

Análisis de patología dual en el área sanitaria de A Coruña

Vicente Alba, J.; García Mahía, M.C.; Ortega Ruibal, F.; Buján López, A.;
Carrera Machado, I.; Pardal, M.L.; Lage, M.T.

Hospital Universitario de A Coruña

Palabras clave: Dual, Prevalencia, Drogodependencias, Alcohol, Psiquiatría

Introducción

Entendemos la Patología dual como la existencia simultánea de un trastorno por abuso de sustancias y otro trastorno mental. El término fue acuñado por primera vez en el año 1991 por Stowell⁽¹⁾.

Esta entidad va más allá de una comorbilidad, se trata de un modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos.

Sobre la etiopatogenia⁽¹⁾, existen diferentes modelos explicativos sobre la misma:

1. La existencia de dos o más factores independientes entre sí que concurren por un modelo de la independencia biológica o modelo de factor común.
2. El modelo del trastorno por dependencia de sustancias primarias: El trastorno por abuso de sustancias desencadena un trastorno psiquiátrico, que se vuelve independiente.
3. El modelo del trastorno psiquiátrico primario: el trastorno por abuso de sustancias aparece para mitigar los problemas derivados del trastorno psiquiátrico (teoría de la automedicación de Casas).

La patología dual se va a relacionar de manera muy prevalente con una serie de trastornos psiquiátricos como son la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad, la Esquizofrenia y el TDAH⁽⁴⁾.

Nos interesa su estudio porque se ha demostrado que la presencia de PD es un factor de mal

pronóstico. En estudios de pacientes con Esquizofrenia⁽³⁾ se vio que los pacientes con patología dual tienen una edad de inicio más temprana, una mayor sintomatología psicótica, unas mayores alteraciones de conducta (heteroagresividad), una menor adherencia terapéutica, y, por tanto, una mayor tasa de reingresos hospitalarios.

Existe una gran cantidad de estudios hasta el momento actual sobre la patología dual. La gran mayoría van a ser estadounidenses. Son todos estudios observacionales, con las consecuentes limitaciones ya que van a recogerse las variables a través de la revisión de historias clínicas, con criterios diagnósticos que han variado según la época y con una muestra recogida de 2 redes asistenciales distintas (la red de drogas y la de salud mental), además del contexto social y cultural⁽⁹⁾.

Los primeros estudios que se recogen datan de los años 80 y son estadounidenses. En el año 1980 se publica un estudio⁽¹¹⁾ que se realizó durante los años 1967-1976 en el que se estudia a pacientes con problemas de alcoholismo y se objetiva que el 70% de los pacientes presentan otros trastornos psiquiátricos comórbidos (sobre todo de la esfera afectiva) y que esto es un factor de mal pronóstico, con una mayor tasa de suicidios.

En el año 90, Rousanville⁽¹⁴⁾ realiza un estudio sobre los familiares de pacientes con adicción a opiáceos y encuentra una mayor tasa de Trastornos Psiquiátricos comórbidos tanto en los pacientes, como en los familiares. Es de los primeros autores que hablan sobre la vulnerabilidad familiar presente en estos trastornos.

El primer estudio importante es el estudio ECA⁽¹⁵⁾, realizado en Estados Unidos a principios de

Análisis de patología dual en el área sanitaria de A Coruña

los años 80, donde se encuentra una prevalencia que incluye algunos de los estudios internacionales de Patología Dual del 29%. En la **Tabla I** se revisados.

Tabla I. Estudios sobre Drogodependencias que incluyen Patología Dual

	ECA	NCS	NESARC	CMHTS (COSMIC)
Año	1980-84	1990-92 2001-03	2001-02 2004-05	2001-2
Muestra	20.291	8.098 5.001	43.093 34.653	2.528
País	USA	USA	USA	UK
Ámbito	General	General	General	General
Edad	>18 años	>18 años	>18 años	>18 años
Criterios Dx.	DSM III-R	DSM IV	DSM IV	
Prevalencia Pat. Dual	29%	70%	30,9%	44%
Pat. más Prevalente (Eje I)	Esquizofrenia	Tr. Afectivo	No	Tr. Afectivo
Pat. más Prevalente (Eje II)	TPA		TPA TLP ESQT	
Sust. más Prevalente (no tabaco)	Alcohol		Alcohol	Alcohol

En España, existen múltiples estudios sobre la Patología Dual (**Tabla II**). El estudio actual más importante es el Estudio piloto de prevalencia de patología dual realizado en la comunidad de Madrid en el que se objetiva del 34% de prevalencia

de patología dual. En Galicia se ha realizado el estudio COPSAD, en el año 2010, dentro del Plan de Trastornos Adictivos de Galicia, en el que la prevalencia de patología dual en la red de drogas de Galicia fue de 56,2%.

Tabla II. Estudios en España sobre Prevalencia de Patología Dual

Estudio	EDTA	Rodríguez-Jiménez	Vázquez Vázquez	Nestor Szerman	COPSAD
Año	2003	2008	2010	2011	2010
Muestra	2400	257	381	400	2304
Ámbito	General	UHP	USM	General	UAD y UAA
Prevalencia	33,8%	24,9%	39%	34%	56,2%
Pat. más frecuente	Afectivos	Esquizofrenia	Afectivos	Afectivos	Afectivos
Sustc. más frecuente	–	Alcohol	Alcohol	Alcohol	Alcohol

Objetivos

Los objetivos del estudio van a ser:

1. Determinar la *prevalencia* de patología dual en la muestra analizada y su relación con variables sociodemográficas.
2. Analizar los *perfiles diagnósticos* de pacientes con patología dual en cada uno de los dispositivos asistenciales incluidos en el estudio.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo. Tomamos como muestra a todos los pacientes que iniciaron tratamiento en los 3 dispositivos asistenciales del Área sanitaria de A Coruña durante un período de 3 meses (Oct-Dic/2010), estos dispositivos fueron la Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD), la Unidad de Ex-alcohólicos (UAA) y la Unidad de Salud Mental (USM). N=412.

Para el registro de la Patología Dual, se tuvo en cuenta la información al respecto según criterios del DSM-IV TR, disponible en los historiales clínicos de ambos centros.

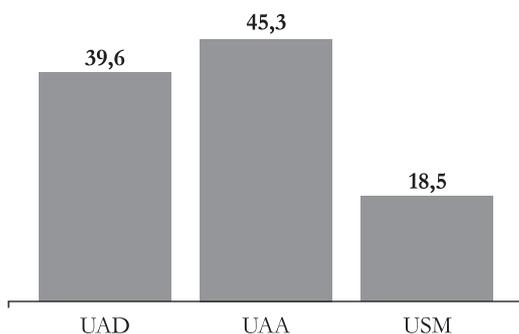
Para la recogida de datos se elaboró un Cuaderno de recogida de datos con variables descriptivas del perfil de los pacientes de uso común en los protocolos clínicos de los centros, unificando criterios de intervención asistencial.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el SPSS versión 12.0.

Resultados

La prevalencia de la Patología Dual según el dispositivo ha sido del 39,6% en la UAD, del 45,3% en la UAA y de 18,2% en la USM (**gráfica I**) n=412.

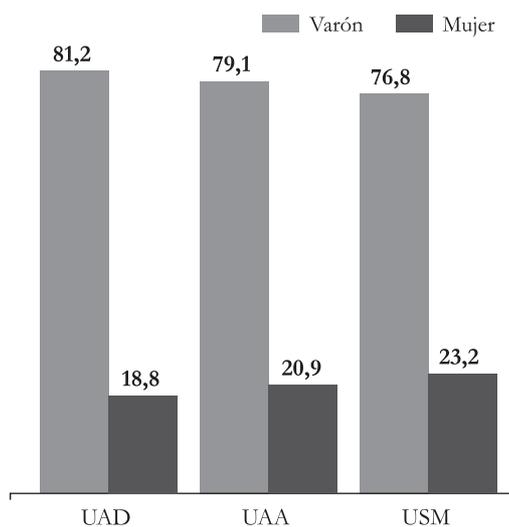
Gráfica I. Prevalencia de patología dual según dispositivo



La distribución por sexo fue similar en los 3 dispositivos, con una mayor frecuencia de hombres

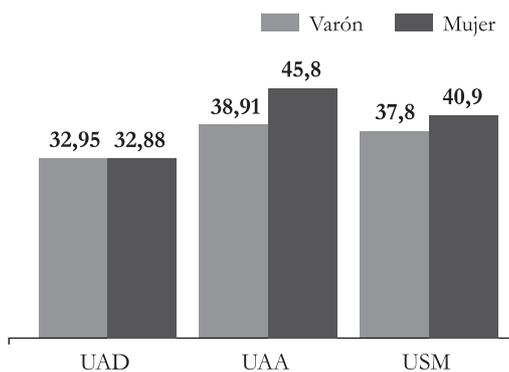
(81,2% en UAD, 79,1% en UAA y 76,8% en USM), como se muestra en la **gráfica II** n=138.

Gráfica II. Distribución sexo según dispositivo



La edad media de los pacientes es similar en los dispositivos, en la UAD 32,88 años, en la UAA de 40,36 y en la USM de 39,4. En la **gráfica III** se observa la edad media por sexo.

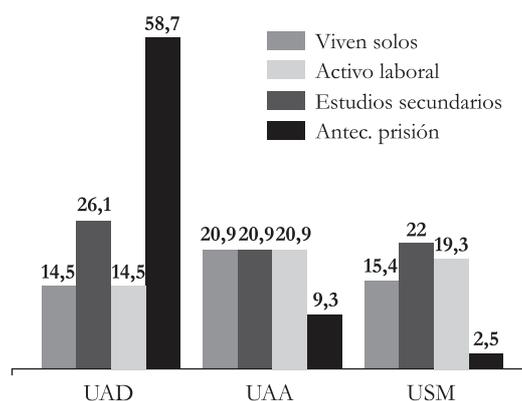
Gráfica III. Edad media según sexo/dispositivo



En lo que respecta a las características sociodemográficas y antecedentes penales (**gráfica IV**), se observa una elevada prevalencia de pacientes con antecedentes penales en la UAD (58,7%). No

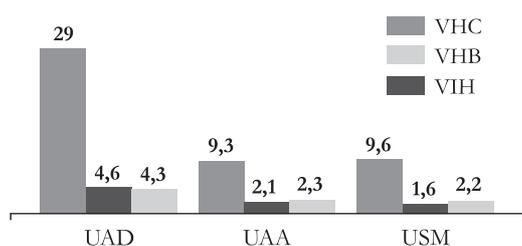
se observan diferencias según los dispositivos en lo que respecta al resto, con una baja frecuencia de pacientes activos laboralmente y que viven solos. n=138.

Gráfica IV. Características sociodemográficas y penales



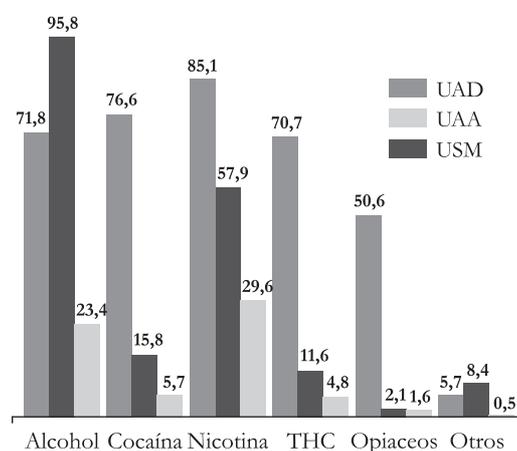
Sobre la prevalencia de Hepatitis y VIH (gráfica V), la prevalencia de VHB fue similar en los dispositivos (4,6% UAD, 2,1% UAA, 1,6% USM), al igual que de VIH (4,3% UAD, 2,3% UAA, 2,2% USM). Si se observa una prevalencia de VHC mayor en UAD (29%), sobre el resto (9,3% UAA, 9,6% USM). n=138.

Gráfica V. Prevalencia VIH/VHC/VHB



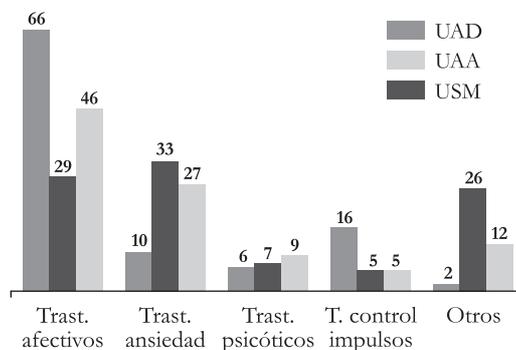
En cuanto al consumo de sustancias (gráfica VI), varían según el dispositivo, con una prevalencia mayor en general en lo que respecta al consumo de alcohol y tabaco (alcohol: 71,8% en UAD, 95,8% en UAA, 23,4% en USM; tabaco: 85,1% UAD, 57,9% en UAA, 29,6% USM) n=138.

Gráfica VI. Prevalencia de consumo de sustancias

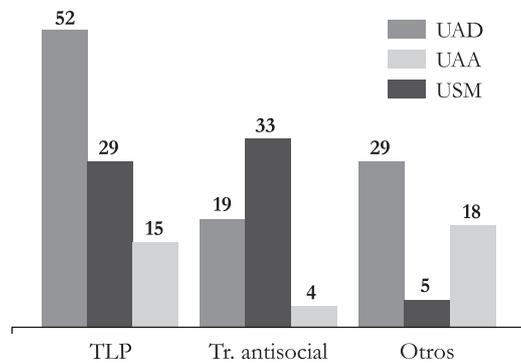


En lo que respecta al diagnóstico psiquiátrico en el eje I (gráfica VII) más prevalente en los dispositivos es el Trast. Afectivo (65% UAD, 29% UAA, 46% USM) y Trast. Ansiedad (10% UAD, 33% UAA, 27% USM) n=138.

Gráfica VII. Diagnóstico psiquiátrico en eje II por dispositivo



Sobre el diagnóstico psiquiátrico en el eje II (gráfica VIII), los diagnósticos de TLP y Antisocial fueron los más prevalentes (TLP: 52% UAD, 19% UAA, 15% USM; Antisocial 19% UAD, 33% UAA, 4% USM) n=138.

Gráfica VIII. Diagnóstico psiquiátrico en eje II según dispositivo

Discusión

La prevalencia de la Patología Dual es elevada en los dispositivos asistenciales estudiados, coincidiendo con estudios previos (estudio de la red de Madrid (34%) e inferior al de la red gallega de adicciones (56%). Probablemente esto sea debido a que los estudios mencionados no incluyen muestras de USM.

Las bajas prevalencias de Patología Dual detectadas en USM, inferiores a otros estudios realizados en España, pueden estar en relación con el protocolo de derivación de pacientes con consumo de sustancias a las redes de drogodependencias y alcoholismo en el Área Sanitaria de A Coruña, esto unido a la dificultad de detección de tóxicos en pacientes con antecedentes de consumo de sustancias que niegan consumo actual.

Los diagnósticos psiquiátricos tanto en eje I como en eje II coinciden con la mayoría de los estudios que hemos revisado (trastornos afectivos y de ansiedad y TLP y Tr. Antisocial). Lo mismo ocurre con el consumo de tóxicos más frecuente (nicotina y alcohol).

Conclusiones

1. La prevalencia de la Patología Dual es elevada en los dispositivos estudiados.

2. En eje I, las patologías más frecuentes son Trastornos Afectivos y de Ansiedad, mientras que en eje II, destacan los Trastornos Límite y Antisocial de la personalidad.

3. Las características sociodemográficas de los pacientes son similares en los 3 dispositivos, detectándose resultados más desfavorables en la muestra de UAD en cuanto a área legal, infecciones, y situación sociolaboral.

4. La Patología Dual, probablemente aún infra-diagnosticada, se ha convertido en una de las patologías más prevalentes en el campo de la salud mental, siendo preciso planificar su atención desde una visión integradora, con un abordaje global de ambos trastornos.

Bibliografía

1. Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Fundamentos neurobiológicos del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. *Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales*. Madrid: Universidad de Alcalá de, servicio de publicaciones 1999 pags 143-62
2. Casas M, Prat G, Santís R., Trastornos por dependencia de sustancias psicotropas. En: Cervilla JA García Ribera C. *Fundamentos biológicos en Psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2000.
3. Roncero C, Castells X, Casas M. Psicoestimulantes en esquizofrenia dual. *Patología dual en esquizofrenia, opciones terapéuticas*. Glosa; 2007. P 87-97
4. Casas M, Roncero C, Castells X, Ramos J. Xantinas. Rn: Cervera G, Valderrama JC, Peres de los Cobos J, Rubio G, San L, editores. *Tratado de SET de trastornos adictivos*. Madrid: Panamerican; 2006. P 315-320
5. Gual A. Dual diagnosis in Spain *Drug and Alcohol Review* (jannuary 2007), 26, 65-71.
6. Rodríguez-Jiménez R, Aragües M, Jiménez-Arriero MA et al. Diagnóstico dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2010 3, 161.
7. Rodríguez Jiménez R. Diagnóstico dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales. 2008. *Invest Clin* 49(2): 195-205.
8. Skodol A, Oldham Axis II Comorbidity of Substance Use Disorders Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:733-738.

9. Pereiro C, Pino C. Copsiad: estudio sobre comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Subdirección General de Gestión Sociosanitaria y Salud Mental. Servicio Gallego de Salud.
10. Szerman N., Arias F., Vega P., et al. 2011. "Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid". Adicciones. vol. 23 núm 3, págs 249-255
11. Weissman M., Myers J. Prevalence and Psychiatric Heterogeneity of Alcoholism in a United States Urban Community. *Journal of Studies on Alcohol*. 1980, 41;7: 672-681.
12. Hasin D. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Curr Opin Psychiatry* 2012, 25:165-171
13. Weaver T., Madden, P. Comorbidity of substance misuse and mental illness in Community mental health and substance misuse services *BJP* 2003, 183:304-313.
14. Bruce J. Rounsaville, MD; Thomas R. Kosten, MD; Myrna M. Weissman Psychiatric disorders in relatives of probands with opiate addiction. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:33-42 Darrel A. Regier, MD, MPH; Mary E. Farmer, MD. MPH; Donald S. Rae, MS.
15. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) Study. *JAMA*, 1990;264:2511-2518.