

Unidad Hospitalaria de Patología Dual Grave: un año de experiencia

Jorge Esfors Hernández, Mariano Villar García, Begoña Rubio Perlado, María Juan-Porcar, Francisca Romero Marmaneu, María Nieves Rodríguez y Tania García Gómez

Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Recibido: 04/12/2012 · Aceptado: 15/11/2013

Resumen

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal en el que se incluyeron los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización del Programa de Patología Dual Grave (UHPPDG) durante un año. Los datos sociodemográficos, clínicos y farmacológicos se obtuvieron mediante hojas de recogida de datos diseñadas al efecto. El total de pacientes ingresados fue de 82 en cuyo perfil prevalecen los varones con una edad media de 36,7 años, derivados del subprograma ambulatorio del propio Programa de Patología Dual Grave (PPDG) y con ingreso de tipo involuntario. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el trastorno psicótico, especialmente la Esquizofrenia Paranoide. Las sustancias tóxicas más consumidas fueron: alcohol (33 %), cocaína (26 %) y el cannabis (20 %). Dentro de las técnicas psicoterápicas destaca la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve-Dual (TPMB-D), de formato grupal, en la que participaron alrededor de 2/3 de los pacientes. El grupo de fármacos más utilizados fueron los antipsicóticos (quetiapina [60%] y la risperidona inyectable de larga duración (RILD). En el grupo de pacientes con Dependencia/Abuso de Alcohol, los antipsicóticos más utilizados fueron la quetiapina y la tiaprida (43%). Los antidepresivos se utilizaron en el 37% de los casos, especialmente la duloxetina. En el grupo con Dependencia/Abuso de Cocaína, la Esquizofrenia es el trastorno comórbido más prevalente (75%), y los antipsicóticos el grupo farmacológico más prescrito, en especial la RILD (91%). Entre los pacientes multi-dependientes la asociación más frecuente fue la Dependencia de Opiáceos y Cocaína (56%). El diagnóstico comórbido más frecuente en este grupo fue la Esquizofrenia.

Palabras Clave

Patología dual, perfil del paciente, psicoterapia breve, tratamientos psicofarmacológicos.

— Correspondencia a: _____
Jorge Esfors Hernández
jorge.due@hotmail.com



Abstract

This is an observational, descriptive, cross-sectional study on patients admitted for one year to the inpatient unit of a Severe Dual Diagnosis Program (SDDP). Socio-demographic, clinical and pharmacological information was obtained using data collection forms designed for this purpose.

The sample size was of 82 inpatients, whose profile was that of males with a mean age of 36.7 years, referred from the outpatient clinic of the SDDP. Admission was mainly involuntary. The main psychiatric diagnosis was psychotic disorder, especially paranoid schizophrenia, and the most prevalent substances consumed were alcohol (33%), cocaine (26%) and cannabis (20%). Among the psychotherapeutic techniques worthy of mention, there was a Brief Motivational Psycho-educational Therapy-Dual (BMPT-D) with a group format, in which around two thirds of the patients participated.

The most widely-used group of drugs was antipsychotics, specifically quetiapine [60%] and the long-term action injectable risperidone (LAIR, 51%). In the group of patients with alcohol abuse or dependence, the most commonly prescribed antipsychotics were quetiapine and tiapride (both 43%). Antidepressants were used in 37% of cases, especially duloxetine. In the group with cocaine abuse or dependence, schizophrenia was the most prevalent co-morbid disorder (75%) and the most widely-prescribed drugs were antipsychotics, especially LAIR (91%). Opioid and cocaine dependence was the most common association within the multi-dependent patients (56%) and schizophrenia the most frequent co-morbid diagnosis in this group.

Key Words

Dual diagnosis, patient profile, brief psychotherapy, psychopharmacological treatments.

I. INTRODUCCIÓN

La importancia de la patología dual en psiquiatría es una realidad que no puede obviarse por su elevada prevalencia. El origen del término patología dual tiene sus inicios en la psiquiatría, cuando se daban a la par, en la misma persona, un trastorno mental y un retraso mental. Las clasificaciones internacionales de enfermedades no reflejan el término patología dual. Las personas diagnosticadas de patología dual presentan, como mínimo dos

entidades nosológicas: una correspondiente a la sección de los trastornos mentales y la otra al apartado de dependencia de drogas. Por ello, no encontramos ningún capítulo en la CIE ni en el DSM donde aborde específicamente la patología dual.

Existen diversas definiciones del término patología dual. La Sociedad Española de Patología Dual lo define como “una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno



mental o la intersección de ambas disfunciones” (Sociedad Española de Patología Dual, 2013). López-Izuel lo define como “presentación simultánea de patología psiquiátrica y adictiva que interactúan modificando el curso de cada una de ellas”, añadiendo que la patología adictiva o la psiquiátrica pueden ser tanto causa como resultado de la otra (López-Izuel, 2005).

Torrens (Torrens-Mèlich, 2008) lo define como la concurrencia en un mismo individuo de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico.

Estudios epidemiológicos realizados en el ámbito comunitario (Regier et ál., 1990) (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2009) evidencian una relación entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, etc. El trabajo de Weaver et al. (2003) informa que entre las personas que acuden a los dispositivos de salud mental un 44% presentan trastornos por consumo de sustancias y a su vez, entre las personas que utilizan los dispositivos de atención a drogodependencias un 75% presentan trastornos mentales. Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en el año 2008, en las redes asistenciales públicas de salud mental y drogodependencias, revela que el 53,2% de las personas con patología mental que reciben tratamiento presentan un trastorno adictivo y, en la misma línea, el 63% de las personas drogodependientes que reciben tratamiento presentan un trastorno mental (García, 2008). Otro estudio en unidades de hospitalización psiquiátrica desvela que hasta

un 25% de las personas ingresadas pueden llegar a engrosar el listado de pacientes con patología dual por presentar comorbilidad adictiva: consumos de alcohol, cocaína y cannabis (Rodríguez-Jiménez et al., 2008).

Los modelos de abordaje terapéutico que se han seguido en patología dual, atendiendo a los dispositivos existentes, son: tratamiento secuencial, en paralelo o integrado. El primero se basa en el abordaje del paciente en redes de tratamiento (salud mental o drogodependencias) en diferentes momentos en el tiempo. El segundo modelo consiste en un abordaje simultáneo de recursos de ambas redes. El tercer modelo utiliza la combinación de dispositivos dentro de un programa unificado (Becoña y Cortés, 2009). El estudio de New Hampshire-Dartmount (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo y Bond, 1998) incluyó a 172 indigentes con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica, siendo sometidos a diferentes modalidades de tratamiento, mostrando el tratamiento integrado mejoría superior al grupo control.

Moliner propone los siguientes elementos para un tratamiento integrado (Becoña y Cortés, 2009): 1. Establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica. 2. Vigilancia del estado clínico del paciente. 3. Tratamiento de los estados de intoxicación y abstinencia. 4. Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado. 5. Prevención de las recaídas. 6. Educación sanitaria individual y familiar. 7. Reducción de la comorbilidad y las secuelas del trastorno por consumo de sustancias. 8. Integración de las intervenciones realizadas, lo cual supone



coordinarse con profesionales de otras disciplinas, organismos comunitarios y programas y organizaciones no profesionales.

En la provincia de Castellón, ámbito del presente trabajo, en relación a la asistencia psiquiátrica, encontramos dos redes diferenciadas: la red de drogodependencias y la red de salud mental (Haro y Martínez, 2009). En ocasiones, el criterio para realizar el tratamiento en una u otra red lo marca la patología más aguda en el momento de la demanda asistencial; otras veces se realiza un seguimiento en paralelo en ambos dispositivos. Con la intención de favorecer el tratamiento integrado, a finales del año 2007 se inició en Castellón un nuevo dispositivo específico, el Programa de Patología Dual Grave (PPDG), de ámbito hospitalario y extrahospitalario que, por ello, contiene un subprograma hospitalario denominado Unidad de Hospitalización del PPDG (UHPPDG) ubicado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, con una dotación de seis camas.

El objetivo de este artículo es revisar al cabo de un año, el abordaje terapéutico realizado a los usuarios de la Unidad de Hospitalización del PPDG, haciendo hincapié en la descripción del perfil de las personas que ingresan en el dispositivo y en los tratamientos tanto psicoterapéuticos como farmacológicos utilizados.

2. METODOLOGÍA

El trabajo se diseñó como un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en la UHPPDG en el período

de tiempo comprendido entre los meses de mayo de 2008 a abril de 2009.

Los datos sociodemográficos y clínicos (tanto en lo que respecta a los diagnósticos como a los tratamientos farmacológicos) se obtuvieron mediante hojas de recogida de datos diseñadas al efecto, utilizándose igualmente la información recogida en las historias clínicas. Dichas historias clínicas son cumplimentadas por la Psiquiatra responsable durante el ingreso del paciente e incluyen los diagnósticos, utilizando criterios DSM-IV-TR. Los datos referentes a las terapias psicológicas fueron registrados de forma independiente por los terapeutas de las mismas.

A la hora de analizar los datos clínicos se crearon cinco grupos de pacientes según la sustancia considerada principal problema: el alcohol, los opiáceos, la cocaína, multidependientes y otras drogas; con el fin de facilitar el análisis de los datos y evitar la dispersión de la información.

3. RESULTADOS

Perfil del paciente, origen, estancia y destino al alta

El total de pacientes ingresados fue de 82. El 80% eran varones. La edad media fue de 36,7 años, siendo el rango de edad más frecuente el que corresponde entre los 20-29 años.

La localidad de residencia de los pacientes fue la ciudad de Castellón en el 33% de los casos, el 49% vivían en otras poblaciones de la provincia de Castellón, mientras que el 18% provenían de la provincia de Valencia.



Los dispositivos que derivaron a los pacientes a la UHPPDG fueron: en el 31% de los casos el subprograma ambulatorio del PPDG, seguido del servicio de urgencias del hospital (27,5%), otros hospitales (13,5%), las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) en el 11% de los casos, los juzgados (11%), y las Unidades de Salud Mental (USM) el 6%.

El tipo de ingreso fue, en el 69,1% de los casos, de tipo involuntario por causa médica; dictado por el juez (involuntario judicial) en el 10,7% y, el resto (20,2%), fueron ingresos voluntarios.

Respecto a los diagnósticos psiquiátricos, los más frecuentes fueron los trastornos psicóticos (45,5%), de los cuales más de la mitad correspondían a esquizofrenia paranoide. Del resto, el 20,7% correspondió a trastornos de la personalidad. Las demencias de diversos tipos supusieron el 11,7% y el 10,4% los trastornos del estado del ánimo. Con menor frecuencia encontramos los trastornos de ansiedad (3,9%), de la conducta alimentaria (2,6%) y otros (5,2%).

Las sustancias que más consumían los pacientes fueron: alcohol (33%), cocaína (26%), cannabis (20%), opiáceos (8%), benzodiazepinas (6%), estimulantes (3%) y otros como cafeína (4%). El 49% de los pacientes presentaban dependencia de una sustancia; el 24% de dos, el 22% eran dependientes de tres sustancias y, el 5% presentaba adicción a cuatro sustancias.

La estancia media hospitalaria fue de 26,8 días, estancia ligeramente superior al resto de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, siendo ésta de 25,8 días.

Como dato comparativo la estancia media en la Unidad de Patología Dual del Hospital del Mar de Barcelona, en el mismo periodo, fue de 20,4 días.

El 16,2% de los pacientes había reingresado dos veces en ese último año; el 3% había ingresado tres veces y, el 1,5% había ingresado hasta cuatro veces en el último año.

Los dispositivos de seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria fueron: subprograma ambulatorio del PPDG en el 55% de los casos; USM en el 11%, en el mismo porcentaje que el seguimiento en paralelo en USM-UCA; UCA el 9%; PPDG y UCA el 7%; PPDG con USM (1%) y; otros recursos socio-sanitarios el 6%.

Tratamientos psicoterapéuticos

La Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (TPMB) se creó y dirigió a pacientes con dependencia a una o más sustancias que ingresaban en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) específica para recibir una desintoxicación (Haro, Barea, Ramírez, López y Cervera, 2006). Sin embargo, la TPMB-D va dirigida a pacientes psiquiátricos graves con dependencia a una o varias sustancias tóxicas y que ingresan en la UHPPDG para estabilización psicopatológica y/o desintoxicación, así como para pacientes con dependencia de sustancias que ingresan para desintoxicación en el subprograma de UDH del PPDG (Rubio, Juan y Lucas, 2008).

Por las características de los programas UDH y UHPPDG de la sala hospitalaria donde se realizan dichos ingresos, se planteó la creación de una terapia en formato grupal



Tabla I. Principales características socio-demográficas y clínicas de los pacientes ingresados en un programa de patología dual grave

EDAD	36,7 años	
SEXO	MUJERES	20%
	HOMBRES	80%
LOCALIDAD DE RESIDENCIA	CASTELLÓN PROVINCIA	49%
	CASTELLÓN CIUDAD	33%
	VALENCIA	18%
DISPOSITIVO QUE DERIVA	PPDG	31%
	SERVICIO URGENCIAS	27,5%
	OTROS HOSPITALES	13,5%
	UCA	11%
	JUZGADOS	11%
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	USM	6%
	TRASTORNOS PSICÓTICOS	45,5%
	TP	20,7%
	DEMENCIAS	11,7%
	TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	10,4%
	TRASTORNOS DE ANSIEDAD	3,9%
	TCA	2,6%
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS	OTROS	5,2%
	ALCOHOL	33%
	COCAÍNA	26%
	CANNABIS	20%
	OPIÁCEOS	8%
	BENZODIACEPINAS	6%
	ESTIMULANTES	3%
	OTROS	4%
TIPO DE INGRESO	INVOLUNTARIO	MÉDICO 69,1% JUDICIAL 10,7%
	VOLUNTARIO	20,2%
	NÚMERO DE SUSTANCIA A LA QUE PRESENTA ADICCIÓN A LA VEZ	
	1	49%
	2	24%
	3	22%
	4	5%
MEDIA DIAS DE ESTANCIA	26,8 días	
DISPOSITIVO DE SEGUIMIENTO AL ALTA	PPDG	55%
	USM	11%
	USM-UCA	11%
	UCA	9%
	PPDG-UCA	7%
	PPDG-USM	1%
	OTROS	6%

PPDG: Programa de Patología Dual Grave, UCA: Unidad de Conductas Adictivas, USM: Unidad de Salud Mental, TP: Trastorno de Personalidad, TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.



con ambos perfiles de pacientes y que ambos se beneficiasen de dicho recurso. El criterio de inclusión era haber conseguido una mínima estabilización clínica tras el ingreso. Cumplido este requisito y tras valoración psiquiátrica y psicológica se valoraba el beneficio que para ello podría generar dicha terapia.

El programa psicoeducativo presentaba un contenido tanto informativo como de estrategias y técnicas de afrontamiento de los distintos problemas y situaciones. Incidía en el conocimiento y concienciación de la propia enfermedad así como el efecto de los tóxicos en el organismo, en la evolución de su patología, el tratamiento farmacológico más adecuado y planes de tratamiento rehabilitador así como hábitos de vida saludables alternativos.

En resumen, los objetivos planteados inicialmente en la TPMB-D para los pacientes de patología dual fueron:

- Proporcionar a los pacientes información objetiva y útil sobre las drogas y otras conductas adictivas.
- Enseñar recursos personales que faciliten el proceso de deshabitación así como la prevención de recaídas como parte importante de su estabilización clínica.
- Adquirir conciencia acerca de los riesgos asociados añadidos al consumo de tóxicos cuando existe una patología psiquiátrica de base.
- Preparar a los pacientes para afrontar situaciones de riesgo y prevenir futuras recaídas.
- Fomentar un mayor sentimiento de auto-eficacia y control sobre su patología psiquiátrica y consumo de sustancias.

- Promover la adquisición de unos hábitos y estilo de vida más saludables.
- Aumentar la motivación para participar en programas de psicoterapia una vez son dados de alta de la UDH o UHPPDG y/o potenciar su adherencia en los que ya estén llevando a cabo.

Aunque inicialmente se valoraron multitud de riesgos asociados a la inclusión de dichos pacientes en la TPMB-D, como resultado de la experiencia del período de evaluación descrito se ha observado que:

- Disminuye la estigmatización de la enfermedad mental por parte de los pacientes de UDH sin patología psiquiátrica.
- Aumenta la cohesión entre los pacientes tanto dentro como fuera de la terapia, con lo que se favorece la adherencia al ingreso hospitalario.
- Aporta una estructura, con normas y horarios a los pacientes, solicitando un compromiso y responsabilidad con su asistencia a las sesiones.
- Favorece que el paciente con Trastorno Mental Grave se dirija hacia la fase de actuación a nivel motivacional ya que se trata de pacientes que se suelen encontrar en fase contemplativa (Prochaska y DiClemente, 1982).

Sin embargo, a pesar de los beneficios de este tipo de terapias en el abordaje de la Patología Dual, también aparecen ciertas dificultades. Del período evaluado se han obtenido los siguientes aspectos a tener en cuenta en la intervención:

- Amplia heterogeneidad de estos pacientes en cuanto a diagnósticos, gravedad del



cuadro durante el ingreso y problemática asociada.

- Dificultad para que el paciente se comprometa con la TPMB-D en determinados casos.
- Los beneficios de estos programas no siempre se observan de forma directa e inmediata, y la mejoría clínica puede ser menos llamativa de lo que sería esperable.

Por último, destacar que del total de casos ingresados en el año de estudio, un 60% de los pacientes acudieron a terapia, es decir, casi 2/3 partes participaron. De entre los que no desearon recibir la TPMB-D encontramos que los motivos principales fueron el acuerdo de no idoneidad por parte del psiquiatra responsable del paciente, el haber recibido la terapia en un ingreso anterior, el alta prematura, la negativa del paciente por motivos propios y otros (exitus, ausencia del terapeuta, etc.).

Tratamientos psicofarmacológicos

En rasgos generales e independientemente del diagnóstico y de la sustancia de abuso, en los pacientes ingresados en la UHPDDG los antipsicóticos atípicos orales más utilizados fueron la quetiapina (60%) seguida por la amisulprida (31%). La tiaprida y levomepromazina aparecen en tercer lugar y en igual proporción (22,5%). Destaca el importante uso de RILD, que fue utilizada en algo más de la mitad (51%) de los pacientes de la muestra. Aunque en condiciones ideales se pretendería el uso en monoterapia, en la práctica clínica habitual la politerapia fue la norma pues sólo dos pacientes del estudio

llevaban pautado como único antipsicótico la RILD. El uso de fármacos de tipo benzodiazepinas es escaso en el tratamiento de la patología dual (12,5% del total de pacientes), especialmente para la desintoxicación de alcohol: en monoterapia, a dosis bajas y con pauta descendente hasta obtener la retirada en la mayor parte de los casos.

Dependencia de alcohol

En el grupo de pacientes con consumo de alcohol, el 83 % presentan criterios de dependencia a esta sustancia. Los pacientes con dependencia del alcohol tenían asociado otro trastorno por uso de sustancias en un porcentaje del 20 %. El trastorno mental grave comórbido más prevalente fue la esquizofrenia (34%), seguido por el trastorno depresivo mayor (14%). En el eje II son los trastornos de personalidad (TP) del clúster B los más frecuentes, con un 23% de los casos. El grupo farmacológico más utilizado son los antipsicóticos. Aparecen en igual porcentaje la quetiapina y la tiaprida (43%), seguidos por el amisulpiride (26%). El 48,5% de los pacientes reciben estos psicofármacos en monoterapia y el 51% restante en combinación, siendo igualmente frecuente la asociación de 2 ó 3 antipsicóticos. El 37% de los pacientes con dependencia de alcohol recibieron RILD.

Se han ensayado múltiples fármacos para el tratamiento de la dependencia alcohólica., pero en la revisión sistemática realizada por Garbutt, sólo el acamprosato, naltrexona y, en segundo término, el disulfiram, muestran evidencia consistente de eficacia, y son por tanto los únicos fármacos que pueden utilizarse *sensu stricto* para tratar la dependencia



alcohólica en la fase de rehabilitación. El disulfiram es el prototipo de fármaco aver-sivo. En nuestro estudio este fármaco se pautó con una frecuencia del 43%, siendo la formulación depot la elegida en un tercio de los pacientes y la oral en el resto, con una dosis de 250 mg/día.

La utilización de fármacos antidepresivos alcanza el 37%, siendo en el 54% de los casos la duloxetina, seguido por el escitalopram (23%) y la venlafaxina (23%). En el 40% de los dependientes de alcohol aparece pautado un eutimizante, siempre la oxcarbamacepina. La vitaminoterapia (complejo vitamina B y ácido fólico) es un tratamiento específico que recibió el 17% de los pacientes con dependencia alcohólica.

Dependencia de Cocaína

En el grupo de consumidores de cocaína, al igual que ocurría con el grupo de pacien-tes con alcoholismo, la esquizofrenia es el trastorno comórbido más prevalente (75%), y por tanto, los antipsicóticos son el grupo farmacológico más prescrito (41% lo llevan oral en monoterapia mientras que el 50% lo llevan en politerapia oral). La quetiapina es el antipsicótico oral más pautado (50%), seguido del amisulprida (41%). Sin embargo destaca que el 91% de los pacientes con dependencia de cocaína recibieron al alta un antipsicótico inyectable de larga duración, en su gran mayoría la RILD (83,3%, sólo en un caso en monoterapia). El 33,3% de los pacientes de este grupo recibió al alta tratamiento con un eutimizante, el 25% oxcarbacepina, y el 8,3% topiramato o pregabalina. Solo un caso recibió tratamiento con dos eutimizantes

(oxcarbacepina + pregabalina). El uso de antidepresivos se reduce a dos pacientes que recibieron 20 mg de escitalopram y 120 mg de duloxetina respectivamente. Cuatro pacientes tenían además pautado tratamiento con disulfiram.

Dependencia de opiáceos

La fracción de pacientes con dependencia de opiáceos está conformada por tan sólo 3 pacientes, dos de los cuales tienen diagnóstico en eje I y solo un paciente tiene patología en eje II. El antipsicótico utilizado en todos los casos fue la quetiapina, siempre en politerapia oral y en el 66,6% de los casos asociado a la RILD. Un paciente llevaba pautado un eutimizante (litio) y otro tomaba disulfiram. El 66,6% de los pacientes llevan tratamiento con metadona.

Politoxicomanía

En el grupo de pacientes multidepen-dientes la asociación más frecuente es la de dependencia de opiáceos y cocaína que aparece en el 56% de los pacientes, siendo además frecuente la asociación con el abuso de THC. La mayoría de los pacientes de este grupo (86%), estaban diagnosticados de es-quizofrenia, registrándose un caso de psicosis tóxica y otro de trastorno de personalidad clúster B. Todos los pacientes reciben en su tratamiento fármacos antipsicóticos excepto uno, siendo igual de frecuente su uso de mo-noterapia como de politerapia.

Por último, el grupo de *otras drogas* está constituido por un total de 5 pacientes: 2 con diagnóstico de dependencia de BZD, 2 con



dependencia de THC y uno de Metilfenidato. El antipsicótico más utilizado sigue siendo la quetiapina (80%) y el eutimizante más utilizado la oxcarbacepina (80%). Con respecto a los antidepresivos el elegido fue la duloxetina (40%), mientras que sólo un paciente recibió interdictores (carbamida).

En resumen, no se objetiva un uso específico de los psicofármacos en relación al tóxico consumido. Convendría destacar que en los pacientes diagnosticados de multidependencia de sustancias es más frecuente el uso de programas de mantenimiento con metadona por ser la dependencia a opiáceos uno de los diagnósticos con mayor comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias. Así pues, 18 pacientes tenían el diagnóstico de dependencia a opiáceos y 16 de ellos recibían tratamiento con metadona.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio existe un sesgo de gravedad ya que éste es uno de los criterios específicos para ingresar en el subprograma de hospitalización del PPDG, por lo que encontraremos mayor prevalencia de diagnósticos de trastorno mental grave. Hallamos otra limitación, ésta referida a la extrapolación de los datos a la población que presenta patología dual. Puesto que únicamente se ha estudiado la población ingresada en la UHPPDG, de referencia para una zona geográfica concreta, la muestra no es representativa de la población con patología dual.

Dentro del perfil de persona que ingresa en la UHPPDG podemos decir que las sustancias más consumidas son el alcohol, la cocaína y el

cannabis, coincidiendo con los datos presentados por Rodríguez-Jiménez en su estudio en unidades de agudos (Rodríguez-Jiménez *et ál.*, 2008). Un mayor conocimiento del perfil del usuario de estos servicios permitirá mejorar la captación de pacientes que puedan beneficiarse de los mismos.

Respecto a los tratamientos psicoterapéuticos, la inclusión de la TPMB-D, como actuación en paralelo al farmacológico, puede constituir una primera intervención que favorezca el seguimiento de programas psicoterapéuticos ambulatorios. A su vez, la incorporación de personas con patología dual representa una innovación con respecto a la TPMD propuesta por Haro (Haro *et ál.*, 2006).

El tratamiento psicofarmacológico constituye uno de los pilares fundamentales para la mejoría de los pacientes con patología dual, teniendo como objetivo principal restaurar las funciones psíquicas básicas, disminuir los trastornos de curso y contenido del pensamiento, controlar las alteraciones conductuales, así como abordar el síndrome de abstinencia y el *craving*.

La familia de los antipsicóticos, particularmente los atípicos, son el arma terapéutica más utilizada en el abordaje de los pacientes duales, en coherencia con la alta comorbilidad de los trastornos psicóticos. También son muy útiles en el manejo de los síntomas de violencia en pacientes con trastorno de la personalidad, o en individuos esquizofrénicos. En este grupo de fármacos destaca la Risperidona Inyectable de Larga Duración (RILD) por ser el único antipsicótico atípico con una formulación depot disponible en



España en el período de realización del presente estudio (2008-2009).

La elevada frecuencia de trastornos depresivos en pacientes dependientes de sustancias y el hecho que los enfermos con consumo de alcohol o drogas deprimidos tienen peor pronóstico que los no deprimidos, hace necesario el tratamiento con fármacos anti-depresivos (Casas, Collazos, Ramos-Quiroga y Roncero, 2002). La mejoría del estado de ánimo podría además repercutir en una disminución del consumo de drogas, mejorando el pronóstico de estos pacientes.

Con respecto a los ansiolíticos las benzodiazepinas son el grupo más utilizado aunque su uso en alcohólicos y toxicómanos es complejo por el riesgo de abuso o dependencia que generan. Así, aunque el uso de benzodiazepinas en pacientes con trastorno de ansiedad y toxicomanías no está contraindicado, siempre deberá realizarse de forma cuidadosa.

Algunos fármacos eutimizantes pueden ser útiles en el tratamiento de la adicción asociada a depresión. No está comprobada su acción específica sobre la dependencia, pero están indicados cuando existe comorbilidad con el trastorno bipolar. Asimismo el uso de los estabilizadores del estado de ánimo, sobre todo los más modernos, se ha ampliado por sus propiedades en el control de los impulsos y por su mejor perfil de interacciones con los fármacos utilizados por la dependencia (metadona, disulfiram) o por enfermedades médicas (antirretrovirales).

Los pacientes con trastornos en la esfera psicótica, los trastornos del estado de ánimo

y los trastornos de la personalidad más frecuentes del cluster B destacan por la alta prevalencia de asociación con las adicciones (Szerman y Basurte, 2008). Esto supone una especial dificultad para su abordaje y manejo clínico, con peor pronóstico, ya que a las características propias de la adicción, se suman las del trastorno psicopatológico (falta de insight, mala adherencia al tratamiento, falsas ideas de control sobre el consumo de la sustancia, etc.). Los diagnósticos más frecuentes en la muestra de pacientes estudiada fueron los trastornos psicóticos seguidos por los Trastornos de Personalidad (TP), resultados que coinciden con otros estudios epidemiológicos, como el Epidemiologic Catchment Area (ECA). En éste último destaca una estrecha relación entre las adicciones y el trastorno bipolar tipo I, trastorno antisocial de la personalidad y esquizofrenia, con un 60,7%; 83,6% y 47% de prevalencia de los trastornos adictivos respectivamente.

Un apartado especial merecen las patologías somáticas concomitantes. En el total de la muestra el 11% de los pacientes están diagnosticados de demencia, la mayor parte de los cuales pertenecen al grupo de consumidores de alcohol, siendo el subtipo de demencia alcohólica el más frecuente. Asimismo el 7,5% de la muestra presenta serología positiva para VIH y el 6,3% eran positivos al VHC. El 66,6% de los pacientes infectados por el VIH estaban coinfectados con el VHC. El 100 % de estos pacientes están englobados en el grupo de multidependientes. La situación clínica de estos pacientes aumenta la vulnerabilidad a los efectos secundarios de los fármacos, sobre todo los antipsicóticos,



por lo que cabría esperar dosis más bajas de los mismos. En nuestra muestra no hemos objetivado dosis menores de antipsicóticos, ni su menor asociación en pacientes con infección por VIH, pudiendo explicarse por el hecho de que pertenecen al grupo de pacientes con dependencia a múltiples sustancias y, por consiguiente, con mayor capacidad de metabolización hepática de los fármacos.

Entre los pacientes ingresados en la UHPPDG destaca el uso de la quetiapina, incluso por encima de la risperidona oral, a diferencia de otros estudios en el que este último fármaco suele ser de elección. Esto podría explicarse por la elevada sensibilidad que presentan los pacientes toxicómanos a los síndromes extrapiramidales (SEP), así como la elevada prevalencia de patología orgánica que contraindique algunos fármacos. La quetiapina presenta muy poca incidencia de SEP y por su perfil sedativo en el ámbito de las adicciones es muy utilizada para resolver problemas como el insomnio, la ansiedad y las alteraciones conductuales. Parece que el hecho de que los pacientes no recibían tratamiento con BZD al alta puede haber sido facilitado por el uso de este tranquilizante mayor.

Uno de los puntos clave del tratamiento de los pacientes duales es favorecer la cumplimentación del tratamiento farmacológico y la adherencia al centro. Estos pacientes suelen abandonar el tratamiento de forma prematura. Para mejorar la adherencia terapéutica se recomienda el uso de fármacos de liberación prolongada (González y Poyo, 2007), lo que explica que sea la RILD el segundo antipsicótico más utilizado en este estudio.

La alta prevalencia de la patología dual en nuestro medio hace necesaria la integración de los tratamientos en equipos multidisciplinares de ambas redes, las del equipo de salud mental junto con las redes de drogodependencias. Asimismo el tratamiento farmacológico debe ser siempre integral, complementándolo con una psicoterapia, preferiblemente con perfil cognitivo conductual y con técnicas motivacionales y psicoeducativas, que ayude a prevenir las recaídas, facilitando de esta forma la rehabilitación del paciente. En este sentido la TPMB-D parece viable en el abordaje hospitalario de éstos pacientes, aunque todavía es preciso mejorar algunos aspectos de la misma, así como evaluar cuantitativamente su eficacia.

Los pacientes que presentan una patología dual precisan programas terapéuticos de base amplia, integrados, que encaren los problemas por uso de sustancias, los trastornos psiquiátricos asociados, la patología somática comórbida y los problemas socio-laborales. A través del desarrollo de programas de patología dual se puede conseguir un efectivo manejo farmacológico y psicoterapéutico con la consecuente mejora de la calidad de vida no solo del paciente sino también de la familia con la que conviven.

La naturaleza de la relación entre trastornos psiquiátricos y TUS es compleja, y es probable que sean, en muchos casos, conceptos que se puedan unificar (Bobes y Casas, 2009). El tratamiento de los pacientes duales constituye un reto porque los dispositivos no están, en la mayoría de los casos, diseñados para un abordaje integral, sobre todo de aquellos pacientes con trastornos mentales graves.



Sin embargo, en la actualidad la existencia de dispositivos en salud mental dedicada a la patología mental es escasa.

Los estudios científicos que profundicen en el conocimiento de las personas que presentan patología dual, así como los tratamientos tanto psicoterapéuticos como psicofarmacológicos que son elegidos para su abordaje son escasos. Así pues, son necesarios futuros estudios que permitan el mayor conocimiento sobre el abordaje y la respuesta por parte del paciente y su entorno más cercano (familia, cuidadores, etc.).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2009). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bobes García, J. y Casas Brugué, M. (2009). *Manejo clínico del paciente dual*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Casas Brugué, M.; Collazos Sánchez, F.; Ramos-Quiroga, J.A. y Roncero Alonso, C. (2002). *Psicofarmacología de las Drogodependencias*. Barcelona: Fundación Promoción Médica.
- Drake, R.E.; Mercer-McFadden, C.; Mueser, K.T.; McHugo, G.J. y Bond, G.R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 589-608.
- García, J.J. (2008). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. En Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Recuperado de http://www.madridsalud.es/archivo_comunicaciones/PresentacionESPAD.pdf
- González Sánchez, J.C. y Poyo Calvo, F. (2007). *Manual práctico sobre manejo de adicciones y patología asociada*. Zaragoza: Softmed Grupo.
- Haro Cortés, G. y Martínez Raga, J. (2009). Urgencias psiquiátricas relacionadas con el alcohol y otras drogas. En J.M. Bertolín Guillén (director), *Evaluación e intervención en las urgencias psiquiátricas* (pp. 215-228). Madrid: Elsevier.
- Haro Cortés, G.; Barea Espin, J.; Ramírez Moyano, N.; López Vicente, N. y Cervera Martínez, G. (2006). *Manual de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (TPMB)*. Madrid: Ergón.
- Kessler, R.C.; Chiu, W.T.; Demler, O.; Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617-627.
- López-Izuel, C. (2005). *Cuidados enfermeros*. Barcelona: Masson.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 19, 276-88
- Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S.; Locke, B.Z.; Keith, S.J.; Judd, L.L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiological catchment area (ECA) study. *JAMA*, 264 (19), 2511-2518.



Rodríguez-Jiménez, R.; Aragües, M.; Jiménez-Arriero, M.A.; Ponce, G.; Martínez, J.; Hoenicka, J. et al. (2008). Psychopathology and Winsconsin Card Sorting Test Performance in male schizophrenic patients: influence of dual diagnosis. *Psychopathology*, 41 (1), 58-64.

Rubio Perlado, B.; Juan Porcar, M. y Lucas Miralles, M. (2008). Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve-Dual (TPMB-D). En *XVII Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana*. Valencia; 18-19 de abril de 2008. Recuperado de <http://www.spcv.org/xviireunion/index.html>

Sociedad Española de Patología Dual (2013). Recuperado el 11 de junio de 2013, de http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html

Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Panamericana.

Szerman Bolotner, N. y Basurte Villamor, I. (2008). Patología Dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales. *Jano: Medicina y Humanidades*, 1720, 57-60.

Torrens Mèlich, M. (2008). Patología Dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20 (4), 315-320.

Weaver, T.; Madden, P.; Charles, V.; Stimson, G.; Renton, A.; Tyrer, P. et al. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness collaborative study team. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 304-313.