



**DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**  
**PROGNOSTIC DIFFERENCES IN ADDICTIONS: THE ROLE OF DUAL DISORDERS**

Helena Becerra Darriba, Ainhoa Irune Ojeda Martínez, Marta Sánchez Enamorado, Marta Pilar Jiménez Cortés, Alfredo Gurrea Escajedo.

[hbecerra@alumni.unav.es](mailto:hbecerra@alumni.unav.es)

Patología Dual, Alcohol, Cánnabis, Opiáceos, Estimulantes, Uso de Sustancias.

Substance-Related Disorders, Substance Use Disorders, Dual Disorders, Alcoholism, Cannabis, Street Drugs.

**RESUMEN**

Introducción: Los consumidores de sustancias con trastornos psiquiátricos comórbidos experimentan mayor empeoramiento clínico y psicosocial.

Objetivos: Describir el perfil sociodemográfico actual del paciente de adicciones y explorar el efecto de la patología dual en el pronóstico de recaídas del uso de sustancias.

Material y Métodos: Estudio observacional caso-control. Se seleccionó una muestra de 56 sujetos, clasificados en dos grupos de 28 individuos (según diagnóstico de Patología Dual o Trastorno por Uso de Sustancias o T.U.S.), reclutados sobre una población de 116 usuarios atendidos en la Unidad de Conductas Adictivas de Huesca entre 2011 y 2016, con un seguimiento ininterrumpido de tres años. Se realizó una entrevista semi-estructurada y se efectuó un análisis estadístico mediante SPSS v21.0 (significación estadística  $p < 0,05$ ).

Resultados: Predominio de varones (89,3%), con edad media de 40 años (SD=3,4 años). El policonsumo de sustancias se determinó en el 57,1% del total, con presencia de alcohol (46,4%), seguido de cánnabis (24,4%), y similar prevalencia de estimulantes y opiáceos (16,1%, respectivamente). Se obtuvieron diferencias significativas respecto a los factores pronósticos de recaída en el consumo, como género masculino ( $p=0,023$ ), rasgos caracteriales vulnerables ( $p=0,009$ ), ideación autolítica activa ( $p=0,026$ ) y adherencia al tratamiento psicofarmacológico ( $p=0,002$ ), favorables para los participantes con T.U.S.

Conclusiones: La patología dual ha modificado el paradigma de las adicciones, interfiriendo en su evolución clínica y pronóstico. Es necesario desarrollar intervenciones preventivas acordes al nuevo marco terapéutico.

Referencias: Morojele NK et al. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 May; 25(3):181-6.

**ABSTRACT**

Introduction: Dual disorders experience greater clinical and psychosocial worsening.

## **DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**

**Objectives:** To describe the current sociodemographic profile of addictions and to explore the effect of dual disorders in the prognosis of relapses in drug use.

**Material and Methods:** Observational case-control study. A sample of 56 subjects was selected, classified into two groups of 28 individuals (according to the diagnosis of Dual Disorders or Substance Use Disorder or S.U.D.), recruited from a population of 116 users treated in the Addictive Behavior Unit of Huesca between 2011 and 2016, with an uninterrupted follow-up of three years. A semi-structured interview was carried out and a statistical analysis was developed using SPSS v21.0 (statistical significance level  $p < 0.05$ ).

**Results:** Predominance of males (89.3%), with an average age of 40 years (SD = 3.4 years). The polydrug use was determined in 57.1% of the total, with the presence of alcohol (46.4%), followed by cannabis (24.4%), and a similar prevalence of stimulants and opioids (16.1%, respectively). Significant differences were obtained regarding the prognostic factors of relapse in consumption, such as male gender ( $p = 0.023$ ), vulnerable personality traits ( $p = 0.009$ ), active suicidal ideation ( $p = 0.026$ ) and adherence to psychopharmacological treatment ( $p = 0.002$ ), favorable for S.U.D. group.

**Conclusions:** Dual Disorders have modified the paradigm of addictions, interfering with its clinical evolution and prognosis. Further preventive interventions are needed according to this new therapeutic framework.

**References:** Morojele NK et al. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 May; 25(3):181-6.

### **ACRÓNIMOS**

SEPD: Sociedad Española de Patología Dual.

PD: Patología Dual.

TUS: Trastorno por Uso de sustancias.

TMG: Trastorno Mental Grave.

UASA: Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones.

### **INTRODUCCIÓN**

#### **Trastorno por Uso de Sustancias**

Edwards, Arif y Hodgson (1981), sostienen que para que exista una drogodependencia: a) debe existir evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo; b) deseo de abandonar el consumo; c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; d) evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia; e) el consumo de drogas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; f) el predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.

## **DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**

En los últimos años se ha producido un importante cambio de paradigma en el perfil del paciente drogodependiente. La eclosión del consumo de heroína en las pasadas décadas, ha dado paso a los programas de mantenimiento con agonistas o de reducción de daños, y una evolución hacia el aumento de la prevalencia de los consumos de Cábnnabis, Cocaína o Anfetaminas. Respecto al alcohol, el modelo anglosajón se ha implantado en España, predominando patrones pseudodipsómanos<sup>3</sup> entre la población joven.

Algunos trabajos científicos han defendido que el abuso de sustancias puede producir dependencia, aunque trabajos recientes aclaran que sólo el 6-11% de los abusos terminan en dependencia y que algunos trastornos por dependencia no cumplen criterios de abuso. El uso de sustancias, y aún más el abuso, acompaña en muchas ocasiones a una variedad de situaciones cotidianas y también a trastornos psicopatológicos. En cambio, el diagnóstico de dependencia o adicción, como enfermedad cerebral crónica, se presenta casi siempre junto a otras manifestaciones psicopatológicas<sup>2</sup>.

### **Trastorno Mental Grave**

Se define el trastorno mental grave como la existencia de patología psiquiátrica que afecta a la funcionalidad y cuyo curso evolutivo tiende a la cronicidad. Se contemplan dentro de este concepto, los trastornos afectivos del espectro bipolar o los trastornos depresivos recurrentes graves. También están incluidos los trastornos psicóticos, como las Psicosis No Especificadas, la Esquizofrenia en todas sus presentaciones y el Trastorno Esquizoafectivo.

### **La Patología Dual en Psiquiatría**

#### Definición

La patología dual (PD) supone la comorbilidad de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un mismo individuo, dentro de un periodo concreto<sup>4</sup>. Los trastornos mentales y por uso de sustancias se presentan clínicamente mostrando un amplio espectro de patrones de asociación, en función del tipo de trastorno asociado, la sustancia involucrada y su patrón de consumo, la gravedad de los síntomas, la cronicidad del curso evolutivo, la discapacidad resultante y el grado en el que están comprometidas las funciones en diversas áreas.

La existencia previa de un trastorno mental grave eleva el riesgo de desarrollar un consumo de tóxicos<sup>5-6</sup>. Una amplia proporción de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica presentan el diagnóstico comórbido de trastorno psicótico y trastorno por uso de sustancias (53% Trastorno Esquizofreniforme y 28% Esquizofrenia). Asimismo, los sujetos que experimentan conductas adictivas tienen frecuentemente otras patologías psiquiátricas<sup>7</sup>. En España, se calcula que los trastornos afectivos son los más frecuentes (21.6%) en la población de pacientes con trastorno por uso de sustancias; seguido de los trastornos por ansiedad (11.7%) y esquizofrenia (3%)<sup>9</sup>.

Los consumidores con trastornos psiquiátricos comórbidos experimentan un incremento de la problemática psicosocial y médica, al igual que un empeoramiento pronóstico<sup>10</sup>. Además, las diferencias entre los trastornos psiquiátricos inducidos por uso de sustancias y aquellos

## DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL

independientes del consumo de tóxicos, han sido estudiadas en la población general y muestras clínicas, mediante la utilización de instrumentos adecuados, obteniendo resultados contradictorios. Los mecanismos que justifican esta comorbilidad son complejos, interviniendo factores neurobiológicos, genéticos y ambientales que se superponen en la patogenia<sup>11</sup>.

### Epidemiología

Se dispone de escasos datos sobre la prevalencia de la patología dual (PD) en la población española y sobre la distribución de ésta entre las dos redes asistenciales principales, la red de drogas y la de salud mental<sup>8,11</sup>. La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) realizó un estudio piloto retrospectivo basado en los datos de la historia clínica de los pacientes, en el que se obtuvo una prevalencia del 34% de patología dual; siendo mayor en la red de atención al drogodependiente que en la red de salud mental<sup>13</sup>. En otra investigación posterior, los resultados calculan una prevalencia en la población general de un 3%-4%, que se incrementa de manera significativa cuando se hace la misma estimación para la población diagnosticada con trastornos mentales. Se estima que la tercera parte de las personas que son diagnosticadas de un trastorno mental, presentarán en algún momento de su evolución clínica un trastorno asociado por uso de sustancias psicoactivas, duplicando la probabilidad de ocurrencia que se observa en la población sin diagnóstico de trastorno mental<sup>14</sup>.

Por otra parte, el 50-60% de los pacientes con trastornos por uso de sustancias (abuso o dependencia) tienen asociado otro trastorno mental. La alta frecuencia de esta combinación muestra como la patología dual se está convirtiendo en el perfil característico más frecuente de los usuarios de las unidades asistenciales de adicciones<sup>16</sup>. Los resultados obtenidos en la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* indican que entre los alcohólicos se triplica la probabilidad de haber presentado otra enfermedad psiquiátrica en los últimos doce meses. En los pacientes con otras adicciones, este riesgo puede ser hasta siete veces superior al que se observa en la población general.

El riesgo de presentar una adicción al alcohol u otras drogas a lo largo de la vida, en pacientes con determinadas patologías psiquiátricas, es sensiblemente superior al registrado entre la población general. Determinadas patologías, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, alcanzan un riesgo hasta ocho veces mayor. De igual modo, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo o la depresión, triplican la probabilidad de aparición de una adicción al alcohol u otras drogas. Un reciente estudio indica que el 27.6% de los alcohólicos, así como el 55.02% de los adictos a otras sustancias, habían padecido un trastorno afectivo en los últimos doce meses. Asimismo, cualquier tipo de trastorno de ansiedad estuvo presente en el 23.6% de los dependientes al alcohol y el 43.02% de los adictos a otras sustancias.

Además, un 20%-40% de los adultos con TDAH presentan un TUS a lo largo de su vida, siendo el 17% en el caso de la anorexia nerviosa restrictiva y alcanzando el 46% en la bulimia. Se considera que hasta un 50% de la dependencia a sustancias en adultos podría ser prevenido por una intervención precoz en los trastornos mentales de niños y adolescentes<sup>16</sup>. La

## DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL

coexistencia de un trastorno de la personalidad es también mayoritaria entre la población consumidora, predominando los tipos antisocial, límite, paranoide y obsesivo. Los usuarios de drogas distintas al alcohol presentan una elevada comorbilidad que alcanza el 69.5% según los datos obtenidos en la NESARC. Esta cifra es inferior en el caso del alcohol (39,5%), si bien más elevada que en la población general (14.8%).

### Diagnóstico y Clasificación

La evidencia muestra que el trastorno por dependencia de sustancias se asocia más frecuentemente a otros trastornos mentales que el uso nocivo. Esta diferencia parece estar relacionada con que "los factores sociales son los determinantes para el contacto inicial de la población con las sustancias de abuso, pero son factores individuales, genéticos, de personalidad y otros trastornos mentales los determinantes para la aparición de la conducta adictiva que, cuando aparece, suele instalarse rápidamente, sin necesidad del paso de muchos años o la repetición de ciclos de intoxicación-abstinencia" (SEPD).

Los tipos de patología dual se clasifican según el trastorno que se exprese primariamente, el trastorno mental, el uso de sustancias o cuando se manifiestan como patologías de curso independiente (CONACE, Chile):

- Tipo 1: Trastorno Psiquiátrico Primario. El trastorno mental se inicia claramente antes que el consumo regular de la sustancia. El uso de la sustancia puede haber sido previo al comienzo del trastorno mental, pero no cumple criterios para uso nocivo o dependencia.
- Tipo 2: Trastorno Primario por Consumo de Sustancias. El trastorno por uso de sustancias existe claramente antes que el comienzo del trastorno mental. Las manifestaciones clínicas del trastorno mental están presentes solo durante las fases activas del abuso de sustancias o dentro de las cuatro primeras semanas de abstinencia.
- Tipo 3: Trastornos Duales Primarios. Para los cuales pueden darse las siguientes variedades:
  - a) Ambos Trastornos están presentes, pero nunca coinciden en comienzo y en curso.
  - b) Ambos Trastornos son crónicos y severos con comienzos distintos y cursos sobrepuestos.
  - c) El trastorno mental se inicia claramente antes que el trastorno por uso de sustancias, pero ambos tienen cursos independientes, tales que ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro.
  - d) El trastorno por consumo de sustancias se inicia claramente antes que el trastorno mental, pero ambos tienen cursos independientes, por lo que ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro.
  - e) La presencia de ciertas comorbilidades que se superponen y se potencian como causa y efecto, ha originado el concepto de Patologías Comórbidas Circulares. Así pues, existe la comorbilidad entre Depresión y Uso de Sustancias, donde se superponen factores reactivos asociados a las pérdidas por el consumo, factores exógenos neurobiológicos aportados por

## **DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**

la sustancia psicoactiva, con aspectos caracterológicos, estructurales y endógenos del cuadro depresivo.

### Abordaje Terapéutico y Asistencial

La elevada demanda de servicios por parte de los pacientes duales resulta como consecuencia de una evolución tórpida, con un curso clínico en el que son frecuentes las recaídas, tanto del consumo de sustancias como las descompensaciones del trastorno mental asociado. Estas recaídas son el resultado del abandono o cumplimiento irregular de la medicación, de una escasa adherencia terapéutica o de pobre respuesta al tratamiento. Otras complicaciones habituales en la evolución clínica de estos pacientes son las conductas violentas, la transgresión de normas legales y la tendencia autoagresiva, que puede llegar al suicidio. La adaptación al entorno familiar y social se dificulta, con mayores grados de disfunción familiar, experimentando con frecuencia situaciones de marginación social, que ensombrecen su pronóstico.

La principal dificultad en el manejo de la patología dual estriba en la realización de un diagnóstico acertado en base a criterios estandarizados, que respondan a fundamentos científicos y utilizando para ello instrumentos objetivos de valoración<sup>24</sup>. En consecuencia, en el diseño de un plan terapéutico para estos pacientes es importante tener en consideración que:

- El consumo de sustancias puede ser un síntoma de un trastorno mental subyacente (Automedicación).
- Los tratamientos integrados para pacientes duales muestran mayor eficacia que los de tipo secuencial o paralelo.
- Es necesario incorporar el enfoque de género.
- La alianza terapéutica resulta fundamental en la adherencia al tratamiento, pero es importante evitar la excesiva dependencia del paciente respecto al terapeuta, manteniendo un nivel de confrontación reducido y un enfoque hacia los elementos motivadores del cambio. Además, se incorporarán intervenciones específicas para cada patología, especialmente en el ámbito del desarrollo de habilidades sociales, con el fin de disminuir la repercusión en la funcionalidad y facilitar la integración en la red social.

### **Justificación del Estudio**

En el marco de la evidencia disponible, este estudio pretende ampliar los conocimientos científicos sobre las características clínicas, sociodemográficas y toxicológicas del perfil actual del paciente de una Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones. Además, se propone también explorar el efecto de la patología dual en el pronóstico de recaídas del uso de sustancias.

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **Objetivos**

- Describir el perfil sociodemográfico actual del paciente de adicciones.

## **DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**

- Explorar el efecto de la patología dual en el pronóstico de recaídas del uso de sustancias.

### **Hipótesis**

- Las conductas adictivas se objetivarán con mayor frecuencia en varones menores de 45 años, con predominio de policonsumos.
- La patología dual no disminuirá el riesgo de recaída en el consumo asociado a diferentes factores pronósticos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño y Ámbito de estudio**

Se trata de un estudio observacional, caso-control, realizado en la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones (U.A.S.A.), integrada en la Red de Salud Mental del Sector Sanitario de Huesca y situada en el Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús de la misma localidad. Los sujetos se han identificado mediante criterios diagnósticos de Trastorno por Uso de Sustancias (DSM-V) o definición clínica de Patología Dual establecida por la SEPD. Posteriormente, se ha llevado a cabo una revisión de las historias clínicas ambulatorias correspondientes a los pacientes seleccionados de la Unidad asistencial. Asimismo, se incluyeron los informes médicos de seguimiento y hospitalizaciones en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, informes de atención continuada en Servicio de Urgencias de Psiquiatría, así como los documentos procedentes de estancias en Unidades de Rehabilitación Psicosocial y Comunidades Terapéuticas.

### **Selección muestral**

El proceso de reclutamiento se aplicó en una población de 116 usuarios atendidos en la U.A.S.A de Huesca durante el periodo de tiempo comprendido entre 2011 y 2016, con un seguimiento ininterrumpido mínimo de tres años, que reunieron el cumplimiento de los criterios muestrales de inclusión y exclusión delimitados previamente. Se seleccionaron 56 pacientes mediante muestreo aleatorio estratificado, clasificados en dos grupos de 28 sujetos, en función de la presencia de Patología Dual o T.U.S aislado.

Para la determinación del tamaño muestral, que proporcione la suficiente potencia estadística para inferir todas las variables controladas, se tomó como referencia el valor aproximado sobre la prevalencia de la Patología Dual en la población general. Los datos diagnósticos se obtuvieron del Servicio de Archivo y Admisión de la Unidad, asumiendo una tasa de pérdidas del 10%.

### Crterios de inclusión

- Hombre o mujer con edad igual o superior a 18 años e igual o inferior a 65 años.
- Trastorno por uso de sustancias (Cannabis, Opiáceos, Cocaína, Anfetaminas y/o Alcohol), con diagnóstico clínico realizado por un psiquiatra especialista en conductas adictivas, en base a los criterios establecidos de dependencia para cada tóxico en el DSM-V.

## DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL

- Presencia o ausencia de comorbilidad con un Trastorno Mental Grave del espectro psicótico o afectivo, definido como diagnóstico de Patología Dual, realizado por un psiquiatra en función de criterios clínicos.

### Criterios de exclusión

- Patología psiquiátrica de etiología orgánica aguda o crónica.
- Deficiencia intelectual (Puntuación Total Escala WAIS-III < 90).
- Escasa adherencia al recurso y/o tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico.
- Tanto los criterios de inclusión como de exclusión han sido revisados en el desarrollo inicial del estudio.

### **Variables estudiadas**

#### Variables sociodemográficas

- *Sexo* (Dicotómica con dos categorías: "Hombre" o "Mujer").
- *Edad* (Cuantitativa discreta medida en años).
- *Estado Civil* (Categórica de cuatro categorías: "Soltero/a", "Casado/a", "Divorciado/a", "Viudo/a").
- *Soporte Familiar* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI").
- *Ámbito de Vivienda* (Dicotómica con dos categorías: "Rural" o "Urbano").
- *Educación* (Categórica con tres categorías: "Estudios Primarios o E.S.O.", "Estudios de Formación Profesional" o "Estudios Universitarios").
- *Ocupación Laboral* (Categórica con cuatro categorías: "Pensionista", "Desempleo o Estudiante", "Empleo no cualificado", "Empleo especializado").
- *Discapacidad Reconocida* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI").

#### Variables Clínicas y Toxicológicas

- *Politoxicomanía* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI").
- *Tóxico Predominante* (Categórica con cuatro categorías: "Alcohol", "Cánnabis", "Opiáceos", "Estimulantes"). Describe la sustancia principal en la que se focaliza la labor asistencial.
- *Patología Dual* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"). Referida a la comorbilidad entre un Trastorno Mental Grave (comprendido por trastornos del espectro bipolar, trastornos afectivos mayores o trastornos psicóticos) y un Trastorno por Uso de Sustancias.
- *Atención Urgencias* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"). Recoge la existencia de frecuentación de los Servicios de Urgencia Hospitalarios, por descompensación psicopatológica o relacionada con el consumo de tóxicos.
- *Hospitalización U.C.E.* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"). Relativa a la presencia de Hospitalizaciones en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría para tratamiento agudo, durante la evolución clínica del paciente.
- *Altas Voluntarias de Recursos Asistenciales* (Dicotómica con categorías: "NO", "SI").

## **DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**

- *Estancia en Hospital Día Psiquiatría* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"). Referida a la hospitalización parcial en Psiquiatría para el abordaje terapéutico de psicopatología subaguda prolongada sin remisión o realización de psicoterapia estructurada.
- *Estancia en Dispositivos de Rehabilitación* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"). Derivación e ingreso para tratamiento de rehabilitación psicosocial en Unidad de Media Estancia de Psiquiatría o Comunidad Terapéutica.
- *Causas Penales Durante Consumo* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI").
- *Estancias Previas en Centro Penitenciario* (Dicotómica con categorías: "NO", "SI").
- *Trastorno Afectivo* (Categórica con tres categorías: "Espectro Bipolar", "Trastorno Depresivo Recurrente o Episodio Depresivo Grave"). Recoge la patología de la esfera afectiva considerada en el estudio dentro del diagnóstico de Patología Dual, delimitada en función de los criterios diagnósticos de CIE-10.
- *Trastorno Psicótico* (Categórica con tres categorías: "Esquizoafectivo", "Otros Trastornos Psicóticos No Especificados", "Esquizofrenia"). Estas entidades se definen clínicamente mediante la aplicación y cumplimiento de los criterios diagnósticos de CIE-10.
- *Rasgos vulnerables de personalidad* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"); diagnosticado en la edad adulta, en base a criterios clínicos de CIE-10.
- *Adherencia al tratamiento psicofarmacológico* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"). Seguimiento de tratamiento psicofarmacológico pautado.
- *Ideación autolítica activa* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"). Esta variable incluye los gestos autolíticos, (sobreingestas medicamentosas), intentos autolíticos de corte impulsivo o estructurado, y otras conductas autolesivas.
- *Antecedentes Familiares de Uso de Sustancias* (Dicotómica con dos categorías: "NO", "SI"), de primer grado de parentesco.

### **Procedimiento, Cronograma y Recogida de datos**

Los sujetos de la muestra fueron clasificados en dos grupos, en función de la presencia de Trastorno por Uso de Sustancias aislado o Patología Dual. En primer lugar, se llevó a cabo un estudio transversal de las variables descriptivas clínicas, toxicológicas y demográficas en la totalidad de la muestra. Posteriormente, se exploró la asociación de las diferentes variables del estudio y su diferenciación significativa pronóstica en el grupo de patología dual.

El procedimiento consistió en la revisión retrospectiva de las Historias Clínicas de los usuarios seleccionados que se encontraban en seguimiento en las U.A.S.A de Huesca en el periodo temporal establecido. Para ello, el psiquiatra especialista en adicciones y responsable del recurso asistencial, efectuó previamente una entrevista semi-estructurada a cada paciente, orientando el diagnóstico según los criterios de CIE-10, DSM-V y los Protocolos de Patología Dual de la Sociedad Española de Patología Dual.

### Cronograma

1. Periodo preparatorio (abril – septiembre de 2017):

## **DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**

- Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Embase.
  - Elección de los criterios de inclusión muestrales y diseño del estudio.
  - Contacto con la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones de Huesca y solicitud de colaboración.
2. Periodo de reclutamiento y evaluación (octubre – noviembre de 2017):
- Proceso de muestreo.
  - Revisión retrospectiva de las Historias Clínicas por la investigadora principal.
3. Periodo de análisis de datos (diciembre de 2017):
- Análisis estadístico e interpretación de los resultados obtenidos.
4. Periodo de difusión de resultados (enero de 2018):
- Elaboración de conclusiones y redacción del informe final.

### **Análisis estadístico**

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo univariado general de la muestra e intragrupo. Las variables cualitativas se presentaron mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas para cada categoría; mientras que se hizo lo propio a través de indicadores de tendencia central (media), en el caso de las variables cuantitativas.

En la fase de estadística analítica, se efectuó un análisis bivalente intergrupo para valorar la asociación de variables entre cada uno de los dos grupos de pacientes definidos (Patología Dual y T.U.S). Se aplicaron pruebas de contraste de hipótesis, utilizando el test Chi-cuadrado para variables cualitativas, y los tests de comparación de medias para dos grupos independientes en las variables cuantitativas, como t-Student o U de Mann-Whitney, según criterios de normalidad contrastados previamente mediante el test de Komogorov-Smirnov.

El procesamiento de los análisis estadísticos se desempeñó con la herramienta informática *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v21.0), considerando la significación estadística en valores de p inferiores a 0,05.

### **Aspectos éticos**

Para la realización de la presente investigación se siguieron las normas dictadas por la Convención de Helsinki, y la confidencialidad de los datos clínicos se garantizó en todo momento, cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Los participantes otorgaron voluntariamente su consentimiento verbal de forma presencial o telefónica, de cesión voluntaria de datos pertenecientes a su Historia Clínica de Salud Mental, con finalidad investigadora y/o docente, y de participación activa en el estudio, sin recibir ningún tipo de compensación económica.

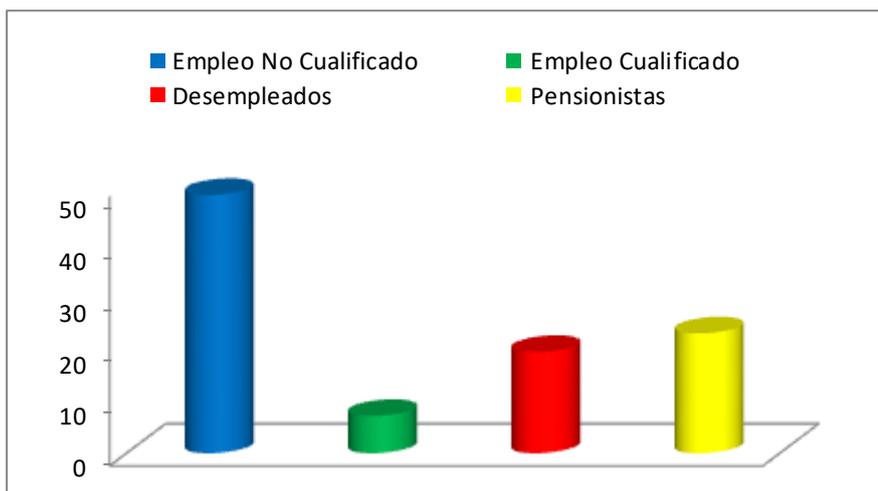
## DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL

### RESULTADOS

#### Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas y toxicológicas

La muestra general de 56 pacientes pertenecientes a la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones de Huesca mostró predominancia del género masculino con un 89,3% de varones y una edad media de 40 años (SD=3,4 años). Respecto al estado civil, el 67,9% estaban solteros, en contraposición a un 23,2% de usuarios emparejados o casados y un 8,9% de divorciados, no existiendo ningún paciente en situación de viudedad. El soporte familiar se puso de manifiesto en un 62,5% de los casos, constituyéndose mayoritario el ámbito de vivienda urbano con una presencia del 66,1% en los participantes.

Figura 1: Ocupación laboral general (%)

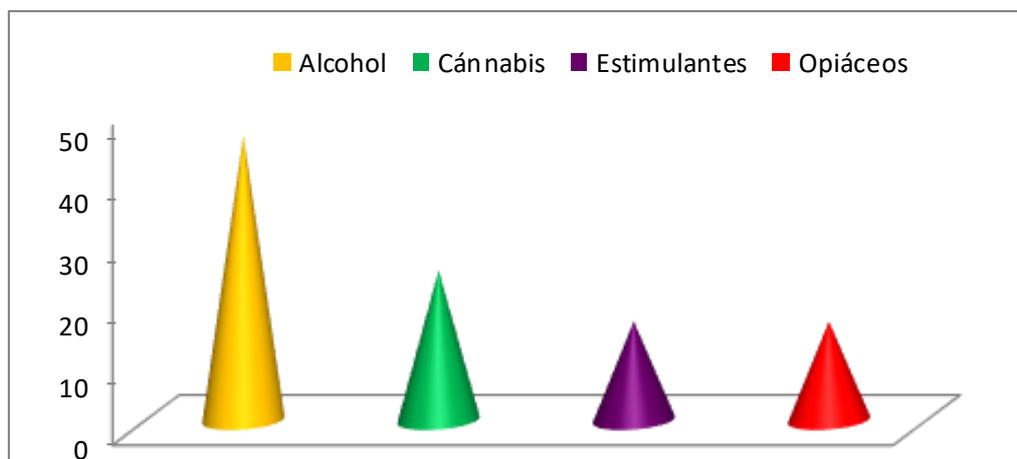


En el área laboral (figura 1), un 50% de los sujetos conservaron un empleo no cualificado, frente al 23,2% de pensionistas o el 19,6% de desempleados, siendo el empleo cualificado minoritario. Así pues, el 57,1% de los pacientes no disponía de ninguna minusvalía o incapacidad laboral reconocida. Ello podría ser consecuencia del escaso nivel de formación académica, con un 78,6% de usuarios que sólo habían completado los estudios obligatorios (E.S.O. o equivalente).

El 39,3% de los participantes había experimentado problemática penal relacionada, con ingreso en centros penitenciarios en el 3,6% de casos. La politoxicomanía fue detectada en 57,1% de los sujetos, considerándose el alcohol como sustancia predominante (46,4%) y seguido del cánnabis, con una prevalencia del 24,4%. Los estimulantes y opiáceos obtuvieron idéntica representación, con 16,1% de consumidores respectivamente (figura 2). La presencia de rasgos caracteriales vulnerables se constató en el 64,3% de la muestra, mientras que la ideación autolítica o autolesiva activa se puso de manifiesto en el 33,9%. Asimismo, los antecedentes familiares de consumo de tóxicos se hallaron en el 51,8%.

## DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL

Figura 2: Uso de sustancias general (%).



La utilización de los servicios de urgencias tuvo una frecuencia del 57,1% en la evolución de los participantes, con un 55,4% de hospitalizaciones en Unidades de Corta Estancia de Psiquiatría. En esta línea, la demanda del alta voluntaria en algún recurso de la red asistencial de Salud Mental se produjo en un 32,1% de ocasiones. El hospital de día de Psiquiatría se posicionó como el recurso de rehabilitación no específico para conductas adictivas (utilizado en el 19,6%). Las derivaciones a Comunidad Terapéutica o Media Estancia lideraron con un 32,1%. Finalmente, el 61% refirió seguir un cumplimiento correcto del tratamiento psicofarmacológico prescrito.

### La influencia de la Patología Dual en el pronóstico de recaídas en adicciones

En el grupo de Patología Dual, la politoxicomanía representó el 50%, con predominio del uso de alcohol (50%). No obstante, las características sociodemográficas y clínicas difieren sensiblemente respecto al conjunto global de la muestra, mostrándose ligeramente superiores en las frecuencias de las categorías mayoritarias de cada variable, con una edad media del paciente dual de 42 años. Los trastornos mentales graves más prevalentes en comorbilidad con el consumo de tóxicos en la población dual a estudio, corresponden al Trastorno Bipolar (21,4%) y Psicosis no Especificada (28,6%).

El análisis mediante pruebas de contraste de hipótesis ( $\chi^2$ ) para los factores pronósticos de recaída en el consumo, arrojó diferencias estadísticamente significativas para el género masculino ( $p=0,023$ ), la coexistencia de rasgos caracteriales vulnerables ( $p=0.009$ ), la ideación autolítica o autolesiva activa ( $p=0,026$ ) y la adherencia al tratamiento psicofarmacológico ( $p=0,002$ ), todos ellos desfavorables en el caso de la patología dual.

## **DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL**

### **DISCUSIÓN**

Nuestro estudio describe las características clínicas, toxicológicas y sociodemográficas que confluyen en la población asistida en un recurso sanitario destinado a la atención de conductas adictivas, con el fin de actualizar el perfil de usuario de adicciones. Así pues, los resultados obtenidos contrastan con el estereotipo de paciente que se percibía hace años, si bien muestran importante heterogeneidad, pues coexisten muchos factores como el policonsumo de tóxicos en un mismo sujeto o la variabilidad psicopatológica.

La patología dual ha modificado el paradigma de las conductas adictivas. Se observa una influencia bidireccional entre éstas y las patologías psiquiátricas comórbidas, en lo relativo a su evolución clínica y pronóstico. Tal como se infiere de la presencia de consumos activos en el desarrollo de episodios psicóticos o afectivos, la enfermedad mental subyacente no parece favorecer la prevención de recaídas en el uso de sustancias. Es necesario desarrollar intervenciones acordes al nuevo marco terapéutico.

Existe una relación compleja entre influencias genéticas y factores medioambientales, en la que intervienen fenotipos influenciados genéticamente, como el bajo nivel de respuesta a la sustancia, los llamados síntomas de externalización (impulsividad) y características de internalización como síndromes ansioso-depresivos. Otra cuestión objeto de debate es la posible tendencia de los sujetos con baja actividad dopaminérgica en el córtex prefrontal, y por tanto con tendencia a la anhedonia, apatía, disforia y comorbilidad psiquiátrica diversa, a buscar sustancias que produzcan una corrección a la euforia.

### **Limitaciones del estudio**

Respecto a los tratamientos farmacológicos, se han excluido las benzodiazepinas, por su importante potencial de abuso y habitual prescripción en prácticamente todas las pautas terapéuticas de los participantes. En cuanto a las limitaciones de la investigación, no se puede descartar una interdependencia entre las variables clínicas, difícil de cuantificar o controlar dadas las características de la patología estudiada. Además, se dispone de un tamaño muestral inferior al deseado para inferencias estadísticas superiores, que merma en parte el efecto de los resultados obtenidos.

### **CONCLUSIONES**

El perfil del paciente de adicciones está representado actualmente por un varón en torno a los 40 años de edad, con escasa formación académica, trabajo no cualificado y policonsumidor de sustancias, con predominio de alcohol.

La patología dual es la denominación arbitraria que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones. Los factores pronósticos de recaídas en el consumo resultan desfavorablemente significativos en este grupo.

## DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL

En definitiva, los programas de intervención terapéutica en el uso de sustancias y en trastorno mental grave, deberían responder a las necesidades derivadas de las elevadas tasas de prevalencia de patología dual en esta población.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. 1th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organization. ICD 10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: data, definitions, and determinants. *Psychol. Bull.* 2009; 135: 142–56.
4. Skogen JC, Mykletun A, Ferri CP, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Meltzer H, Stewart R. Mental and personality disorders and abstinence from alcohol: results from a national household survey. *Psychol. Med.* 2011; 41: 809–18.
5. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Auilar-Gaziola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, Dewit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen HU, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addict. Behav.* 1998; 23: 893–907.
6. Schanzer BM, First MB, Dominguez B, Hasin DS, Caton C. Diagnosing psychotic disorders in the emergency department in the context of substance use. *Psychiatr. Serv.* 2006; 57: 1468–73.
7. American Society of Addiction Medicine. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance Related Disorders, 2nd Edition – Revised (ASAM PPC-2R). ASAM: 2001.
8. Ashley OS, Marsden ME, Brady TM. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2003;29(1):19-53. Review.
9. Asociación Española de Patología Dual. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. Madrid; 2008.
10. Copeland J, Hall W. A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *Br J Addict.* 1992 Jun;87(6):883-90.
11. Coughy K, Feighan K, Cheney R, Klein G. Retention in an aftercare program for recovering women. *Subst Use Misuse.* 1998 Mar;33(4):917-33.
12. Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcohol Clin Exp Res.* 1989 Aug;13(4):499-504.
13. Grant BF et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Alcohol Res Health.* 2006a; 29(2): 107-120.

## DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN ADICCIONES: EL PAPEL DE LA PATOLOGÍA DUAL

14. Grant BF et al. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Alcohol Res Health*, 2006b; 29(2): 121-130.
15. Kauffman E, Dore MM, Nelson-Zlupko L. The role of women's therapy groups in the treatment of chemical dependence. *Am J Orthopsychiatry*. 1995 Jul;65(3):355-63.
16. Kendall PC, Kessler R.C. The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: policy implications, comments, and recommendations. *J Consult Clin Psychol*, 2002; 70(6): 1303-1306.
17. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 1985; 142(11): 1259-64.
18. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 1997; 4: 231-244
19. Landry MJ, Smith DE, Steinberg JR. Anxiety, depression, and substance use disorders: diagnosis, treatment, and prescribing practices. *J Psychoactive Drugs*. 1991 Oct-Dec;23(4):397-416.
20. Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hosp Community Psychiatry*. 1989 Oct;40(10):1019-25.
21. Orwin R, Francisco L, Bernichon T. Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: a Meta-Analysis. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment; 2001.
22. Pérez Gálvez B. Necesidades globales y estrategias en Salud Mental. Estrategias de tratamiento en patología dual. En: Bueno FJ (Coord): Problemas y soluciones actuales. 2º Encuentro "Sin Salud Mental no hay salud". pp. 87-102. Valencia: Fundación Valenciana de Estudios Avanzados; 2011.
23. Regier DA et al. Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse, *JAMA*, 1990; 264: 2511-2518.
24. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Nov;45(11):1023-31.
25. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Assessment and Treatment of Patients with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 9. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment; 1994.
26. Trulsson K. The identity of women and treatment of drug abuse. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 2000; 1: 120-136.
27. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*, 2001; 16(5): 274-282.
28. Morojele NK et al. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 May; 25(3):181-6.