiménez R, Aragiés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagny A, et al. Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics. Invest Clin. 2008; 49(2):195-205.*
 2. *Heslin KC, Elixhauser A, Steiner CA. Hospitalizations Involving Mental and Substance Use Disorders Among Adults, 2012: Statistical Brief #191. En: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research (US) 2006.*
 3. *Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. BMC Psychiatry. 2011; 11:64.*
 4. *Caton CLM, Drake RE, Hasin DS, Dominguez B, Shrout PE, Samet S, et al. Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(2):137-45.*
 5. *Chang G, Martin KB, Tang M, Fleming JA. Inpatient hospitalization for substance use disorders one year after residential rehabilitation: predictors among US veterans. Am J Drug Alcohol Abuse. 2016; 42 (1):56-62.1.*
 6. *IZQUIERDO MUÑOZ, R. "Patología dual: Diagnóstico, identificación y conciencia de problema: una solución entre lo categorial y lo dimensional". Madrid. 2009.*
 7. *I Congreso Virtual de Psiquiatría. PSIQUIATRÍA LEGAL Y FORENSE. Conferencia. [Internet]. [citado 5 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa14/conferencias/14_ci_f.htm*
 8. *Chang L, Ernst T, Speck O, Grob CS. Additive effects of HIV and chronic methamphetamine use on brain metabolite abnormalities. Am J Psychiatry 162:361-369, 2005.*
 9. *Mehmedic Z, Chandra S, Slade DL. Potency trends of Δ9-THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. J Forensic Sci. 2010; 55(5):1209-1217.*
 10. *Peer K, Rennert L, Lynch KG, Farrer L, Gelernter J, Kranzler HR. Prevalence of DSM-IV and DSM-5 alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use disorders in a largely substance dependent sample. Drug Alcohol Depend. 2013; 127(1-3):215-9.*
 11. *Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. Actas Esp Psiquiatr. 2013; 41(2):122-9.*
 12. *Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2013; 6(3):121-8.*
 13. *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; 11:93.*

14. *Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. Adicciones. 2013; 25(2):118-27.*
15. *Langås A-M, Malt UF, Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area--a clinical study. BMC Psychiatry. 2011; 11:25.*