
Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales.

Roberto Rodríguez-Jiménez^{1,2}, María Aragüés^{1,2}, Miguel Ángel Jiménez-Arriero^{1,2}, Guillermo Ponce^{1,2}, Antonio Muñoz^{1,3}, Alexandra Bagney¹, Janet Hoenicka^{1,2} y Tomás Palomo^{1,2}.

¹Unidad de Alcoholismo y Patología Dual, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Avda. Andalucía S/N, 28041, Madrid, España.

²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

³Servicios de Salud Mental de Usera. Área 11. Madrid, España.

Palabras clave: Psiquiatría, patología dual, unidad de hospitalización, paciente ingresado, prevalencia, trastorno por uso de sustancias, comorbilidad.

Resumen. La comorbilidad entre un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos psiquiátricos es conocida como patología dual. Tiene gran relevancia por su repercusión clínica y coste asistencial. Apenas existen estudios en nuestro medio sobre prevalencia de patología dual en pacientes ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitales generales (UHPHG). Los objetivos de este trabajo fueron determinar la presencia de patología dual en los pacientes ingresados consecutivamente durante un año en una Unidad de hospitalización Psiquiátrica (Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España), comparar variables sociodemográficas y clínicas entre el grupo de patología dual (grupo PD) y el grupo de trastorno mental sin TUS concurrente (grupo TM), y estudiar el tipo de sustancias consumidas. Se trata de un estudio retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de los 257 pacientes ingresados en dicha UHPHG durante un año. Los resultados mostraron que el 24,9% de los pacientes ingresados presentó un TUS (excluyendo dependencia a nicotina) concurrente a otro trastorno psiquiátrico. De manera significativa los pacientes del grupo PD fueron predominantemente varones y más jóvenes. Además, tenían menor edad en el primer ingreso psiquiátrico y al inicio de recibir atención psiquiátrica, y presentaban más diagnósticos de esquizofrenia o psicosis esquizofreniforme que el grupo TM, este último caracterizado por mayor frecuencia de diagnósticos afectivos. Las sustancias más frecuentemente consumidas en el grupo PD fueron alcohol (78,1%), cannabis (62,5%) y cocaína (51,6%). La elevada prevalencia de la pa-

tología dual y su repercusión asistencial hacen aconsejable disponer de programas terapéuticos especializados para su tratamiento.

Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics.

Invest Clin 2008; 49(2): 195 - 205

Key words: Psychiatry, dual diagnosis, hospitalization unit, inpatient, prevalence, substance use disorder, comorbidity.

Abstract. Comorbidity between a substance use disorder (SUD) and another psychiatric disorder is known as dual diagnosis. It is of great relevance due to its important clinical consequences and costs of care. There are practically no published studies on dual diagnosis prevalence in patients admitted to psychiatric hospitalization units in general hospitals (PHUGH) in our country. The objectives were to estimate the prevalence of dual diagnosis in psychiatric inpatients admitted consecutively to a Psychiatric Hospitalization Unit (Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain) in one year, to compare clinical and sociodemographic variables between the dual diagnosis group (DD group) and the group with a psychiatric disorder but no SUD (PD group), and to study the types of substances used. This is a retrospective study, based on the review of the clinical charts of the 257 patients admitted to this PHUGH in one year. The results showed that, excluding nicotine dependence, 24.9% of our inpatients had a SUD as well as another psychiatric disorder. A statistically significant predominance of men was found in the DD group, as well as a younger age at the time of the study, at the beginning of their psychiatric attention and on their first psychiatric admission, and they had received diagnoses of schizophrenia or related psychoses more often than the PD group, who had mostly affective disorders. The substances most frequently used in the DD group were alcohol (78.1%), cannabis (62.5%), and cocaine (51.6%). Due to the high prevalence and repercussions of dual diagnosis, it would be advisable to have specialized therapeutic programs for its treatment.

Recibido: 16-11-2006. Aceptado: 20-09-2007.

INTRODUCCIÓN

La Patología Dual ha sido definida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) junto con otro trastorno mental. Dada la elevada prevalencia de esta situación de comorbilidad, el término se reserva para trastornos por abuso/dependencia de alcohol y/o tóxicos ilegales que se presentan de manera comórbida con trastor-

nos psiquiátricos graves, especialmente de la esfera psicótica y/o afectiva (1). La importancia de la comorbilidad de los TUS con otros trastornos psiquiátricos ha quedado claramente evidenciada en diferentes estudios debido a su influencia en la clínica, evolución y costes (2-11). Así, la patología dual se ha asociado a un aumento en el número de ingresos psiquiátricos (2), violencia (3,4), comportamiento suicida (5), in-

crecimiento del gasto sanitario (6,7), mayor comorbilidad médica (8), pobre adherencia al tratamiento (9,10) y escasos resultados del mismo en ambas patologías (2, 11).

Se ha señalado que aproximadamente el 50% de los individuos con trastornos psiquiátricos cumplirá criterios DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición) (12) para abuso/dependencia de alcohol o tóxicos en algún momento de la vida (13). Los diferentes estudios realizados señalan unas tasas de prevalencia de TUS en pacientes psiquiátricos que van del 25 al 80%. Este amplio rango es en parte debido a aspectos metodológicos tales como tamaño muestral, selección de los sujetos, criterios diagnóstico y definición del TUS.

En cualquier caso, la mayoría de los estudios ha confirmado de manera consistente la elevada comorbilidad de TUS y enfermedades psiquiátricas en la población general (14, 15), así como en pacientes tanto ambulatorios (16, 17), como ingresados (18, 19). Si bien la mayor parte de estudios realizados analizan la comorbilidad de TUS con trastornos graves del eje I del DSM-IV, sobre todo con los trastornos psicóticos y trastornos depresivos/bipolares, también se han realizado estudios con otras patologías del eje I (20) y del eje II (19, 21). El eje I incluye todos los trastornos clínicos psiquiátricos, a excepción de los trastornos de personalidad y el retraso mental incluidos en el eje II (12).

Estudios iniciales como el de Crowley y col. (22) señalaron que un tercio de los pacientes de un hospital psiquiátrico tuvieron un TUS comórbido. Estudios más recientes han mostrado que la prevalencia de TUS concurrente en pacientes ingresados se sitúa entre el 12 y el 60% (16, 23-26), y para TUS a lo largo de la vida entre el 48 y el 64% (23, 26, 27). Estas prevalencias a lo largo de la vida de TUS son superiores a las de la población general que se sitúan entre el 15 y 20% (14). En relación al tipo de sus-

tancia, en pacientes ingresados, el tóxico de uso más frecuente (con exclusión de la nicotina) es el alcohol (23, 28), seguido del cannabis, y la cocaína/estimulantes (26, 29). Resultados análogos se han encontrado en pacientes ambulatorios (30) en España.

Aunque existen algunos estudios de patología dual en pacientes psiquiátricos ingresados en Estados Unidos (31), Reino Unido (26, 32), Francia (33) y Líbano (34), es importante seguir prestando atención a la patología dual en pacientes psiquiátricos ingresados en otros contextos culturales.

El objetivo de este trabajo fue estudiar la prevalencia de TUS actual (últimos 30 días) de manera concurrente con otro trastorno psiquiátrico, en todos los pacientes ingresados durante un año en una unidad de hospitalización psiquiátrica de un hospital general (UHPHG). Además, comparar variables sociodemográficas y clínicas entre el grupo con patología dual (Grupo PD) y el grupo de trastorno mental sin TUS concurrente (Grupo TM). Finalmente, estudiar el tipo de sustancia consumida en el grupo PD.

PACIENTES Y MÉTODO

El estudio se realizó en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario 12 de Octubre (UHPHG), Madrid, España. Se trata de una unidad independiente y cerrada, dentro de un hospital general público perteneciente al Sistema Nacional de Salud. Los pacientes eran derivados por psiquiatras desde dispositivos asistenciales ambulatorios, o bien ingresados desde la urgencia del hospital.

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra total se señalan en la Tabla I. En relación al diagnóstico el 16,3% de los pacientes recibió un diagnóstico de esquizofrenia; el 27,6% de psicosis esquizofreniforme; un 16,3% de trastorno depresivo mayor; 14,0% de trastorno bipolar;

TABLA I
 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA TOTAL (n = 257)

| Característica | Pendiente |
|--|-----------------|
| Edad (años) $\bar{X} \pm DT$ | 43,0 \pm 17,0 |
| Género | |
| Varón (%) | 52,9 |
| Mujer (%) | 47,1 |
| Estancia media (días) $\bar{X} \pm DT$ | 21,1 \pm 16,8 |
| Nivel socioeconómico | |
| Bajo (%) | 40,6 |
| Medio-bajo (%) | 26,6 |
| Medio (%) | 32,9 |
| Estado civil | |
| Soltero (%) | 55,6 |
| Casado/Separado/Viudo (%) | 54,4 |
| Situación laboral | |
| Pensionista (%) | 43,7 |
| No pensionista (%) | 56,3 |
| Delitos (%) | 4,2 |
| Antecedentes familiares psiquiátricos (%) | 32,2 |
| Antecedentes familiares tóxicos (%) | 11,3 |
| Años de escolarización $\bar{X} \pm DT$ | 8,5 \pm 3,0 |
| Nº de ingresos previos $\bar{X} \pm DT$ | 3,5 \pm 3,7 |
| Edad al primer ingreso (años) $\bar{X} \pm DT$ | 36,9 \pm 17,6 |
| Edad de inicio de la atención psiquiátrica (años) $\bar{X} \pm DT$ | 32,9 \pm 17,3 |
| Edad de inicio de la clínica tóxica (años) $\bar{X} \pm DT$ | 21,5 \pm 8,3 |
| Consumo de nicotina (%) | 52,4 |

$\bar{X} \pm DT$: promedio \pm desviación tipo.

6,2% de trastorno de la personalidad; y 5,8% de TUS. El 13,6% restante fue diagnosticado de otros trastornos del eje I.

El estudio consistió en una revisión descriptiva y retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados (n = 257) en la UHPHG a lo largo del año 2005. La información obtenida se introdujo en una base de datos diseñada a tal efecto, para su posterior análisis estadístico. Para intentar evitar al máximo los sesgos de los estudios retrospectivos, todos los historiales fueron revisados independientemente por dos psi-

quiátras, con experiencia clínica superior a ocho años y con experiencia en este tipo de estudios. La metodología empleada fue similar a la utilizada por otros autores en este tipo de estudios (34, 35). Los diagnósticos de los trastornos en el eje I y eje II fueron realizados de acuerdo al DSM IV (12).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v. 11.5. Las variables cualitativas fueron analizadas con el estadístico Chi-cuadrado. Para las variables cuantitativas se empleó ANOVA. El nivel de significación estadística fue del 5% (p < 0,05).

RESULTADOS

En la muestra de 257 pacientes ingresados se encontró que un 24,9% presentó un TUS (con exclusión de la dependencia a la nicotina) de manera concurrente a otro trastorno psiquiátrico, mientras que el

67,7% presentó un trastorno psiquiátrico sin la presencia de TUS; el 7,4% restante eran pacientes con TUS, sin otro diagnóstico adicional en los ejes I/II.

En la Tabla II se muestran las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes PD y TM. La edad promedio en el grupo PD

TABLA II
VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS TM Y PD

| Pendiente | Grupo TM (n = 174) | Grupo PD (n = 64) | Pendiente | p |
|---|-----------------------|----------------------|------------------------|----------|
| Edad (años) $\bar{X} \pm DT$ | 47,5 \pm 17,9 | 32,7 \pm 9,6 | F = 39,10 | < 0,001* |
| Género | | | X ² = 46,11 | < 0,001 |
| Varón (%) | 36,8 | 87,5 | | |
| Mujer (%) | 63,2 | 12,5 | | |
| Diagnóstico | | | X ² = 42,77 | < 0,001 |
| Esquizofrenia (%) | 13,8 | 28,1 | | |
| Psicosis Esquizofreniforme (%) | 21,3 | 53,1 | | |
| Depresión mayor (%) | 21,3 | 7,8 | | |
| T. Bipolar (%) | 19,0 | 4,7 | | |
| T. Personalidad (%) | 6,3 | 1,6 | | |
| Otros (%) | 18,4 | 4,7 | | |
| Estancia media (días) $\bar{X} \pm DT$ | 22,6 \pm 19,0 | 19,8 \pm 21,0 | F = 0,94 | < 0,001* |
| Nº de ingresos previos $\bar{X} \pm DT$ | 3,3 \pm 3,6 | 4,2 \pm 4,1 | F = 1,49 | 0,223* |
| Edad primer ingreso (años) $\bar{X} \pm DT$ | 40,5 \pm 18,8 | 27,1 \pm 9,4 | F = 16,24 | < 0,001* |
| Edad inicio atención psiquiátrica (años) $\bar{X} \pm DT$ | 36,6 \pm 18,6 | 23,5 \pm 9,0 | F = 16,34 | < 0,001* |
| Consumo de nicotina (%) | 36,4 | 86,5 | X ² = 25,12 | < 0,001 |
| Antecedentes familiares psiquiátricos (%) | 29,4 | 43,2 | X ² = 1,71 | 0,184 |
| Antecedentes familiares tóxicos (%) | 4,0 | 25,7 | X ² = 11,53 | < 0,001 |
| Años de escolarización $\bar{X} \pm DT$ | 8,5 \pm 3,2 | 8,3 \pm 2,5 | F = 0,12 | 0,728* |
| Estado civil | | | X ² = 25,07 | < 0,001 |
| Soltero (%) | 45,5 | 83,3 | | |
| Casado/Separado/Viudo (%) | 54,5 | 16,7 | | |
| Situación laboral | | | X ² = 0,02 | 0,893 |
| Pensionista (%) | 45,7 | 44,7 | | |
| No pensionista (%) | 54,3 | 55,3 | | |
| Nivel socioeconómico | | | X ² = 1,82 | 0,390 |
| Bajo (%) | 36,0 | 47,2 | | |
| Medio-bajo (%) | 28,0 | 27,8 | | |
| Medio (%) | 36,0 | 25,0 | | |
| Delitos (%) | 0 | 14,3 | X ² = 11,27 | < 0,001 |

*Se asume el supuesto de normalidad. $\bar{X} \pm DT$: promedio \pm desviación tipo.

fue significativamente menor ($p < 0,001$) que en el TM. También fueron menores las edades medias de inicio de la atención psiquiátrica ($p < 0,001$) y del primer ingreso psiquiátrico ($p < 0,001$). En relación al género, en el grupo PD existió un claro predominio de varones (87,5% vs. 36,8%; $p < 0,001$). La estancia media fue menor en los pacientes PD (19,8 vs. 22,6 días; $p < 0,001$). La presencia de actos delictivos se halló en el 14,3% de los pacientes con PD, y no se encontró en los pacientes con TM ($p < 0,001$).

En relación al diagnóstico, es importante destacar cómo en el grupo PD existió un claro predominio de esquizofrenia/psicosis esquizofreniforme, que representó el 81,2% de los pacientes, mientras que este diagnóstico sólo supuso el 35,1% de los pacientes del grupo TM. De forma inversa, en el grupo TM predominó el diagnóstico de patología afectiva (depresión mayor /trastorno bipolar) que alcanzó un 40,3%, mientras que en el grupo PD sólo supuso el 12,5% de los diagnósticos ($p < 0,001$). En relación a diagnósticos concretos, el 42,9% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentó patología dual, así como el 47,9% de los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme. En cuanto a los trastornos afectivos, el 11,9% de los pacientes con trastorno depresivo y el 8,3% de pacientes con trastorno bipolar presentaron un TUS comórbido. Finalmente, el 8,4% de los pacientes con diagnóstico de

trastorno de personalidad presentó patología dual.

Respecto a los antecedentes familiares, los pacientes del grupo PD presentaron porcentajes de antecedentes familiares de TUS significativamente mayores que los TM (25,7% vs 4,0%; $p < 0,001$), sin encontrarse diferencias en relación al resto de antecedentes psiquiátricos familiares.

El consumo de nicotina fue claramente superior en los pacientes PD (86,5%) que en los TM (36,4%) ($p < 0,001$). Aparte de la nicotina, los tóxicos más frecuentemente consumidos entre los PD fueron: Alcohol (78,1%), cannabis (62,5%), cocaína (51,6%), opiáceos (18,7%), y otros (12,5%). En la Tabla III se muestra de manera descriptiva el tipo de tóxico consumido según el diagnóstico de esquizofrenia o psicosis esquizofreniforme, dado que fueron las patologías más frecuentes (81,2%) en PD. Finalmente, cabe señalar la elevada frecuencia del policonsumo; así, dentro del grupo esquizofrenia/psicosis esquizofreniforme el 59,6% consumió más de un tóxico (63,2% en psicosis esquizofreniforme; y 55,6% en esquizofrenia).

DISCUSIÓN

El hallazgo en este estudio de una prevalencia del 24,9% de PD, debido a la presencia de TUS concurrente a otro trastorno mental, alcanza resultados similares a los encontrados en otros medios sociocultural-

TABLA III
PORCENTAJE DE PACIENTES DE LOS SUBGRUPOS ESQUIZOFRENIA Y PSICOSIS ESQUIZOFRENIFORME QUE CONSUMEN LOS DIFERENTES TÓXICOS ESTUDIADOS (CON EXCLUSIÓN DE NICOTINA)

| Tóxico | Esquizofrenia | Psicosis esquizofreniforme |
|----------|---------------|----------------------------|
| Alcohol | 50,0% | 47,0% |
| Cannabis | 50,0% | 76,5% |
| Cocaína | 33,3% | 61,8% |
| Opiáceos | 22,2% | 8,8% |
| Otros | 5,5% | 17,6% |

les. Aunque algunos autores amplían el rango de prevalencia desde un 12% a un 60% (16, 22, 24), varios trabajos sitúan esa prevalencia entre un 22% y un 49%. Por ejemplo, Brady y col. (23) encontraron que 29 de 100 pacientes consecutivos admitidos en una unidad de agudos cumplían criterios DSM-III-R para TUS en los 30 días previos a su ingreso. De forma similar, Barnaby y col. (26), en una muestra de pacientes ingresados en 2 hospitales de Londres, encontraron que el 22% presentaba dependencia alcohólica y que el 27% había consumido drogas en los 30 días previos. Valores algo más elevados fueron señalados en un grupo de pacientes con ingresos hospitalarios frecuentes por enfermedad psiquiátrica grave, en ellos Havassy y Arns (25) encontraron que el 48,8% presentaba al menos un trastorno concurrente de dependencia a sustancias, aunque el hecho de ser pacientes graves con ingresos frecuentes podría suponer un importante sesgo.

En cuanto a las características socio-demográficas y clínicas de la muestra se observó que existía una mayor proporción de pacientes varones jóvenes, con predominio de solteros, en el grupo PD. La presencia de un predominio de varones también ha sido señalada por otros autores (13, 28, 36), al igual que la mayor frecuencia de solteros, incluso en estudios realizados en otros medios socioculturales (37, 38). La menor estancia media obtenida en el grupo de PD se ha encontrado también en algunos estudios (39), aunque también se ha descrito lo contrario (40). Esta menor estancia media se explica, en parte, por los pacientes con trastornos esquizofreniformes inducidos por tóxicos, quienes tras la retirada del tóxico y con tratamiento neuroléptico, evolucionaron favorablemente en corto espacio de tiempo. Del mismo modo es coincidente con hallazgos previos la presencia de mayor número de delitos con repercusiones legales asociados a la PD (36, 41, 42).

Aunque se ha señalado habitualmente una mayor prevalencia de bajo nivel socio-cultural entre los pacientes con diagnóstico dual, no se encontraron en este estudio diferencias significativas en relación al nivel socioeconómico, ni a los años de escolarización. Se considera que esta discordancia está justificada por el hecho de que en la muestra del presente estudio tanto el grupo PD como el TM, se sitúan en un rango sociocultural medio/bajo y en una escolarización obligatoria mínima (coincidente con las características socioeconómicas mayoritarias del resto de la población de esta área sanitaria, y de la cual fue extraída la población del estudio). Esta sedimentación socioeconómica constituye un sesgo que impediría la aparición de posibles diferencias en ese ámbito.

Respecto al diagnóstico, es destacable el importante predominio que la esquizofrenia y la psicosis esquizofreniforme tuvieron en el grupo PD, donde llegaron a representar el 81,2% de los casos, en comparación con el 35,1% que estos trastornos alcanzaron entre los pacientes del grupo TM. Este resultado viene a subrayar la estrecha relación existente entre el consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos graves, apuntada igualmente por otros autores cuando señalaron la elevada prevalencia de TUS en pacientes esquizofrénicos. En este sentido, obtuvimos que el 42,9% de los pacientes esquizofrénicos y el 47,9% de los pacientes con trastorno esquizofreniforme presentaron patología dual. Estos porcentajes son comparables a los descritos en pacientes ingresados en otros medios socioculturales (14, 16, 43).

En relación a los antecedentes familiares es destacable que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a una mayor prevalencia de historia familiar de TUS en el grupo PD, y no aparecieron diferencias en el resto de trastornos psiquiátricos. Esta mayor prevalen-

cia se ha descrito en algunos estudios (44), y apuntaría a que los TUS presentan un importante componente familiar (biológico y/o psicosocial), no sólo en la población general (45), sino también en la población con trastornos psiquiátricos.

Al analizar el consumo de sustancias que realizaron los pacientes incluidos en este estudio, se halló que la sustancia consumida de manera más prevalente fue la nicotina. Si bien el consumo de nicotina no se había planteado como motivo de estudio para el análisis de la patología dual, dada la importancia médica del tabaquismo (se considera la primera causa evitable de morbilidad en el mundo occidental, y se asocia a diferentes patologías médicas, entre las que destacan procesos cardiovasculares, respiratorios y neoplásicos (46), se consideró interesante destacar la diferente prevalencia que el consumo de nicotina presentaba entre los grupos PD y TM (86,5% vs 36,4%). Esta diferencia sitúa dicho consumo en el grupo de pacientes psiquiátricos sin comorbilidad por TUS en valores más próximos a la prevalencia de consumo en población general y asocia, como plantean otros autores, la presencia de tabaquismo a una mayor gravedad diagnóstica y a la presencia de consumo de sustancias, con diferente distribución entre los diversos trastornos psiquiátricos (47, 48). Este hecho también apunta hacia la necesidad de estudiar en nuestro medio el consumo de nicotina entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados desde una metodología que contemple igualmente la consideración de presencia o no de patología dual, y valorar sus resultados para diseñar estrategias terapéuticas específicas dirigidas a estos pacientes.

Con exclusión de la nicotina, las sustancias más frecuentemente consumidas en el grupo PD, y por este orden, fueron: alcohol, cannabis, y cocaína, de manera similar a lo descrito en trabajos realizados fuera de nuestro medio (28, 49, 50). El policon-

sumo de estas sustancias, al igual que han señalado otros autores (25), fue la forma más prevalente de uso en el grupo PD, llegando a valores del 63,2% entre los que presentan psicosis esquizofreniforme.

Por otra parte, también es interesante señalar que la distribución del consumo de estas sustancias variaba según los distintos diagnósticos. Así, y de forma coincidente con hallazgos previos (27), en el subgrupo de esquizofrenia, el alcohol y el cannabis fueron consumidos por un porcentaje similar de pacientes mientras que la cocaína fue consumida por un menor número de pacientes, hallazgo replicado incluso en poblaciones de primeros episodios de esquizofrenia (51). Sin embargo, en el subgrupo de psicosis esquizofreniforme el consumo mayoritario fue de cannabis y cocaína, mientras que el alcohol tuvo un menor consumo. Esta diferente distribución podría estar relacionada con el hecho de que el grupo de trastornos esquizofreniformes incluyera un número importante de pacientes en los que el cuadro psicótico podría haber sido inducido por el consumo del tóxico. También se debe señalar que el mayor porcentaje de consumo de alcohol y cannabis en los pacientes esquizofrénicos podría estar en relación con su menor poder adquisitivo, así como con la mayor accesibilidad de estas sustancias.

Esta investigación presenta algunas limitaciones. Se trata de un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas con los sesgos propios de este tipo de trabajos. En general, los criterios diagnósticos utilizados fueron clínicos, utilizando sólo los instrumentos estandarizados de medición que habitualmente se manejan en la actividad asistencial habitual. Por otra parte, el que la población atendida sea mayoritariamente de nivel socioeconómico medio-bajo, hace que sea aconsejable repetir este estudio en muestras poblacionales de estratos sociales diferentes.

Se concluye que aproximadamente el 25% de los pacientes ingresados durante un año en una unidad de hospitalización psiquiátrica, ubicada en un hospital general de Madrid, España, presentó patología dual, al concurrir en ellos un TUS y otro trastorno mental.

Este grupo de pacientes con PD estuvo formado predominantemente por varones, más jóvenes, con más antecedentes familiares de TUS, y con más historia delictiva. Además, tuvieron un inicio más precoz de los problemas psiquiátricos y del inicio del tratamiento.

Entre los pacientes psiquiátricos del estudio, la presencia de TUS se asoció de forma significativa a mayor presencia de trastornos psicóticos de tipo esquizofrénico o esquizofreniforme, mientras que en la población sin TUS fueron más prevalentes los trastornos afectivos y bipolares.

Las sustancias principalmente consumidas en el grupo PD fueron alcohol, cannabis y cocaína, con predominio del consumo de alcohol y cannabis entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, y el de cannabis y cocaína entre los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme.

La relevancia clínica de la patología dual, así como el mayor coste sociosanitario global asociado a estos pacientes en comparación con los que no presentan TUS comórbido descrito en la literatura, hacen necesaria la existencia de adecuados programas y dispositivos de tratamiento especializados, y una adecuada formación de profesionales en patología dual.

AGRADECIMIENTOS

Financiado por el Ministerio de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III (CIBERSAM).

REFERENCIAS

1. **Drake RE.** Dual diagnosis. *Psychiatry* 2004; 3(10):60-63.
2. **Hunt GE, Bergen J, Bashir M.** Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res* 2002; 54:253-264.
3. **Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ.** Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and non adherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 226-231.
4. **Soyka M.** Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 176:345-350.
5. **Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R.** Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Br Med J* 1999; 318:1235-1239.
6. **Hoff RA, Rosenheck RA.** The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1309-1315.
7. **McCrone P, Menezes PR, Johnson S, Scott H, Thornicroft G, Marshall J, Bebbington P, Kuipers E.** Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:464-472.
8. **Dickey B, Normand SLT, Weiss RD, Drake RE, Azeni H.** Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2002; 53:861-867.
9. **Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ.** Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1996; 47:853-858.
10. **Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E.** Psychopharmacology: insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001; 52:161-166.
11. **Carey MP, Carey KB, Meisler AW.** Psychiatric symptoms in mentally ill chemical

- abusers. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:136-138.
12. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th edition; American Psychiatric Association, 2000.
 13. **George TP, Krystal JH.** Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 13:327-331.
 14. **Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK.** Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
 15. **Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC.** Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:1022-1031.
 16. **Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K.** Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res* 2004; 67:157-166.
 17. **Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S, Shanahan W, Seivewright N, Ford C.** Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry* 2003; 183:304-313.
 18. **Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H.** Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22:77-86.
 19. **Lambert MT, Griffith JM, Hendrickse W.** Characteristics of patients with substance abuse diagnoses on a general psychiatry unit in a VA Medical Center. *Psychiatr Serv* 1996; 47:1104-1107.
 20. **Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, O'Neil CA, Rosenbaum JF.** Alcohol dependence in panic disorder patients. *J Psychiatr Res* 1992; 26:29-38.
 21. **Dulit RA, Fyer MR, Haas GL, Sullivan T, Frances AJ.** Substance use in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1002-1007.
 22. **Crowley TJ, Chesluk D, Dilts S, Hart R.** Drug and alcohol abuse among psychiatric admissions. A multidrug clinical-toxicologic study. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30:13-20.
 23. **Brady K, Casto S, Lydiard RB, Malcolm R, Arana G.** Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17:389-397.
 24. **Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G.** Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1999; 174:150-153.
 25. **Havassy BE, Arns PG.** Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high-risk psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 1998; 49:935-940.
 26. **Barnaby B, Drummond C, McCloud A, Burns T, Omu N.** Substance misuse in psychiatric inpatients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. *Br Med J* 2003; 327:783-784.
 27. **Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ.** Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991; 148:224-230.
 28. **Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C Jr, Miles KM, Hill D.** Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates and subgroups. *Schizophr Bull* 2000; 26:179-192.
 29. **Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ.** Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24:443-455.
 30. **Arias-Horecadas F, Sánchez-Romero S, Padin-Calo JJ.** Relevance of drug use in clinical manifestations of schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30:65-73.
 31. **Lehman AF, Myers CP, Corty E, Thompson JW.** Prevalence and patterns of "dual diagnosis" among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 1994; 35:106-112.
 32. **Mathers DC, Ghodse AH, Caan AW, Scott SA.** Cannabis use in a large sample of acute psychiatric admissions. *Br J Addict* 1991; 86:779-784.

33. **Dervaux A, Bayle FJ, Krebs MO.** Substance misuse among people with schizophrenia: similarities and differences between the UK and France. *Br J Psychiatry* 2002; 180:381.
34. **Karam EG, Yabroudi PF, Melhem NM.** Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: a study from Lebanon. *Compr Psychiatry* 2002; 43:463-468.
35. **Blixen CE, McDougall GJ, Suen LJ.** Dual diagnosis in elders discharged from a psychiatric hospital. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12:307-313.
36. **Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF.** Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res* 2001; 48: 69-82.
37. **Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P.** Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 242: 362-372.
38. **Drake RE, Mueser KT.** Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull* 2000; 26:105-118.
39. **Farris C, Brems C, Johnson ME, Wells R, Burns R, Kletti N.** A comparison of schizophrenic patients with or without coexisting substance use disorder. *Psychiatr Q* 2003; 74: 205-222.
40. **Swindle RW, Phibbs CS, Paradise MJ, Recine BP, Moos RH.** Inpatient treatment for substance abuse patients with psychiatric disorders: a national study of determinants of readmission. *J Subst Abuse* 1995; 7:79-97.
41. **Clark RE, Ricketts SK, McHugo GJ.** Legal system involvement and costs for persons in treatment for severe mental illness and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 1999; 50:641-647.
42. **Theriot MT, Segal SP.** Involvement with the criminal justice system among new clients at outpatient mental health agencies. *Psychiatr Serv* 2005; 56:179-185.
43. **Fenton WS.** Comorbid conditions in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2001; 14:17-23.
44. **Comtois KA, Tisdall WA, Holdcraft LC, Simpson T.** Dual diagnosis: impact of family history. *Am J Addict* 2005; 14:291-299.
45. **Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B, Zhang H, O'Malley SS, Rounsaville BJ.** Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:973-979.
46. **Bergen AW, Caporaso N.** Cigarette smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 1365-1375.
47. **Kalman D, Morissette SB, George TP.** Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14:106-123.
48. **Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH.** Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284:2606-2610.
49. **de Leon J, Diaz FJ, Rogers T, Browne D, Dinsmore L.** Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res* 2002; 56:47-54.
50. **Baigent MF.** Understanding alcohol misuse and comorbid psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18:223-228.
51. **Sevy S, Robinson DG, Solloway S, Alvir JM, Woerner MG, Bilder R, Goldman R, Lieberman J, Kane J.** Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 1014:367-374.