







Artículo original

Factores sociodemográficos y clínicos asociados de la patología dual en pacientes de una unidad de tratamiento de adicciones de Colombia

Sociodemographic and clinical factors associated with dual pathology in patients of an addiction treatment unit in Colombia

Mayra Alejandra Ortega-Orozco¹  
Guillermo Alonso Castaño Pérez² 
Héctor Jaime Posso Valencia¹ 

¹Centro de Excelencia e Innovación (CEIT) TodoMed. Palmira, Valle, Colombia.

²Universidad CES, Facultad de Medicina. Medellín, Antioquia, Colombia.

Recibido: 30/8/2021
Aceptado: 2/10/2021

RESUMEN

Introducción: La patología dual, uno de los fenómenos de interés en salud pública por su mal pronóstico y evolución, ha llevado a la necesidad de analizar los factores sociodemográficos y clínicos, con el propósito de comprender la coexistencia de estos dos trastornos y prevenir el fenómeno de puerta giratoria.

Objetivo: Determinar la prevalencia, factores sociodemográficos y clínicos asociados con patología dual en pacientes hospitalizados en una unidad de tratamiento de adicciones.



Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal de fuente secundaria. Se realizó un análisis bivariado y de regresión logística en 587 pacientes en edades entre 18-65 años.

Resultados: La prevalencia de patología dual fue 47,53 %. El trastorno por uso de sustancias más común fue: dependencia a cocaína y sus derivados (68,8 %). La patología mental más frecuente en los pacientes duales fue esquizofrenia y otras psicosis (69,9 %). Los factores con significancia estadística relacionados con patología dual fueron: sexo femenino (OR = 2,43; IC 95 % [1,48-4,05]), situación laboral (desempleado) (OR = 8,59; IC 95 % [5,61-13,30]), dependencia a cannabis (OR = 2,97; IC 95 % [1,76-5,12]), dependencia a cocaína (OR = 0,5; IC 95 % [0,35-0,75]), conducta suicida (OR = 2,03; IC 95 % [1,24-3,31]), heteroagresividad (OR = 1,5; IC 95 % [1,07-2,11]), y antecedentes familiares de consumo (OR = 0,71; IC 95 % [0,50-0,99]).

Conclusiones: Las variables predictores más importantes para patología dual fueron: sexo femenino, estar desempleado, heteroagresividad y dependencia a cannabis.

Palabras clave: trastorno dual; población clínica; factores sociodemográficos; factores clínicos.

ABSTRACT

Introduction: Dual pathology, a phenomenon of interest in public health, due to its poor prognosis and evolution, has led to the need to delve into the analysis of the sociodemographic and clinical factors, with the purpose of understanding the coexistence of these two disorders and preventing the revolving door phenomenon.

Objective: To determine the prevalence, sociodemographic and clinical factors associated with the diagnosis of dual pathology in patients admitted to an addiction treatment unit.

Methods: Quantitative, observational, analytical and secondary source cross-sectional study. A bivariate and logistical regression analysis was performed in 587 patients. Patients aged between 18 and 65 were analyzed.

Results: The prevalence of dual pathology was 47.53%. The most common substance use disorders were: cocaine and its derivatives (68.8%). The most common associated mental pathology was schizophrenia and other psychosis (69.9%). The statistically significant associated factors were: female (OR= 2.43, CI 95% [1.48-4.05]), employment status (unemployed) (OR= 8.59, CI 95% [5.61-13.30]), dependence on cannabis (OR= 2.97, CI 95% [1.76- 5.12]), cocaine dependence (OR= 0.5, CI 95% [0.35-0.75]), suicidal behavior (OR= 2.03, CI 95% [1.24-3.31]), hetero-aggressiveness (OR= 1.5, CI 95% [1.07- 2.11]), and family history of drug use (OR= 0.71, CI 95% [0.50- 9.99]).



Conclusions: The most important predictor variables for dual pathology were: female, unemployment, hetero-aggressiveness and dependence on cannabis

Key words: Dual Disorder; Clinical Population; Sociodemographic Factors; Clinical Factors.

Introducción

Desde el año 1980, diferentes estudios han demostrado la existencia de asociaciones que evidencian una elevada prevalencia de la coocurrencia entre los trastornos por uso de sustancias, con otros trastornos mentales,^(1,2) la misma oscila entre el 20 % y 50 % en población general y entre el 40 % y 80 % en población con enfermedades.⁽²⁾ Por otro lado, aunque el término patología dual es mundialmente aceptado, no es un diagnóstico tipificado en las clasificaciones internacionales y es la causa de que haya un subregistro evidente.^(3,4)

Los pacientes diagnosticados con patología dual presentan altos niveles de deterioro biopsicosocial, incremento del riesgo de discapacidad y un mayor riesgo de marginación social,⁽⁵⁾ ya que la coexistencia de trastornos por uso de sustancias y trastornos mentales se asocia a elevadas tasas de gravedad de la adicción y de la sintomatología psiquiátrica coocurrente, ideación y conducta suicida, mayor utilización de servicios de medicina, urgencias, psiquiatría y adicciones, recaídas y abandono de tratamiento, consumo de drogas inyectables,⁽²⁾ mayores conductas de riesgo e infecciones relacionadas con la infección del VIH y del virus de la hepatitis C;^(6,7) y más conductas violentas y criminales.^(8,9)

La ocurrencia del fenómeno conocido como la puerta giratoria (entrada y salida de centros de atención en adicciones y centros de salud mental, causado por un inadecuado diagnóstico y un mal tratamiento integral), constituye una realidad latente en el escenario individual de cada paciente, enmarcando la incidencia de factores cuyo contenido psicosocial merece ser abordado a la luz de estudios con enfoque cuantitativo, que den cuenta del comportamiento de esta problemática.⁽²⁾ Sobre este fenómeno se han realizado varios estudios, la mayoría de ellos en Europa y en el siglo pasado en los cuales se examinaron la longitud de la estancia hospitalaria y la probabilidad de aumentar el efecto de la puerta giratoria. Sin embargo, una revisión sistemática no encontró asociación entre la longitud de la estancia hospitalaria y el aumento del fenómeno.⁽¹⁰⁾

Al respecto, los estudios muestran que cuando el paciente con patología mental recibe tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, se reducen las conductas de riesgo incluyendo las actividades criminales,⁽¹¹⁾ lo que provoca una reducción de los costos de los sistemas sanitarios, al disminuir los ingresos hospitalarios.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

En relación con la epidemiología de la patología dual, las tasas de prevalencia han sido indagadas en distintas poblaciones (general o clínicas), aunque son pocos los estudios en población clínica que asiste a unidades de tratamiento en adicciones. En Colombia existen pocos estudios sobre patología dual, por lo cual, se hace necesario aportar más datos para una mejor comprensión de estos trastornos. Dos de estos estudios son realizados en población general^(12,13); un boletín, sobre patología dual, de datos extraídos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, que recoge los diagnósticos de la población que consulta el sistema de salud;⁽¹⁴⁾ y dos estudios en población clínica de unidades de salud mental.^(15,16)

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de trastorno dual y los factores sociodemográficos y clínicos asociados en pacientes hospitalizados en una unidad de tratamiento en adicciones del suroccidente colombiano, lo cual aportaría conocimientos para ampliar la comprensión de esta problemática y así contribuir a la mejora de la atención y la calidad de vida de los pacientes.

Métodos

Estudio observacional, cuantitativo, analítico, de corte transversal de fuentes secundarias. Incluyó una muestra de 587 historias clínicas de pacientes con edades comprendidas entre 18-65 años, hospitalizados en una unidad de tratamiento en adicciones entre febrero de 2014 y marzo de 2020.

Las variables incluidas en el estudio se encuentran en las historias clínicas electrónicas de cada paciente y se clasificaron en: sociodemográficas: edad, sexo, género, estado civil, nivel educativo, situación laboral (empleado, desempleado); variables clínicas: trastornos por uso de sustancias, trastornos mentales, ideación suicida, intento suicida, conducta suicida, heteroagresividad, consumo sustancias psicoactivas, policonsumo, exposición previa situación de calle, número de procesos, estancia mayor de noventa días, promedio de días de estancia, edad de inicio de consumo, y otras variables asociadas como: antecedentes familiares de consumo de drogas, red de apoyo al momento del tratamiento, tipo de familia, dinámica familiar y con quién vivía el paciente cuando ingresó a la unidad.

Se consideró trastorno dual la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y un trastorno relacionado con el consumo de drogas o alcohol según la clasificación diagnóstica de la CIE-10,⁽¹⁷⁾ excluyendo el tabaco (F10-F19). Los diagnósticos de trastornos mentales incluyeron esquizofrenia y otras psicosis (F20-F29), trastornos del estado de ánimo (F30-F39), neurosis y trastornos de la personalidad (F40-F48 / F60-F69), retraso mental (F70), trastornos mentales orgánicos (F00-F09) y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia (F90-F98).



Las variables de la red de apoyo y funcionalidad familiar se registraron a partir de la historia clínica recopilada por el departamento de trabajo social, que evalúan el funcionamiento familiar mediante la escala de autoinforme FACES IV (Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar), para realizar el diagnóstico relacional,⁽¹⁸⁾ y el APGAR familiar, frecuentemente recomendada y utilizada en Colombia,⁽¹⁹⁾ considerando también la red de apoyo como la percepción que tiene paciente de la ayuda proporcionada por su entorno familiar y social en momentos de crisis.

Análisis estadístico

El análisis estadístico fue realizado mediante un análisis descriptivo de la muestra con frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, cálculo de tendencia central y medidas de dispersión según las variables cuantitativas. Se compararon dos grupos, uno con Patología Dual y el otro sin Patología Dual (pacientes con solo un diagnóstico y para este caso - trastorno por uso de drogas-). Las comparaciones se realizaron mediante OR (Odds Ratio) con sus respectivos intervalos de confianza. Las variables cualitativas entre pacientes duales y no duales fueron comparadas mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando no era aplicable la primera y se analizaron diferencias en las variables cuantitativas mediante la prueba t de Student. El análisis estadístico de los datos fue realizado por medio del programa STATA versión 15.0.

Con el fin de explorar los factores sociodemográficos y clínicos asociados al trastorno dual, se utilizó la prueba asintótica de la chi-cuadrado de Pearson considerándola significativa con valor de $p < 0,05$,⁽²⁰⁾ calculando además la Odds Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza del 95 %.

Finalmente, y teniendo en cuenta las variables con significancia estadística y asociadas a la patología dual en el análisis bivariado o aquellas con valores de probabilidad $< 0,25$ o a las que a criterio de investigador fueran clínicamente relevantes, el análisis multivariado se construyó con un modelo de regresión logística que permitió controlar posibles variables de confusión, obteniendo el OR ajustado o controlado para estas variables probables. Se asume que el modelo logístico sirve como control de las variables de confusión, utilizándose el criterio de los investigadores para determinar la diferencia, y un cambio en las exponenciales de los coeficientes (OR) superior al 10 %.⁽²¹⁾

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por parte el Comité de Ética Médica de la Universidad CES con el acta No. 04 de enero 15 del 2020, y por el Centro de Excelencia e Innovación de la Unidad de Tratamiento en Adicciones de donde se tomaron los datos de las historias



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

clínicas y en cuyo consentimiento informado aprueban el uso de los datos para investigaciones científicas.

Resultados

De los 587 pacientes que formaron parte del estudio, la prevalencia de patología dual fue de 47,53 % y el 52,47 % corresponde a pacientes que solo tenían un trastorno por uso de drogas (TUS).

Tanto en los pacientes con diagnóstico de patología dual, como por trastorno por uso de sustancias, predominó el grupo de 18-69 años (64,5 % vs. 62,4 %), sexo masculino (79,2 % vs. 90,3 %) siendo mayor en el grupo sin patología dual, y en lo relacionado a género el 5,7 % pertenecía a la población LGTBI vs. 2,6 % en la población por solo consumo de sustancias psicoactivas y el restante heterosexual. La mayoría eran solteros (92,8 % vs. 88,3 %), y más de la mitad (57,7 %) habían finalizado el bachillerato o tenían formación a nivel técnico. Se evidenció mayor población de desempleados en ambos grupos (88,9 % vs. 79,5 %).

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en relación con el grupo de edad, género, estado civil y nivel educativo. Por el contrario, sexo femenino (OR = 2,43; IC 95 % [1,48-4,05]) y estar desempleado (OR = 8,59; IC 95 % [5,61-13,30]) presentaron asociaciones estadísticamente significativas con patología dual. Los factores sociodemográficos de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1 - Factores sociodemográficos de pacientes con patología dual en una unidad de adicciones en Colombia, 2020

Factores	PD	Sin PD (SPA)	OR	IC 95 %	Valor p
	n = 279	n = 308			
	n (%)	n (%)			
<i>Grupos de edad (años)</i>					
18-29	180 (64,5)	192 (62,4)	1,09	0,77-1,56	0,5843
30+	99 (35,5)	116 (37,6)			
<i>Sexo</i>					
Femenino	58 (20,8)	30 (9,7)	2,43	1,48-4,05	0,0002
Masculino	221 (79,2)	278 (90,3)			
<i>Género</i>					
Heterosexual	263 (94,3)	300 (97,4)	1,64	0,85-3,30	0,1184
LGBTI	16 (5,7)	8 (2,6)			
<i>Estado civil</i>					
Soltero(a)	259 (92,8)	272 (88,3)	1,71	0,94-3,21	0,0627
Otros	20 (7,2)	36 (11,7)			
<i>Nivel educativo</i>					
Primaria/Sin educación	118 (42,3)	128 (41,6)	1,03	0,73-1,45	0,8569



Secundaria o superior	161 (57,7)	180 (58,4)			
<i>Situación laboral</i>					
Desempleado	248 (88,9)	245 (79,5)	8,59	5,61-13,30	0,0000
Empleado	31 (11,1)	63 (20,5)			

Por otra parte, los pacientes con patología dual presentan más conductas suicidas que los pacientes que solo tienen trastornos por uso de sustancias (20,1 % vs. 11 %), y existe una relación estadísticamente significativa asociada a los pacientes con trastorno doble (OR = 2,0; IC 95 % [1,24-3,31]), siendo la asociación más fuerte con el intento suicida (OR = 2,28; IC 95 % [1,18-4,57]). Se encontró además que, los pacientes con patología dual presentaban mayor conducta de heteroagresión (55,6 % vs. 45,5 %), siendo estadísticamente significativo para los pacientes con trastorno dual (OR = 1,5; IC 95 % [1,07-2,11]).

En relación con los factores clínicos asociados al trastorno dual, los trastornos por uso de sustancias más prevalentes fueron: dependencia a la cocaína y sus derivados (68,8 % vs. 81,5 %) y dependencia a cannabis (20,8 % vs. 8,1 %), teniendo ambos trastornos una significancia estadística (cannabis: OR = 2,97; IC 95 % [1;76-5,12], cocaína: OR = 0,5; IC 95 % [0,35-0,75]).

Los trastornos mentales más frecuentes en el grupo de pacientes con patología dual fueron: esquizofrenia y otras psicosis (69,9 %), trastornos del estado del ánimo (13,3 %) y neurosis y otros trastornos de la personalidad (10 %). Se determinó la prevalencia de consumo por tipo de patología dual, a partir de lo cual se evidenció que la cocaína es la sustancia psicoactiva más consumida en todos los trastornos mentales.

En lo referente a las sustancias psicoactivas legales de inicio, los pacientes con patología dual iniciaron con el alcohol y el tabaco (15 %), pero no se encontró significancia estadística con respecto a los pacientes que solo tenían trastorno por uso de sustancias. En cuanto a las sustancias ilegales, el cannabis es la droga de inicio que predominó en ambos grupos (71,7 % vs. 74,4 %) seguido de cocaína y sus derivados (7,6 % vs. 11 %) e inhalantes (4,7 % vs. 2,6 %) y el 95 % son policonsumidores.

En el estudio se encontró que los pacientes con patología dual presentaron mayor exposición previa de situación de calle (41,9 % vs. 39,9 %) que los pacientes que solo consumen sustancias psicoactivas. No se encontró significancia estadística con relación a la droga ilegal de inicio, el policonsumo, exposición previa a situación de calle y la presencia o no de patología dual. La edad promedio de inicio de consumo de sustancias en pacientes con patología dual fue 14,7 (DE: 4,46) y en pacientes no duales 15 (DE: 4,43).

En relación con el consumo de drogas y los trastornos por uso de sustancias (TUS) más usuales en los pacientes con patología dual, nuestro trabajo encontró que el TUS cocaína es el más frecuente con un 68,1 %, seguido del cannabis (20,1 %); inhalantes (4,7 %) y alcohol (3,6 %). El trastorno por uso de cannabis y cocaína presentaron una significancia



estadística en relación con patología dual, siendo más fuerte el TUS cannabis (OR = 2,97; IC 95 % [1,76-5,12]).

En cuanto al número de procesos de tratamiento recibidos por los pacientes el 21,5 % ha realizado más de un proceso. Los pacientes con patología dual tienen en promedio 10 días más de estancia institucional que aquellos que no tienen doble trastorno 74,6 (DE: 42,79) vs. 64,22 (DE: 54,11), siendo estadísticamente significativo ($p = 0,0104$), y el 47,3 % de pacientes con doble trastorno permanece más de 90 días internado, con una significancia estadística (OR = 1,33, IC 95 % [0,95-1,87]), ($p = 0,000$), con respecto a los pacientes con solo TUS (Tabla 2).

Tabla 2 - Factores clínicos asociados a pacientes con patología dual (PD) en una unidad de adicciones en Colombia, 2020

Factores clínicos	PD n = 279		Sin PD (SPA) n = 308		OR	IC 95 %	Valor p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
<i>F102: Dependencia alcohol</i>							
Sí	10 (3,6)	5 (1,6)	2,25	0,69-8,50	0,1327		
No	269 (96,4)	303 (98,4)					
<i>F122: Dependencia cannabis</i>							
Sí	58 (20,8)	25 (8,1)	2,97	1,76-5,12	<0,0000		
No	221 (79,2)	283 (91,9)					
<i>F142: Dependencia cocaína</i>							
Sí	192 (68,8)	251 (81,5)	0,5	0,35-,75	0,0004		
No	87 (31,2)	57 (18,5)					
<i>F112: Dependencia heroína</i>							
Sí	4 (1,4)	10 (3,2)	0,43	0,10-1,52	0,1505		
No	275 (98,6)	298 (96,8)					
<i>F132: Dependencia benzodiazepinas</i>							
Sí	2 (,7)	4 (1,3)	0,55	0,05-3,86	0,484		
No	277 (99,3)	304 (98,7)					
<i>F182: Dependencia inhalantes</i>							
Sí	13 (4,7)	13 (4,2)	1,11	0,47-2,65	0,7964		
No	266 (95,3)	295 (95,8)					
<i>Ideación suicida</i>							
Sí	45 (16,2)	31 (10,1)	1,72	1,03-2,90	0,0289		
No	234 (83,9)	277 (89,9)					
<i>Intento suicida</i>							
Sí	31 (11,1)	16 (5,2)	2,28	1,18-4,57	0,0248		
No	248 (88,9)	292 (94,8)					
<i>Conducta suicida</i>							
Sí	56 (20,1)	34 (11,0)	2,03	1,24-3,31	0,1327		
No	223 (79,9)	274 (89,0)					
<i>Heteroagresividad</i>							
Sí	155 (55,6)	140 (45,5)	1,5	1,07-2,11	0,0353		
No	124 (44,4)	168 (54,5)					
<i>Sustancias psicoactivas de inicio (legales)</i>							
Tabaco	21 (7,5)	20 (6,5)	1	-	0,5172		
Alcohol	21 (7,5)	15 (4,9)	1,33	0,54-3,29			
<i>Sustancias psicoactivas de inicio (ilegales)</i>							
Bazuco	8 (2,9)	12 (3,9)	0,64	0,22-1,88	-		



Cocaína	13 (4,7)	22 (7,1)	0,56	0,22-1,41	
Inhalantes	13 (4,7)	8 (2,6)	1,54	0,52-4,52	
Cannabis	200 (71,7)	229 (74,4)	0,83	0,44-1,58	
Benzodiacepinas	2 (0,7)	1 (0,3)	1,9	0,16-22,68	
Heroína	1 (0,3)	1 (0,3)	0,95	0,06-16,28	
<i>Policonsumo</i>					
Sí	265 (95)	297 (96,4)	0,7	0,28-1,70	0,3861
No	14 (5)	11 (3,6)			
<i>Exposición previa situación de calle</i>					
Sí	117 (41,9)	123 (39,9)	1,09	0,77-1,53	0,6225
No	162 (58,1)	185 (60,1)			
<i>Número de procesos</i>					
1	219 (78,5)	256 (83,1)	1	-	0,4317
2	43 (15,4)	40 (13,0)	1,26	0,79-2,00	
3	13 (4,7)	8 (2,6)	1,9	0,77-4,67	
4 y +	4 (1,4)	4 (1,3)	1,17	0,29-4,73	
<i>Estancia ≥ 90 días</i>					
Sí	132 (47,3)	124 (40,3)	1,33	0,95-1,87	0,0853
No	147 (56,7)	184 (59,7)			
<i>Días de estancia promedio</i>					
Dual	74,66 (DE: 42,79)	-	-	-	0,0104
No dual	64,22 (DE: 54,11)	-	-	-	
<i>Edad de inicio de consumo promedio</i>					
Dual	14,7 (DE: 4,46)	-	-	-	0,4128
No dual	15 (DE: 4,43)	-	-	-	

Se encontró, además, que los pacientes con patología dual tenían antecedentes familiares de consumo de drogas (38,4 % vs. 46,8 %), siendo esta variable estadísticamente significativa (OR = 0,71; IC 95 % [0,50-0,99]).

Por otro lado, el 88,9 % contaba con familia y amigos que acompañaban el tratamiento, el tipo de familia era monoparental (35,8 %) y el 76 % eran familias disfuncionales. El 64,4 % de los pacientes con trastorno dual viven con su familia de origen. Ninguno de estos factores fue estadísticamente significativo con el grupo de trastorno dual (Tabla 3).

Tabla 3 - Factores asociados a pacientes con patología dual (PD) en una unidad de adicciones en Colombia, 2020

Factores asociados	PD	Sin PD	OR	IC 95 %	Valor p
	n = 279	n = 308			
	n (%)	n (%)			
<i>Antecedentes familiares de consumo de SPA</i>					
Sí	107 (38,4)	144 (46,8)	0,71	0,50-0,99	0,0399
No	172 (61,6)	164 (53,2)			
<i>Red de apoyo</i>					
No	31 (11,1)	38 (12,3)	0,89	0,52-1,52	0,645
Sí	248 (88,9)	270 (87,7)			
<i>Tipo de familia</i>					
Monoparental	100 (35,8)	108 (35,1)	1,24	0,84-1,86	0,5158
Compuesta	29 (10,4)	30 (7)	1,3	0,72-2,34	



Extensa	58 (20,8)	53 (17,2)	1,47	0,92-2,37	
Biparental	78 (28,0)	105 (34,1)	1	-	
Unipersonal	14 (5,0)	12 (3,9)	1,57	0,69-3,58	
Dinámica familiar					
Funcional	67 (24,0)	83 (26,9)	1,17	0,79-1,73	0,4157
Disfuncional	212 (76,0)	225 (73,1)			
Con quién vive					
Familia de origen	179 (64,4)	195 (63,5)	1	-	0,3456
Familia propia	30 (10,8)	42 (13,7)	0,78	0,47-1,30	
Instituto	2 (0,7)	0 (0,0)	-	-	
Solo(a)	67 (24,1)	70 (22,8)	1,04	0,70-1,54	

Finalmente, se realizó el análisis multivariado en el que se incluyeron las variables que tuvieran un nivel de significancia por debajo de 0,25 y también las que a criterio del investigador se consideraron de valor clínico a la hora de analizar la patología dual. El análisis mostró que los factores asociados a la presencia de patología dual en esta muestra de pacientes de un centro de tratamiento en adicciones fueron: sexo femenino (OR = 2,23; IC 95 % [1,35-3,70]), estar desempleado (OR = 1,71; IC 95 % [1,05-2,76], dependencia a cannabis (OR = 2,00, IC 95 % [1,01-3,97]), heteroagresividad (OR = 1,62; IC 95 % [1,14-2,31]). Los resultados del análisis multivariado pueden verse en la tabla 4.

Tabla 4 - Análisis multivariado de factores asociados a patología dual en una unidad de adicciones en Colombia, 2020

Variable dependiente Patología Dual (Sí/No)	Odds Ratio	Error estándar	Prueba z	IC 95 %	Valor p
Edad (> 30 años)	0,82	0,155	-1,04	0,56-1,19	0,299
Sexo (Femenino)	2,23	0,57	3,13	1,35-3,70	0,002
Género (Heterosexual)	0,42	0,13	-2,60	0,22-0,81	0,009
Estado civil (Soltero/a)	1,32	0,32	1,15	0,82-2,13	0,248
Nivel educativo (Primaria/Sin educación)	1,04	0,19	0,23	0,72-1,49	0,821
Situación laboral (Desempleado)	1,71	0,41	2,19	1,05-2,76	0,028
Dependencia a cannabis	2,00	0,69	2,00	1,01-3,97	0,045
Dependencia a cocaína	0,65	0,17	-1,57	0,38-1,11	0,116
Conducta Suicida	1,63	0,40	1,98	1,00-2,66	0,048
Exposición previa situación de calle	1,07	0,19	0,42	0,75-1,54	0,677
Dinámica familiar (funcionalidad-disfuncionalidad)	1,11	0,22	0,53	0,74-1,66	0,594
Red de apoyo	0,85	0,23	-0,56	0,49-1,47	0,574
Antecedentes familiares de consumo de SPA	0,68	0,12	-2,15	0,47-0,96	0,032
Heteroagresividad	1,62	0,29	2,73	1,14-2,31	0,006

Discusión

Los resultados sobre prevalencia de patología dual difieren según el lugar donde fue realizado el estudio, población general, centros especializados en psiquiatría y centros de adicciones. Estos oscilan entre el 20 % y 50 % en población general y entre el 40 % y 80 % en población clínica.⁽²⁾



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

La prevalencia de patología dual en este estudio fue de un 47,53 %, encontrándose diferencias con relación a las reportadas en un estudio realizado en España, con una muestra de 400 pacientes, que reportó una prevalencia de 34 % distribuidos así: 36,78 % de los pacientes atendidos en los centros de drogas y 28,78 % de los pacientes atendidos en la red de salud mental.⁽²²⁾ Posteriormente, esos autores realizaron un segundo estudio, con una muestra de 837 pacientes de Madrid, con el objetivo de establecer las prevalencias y características de los pacientes con trastorno dual en redes de salud mental y de atención a drogodependientes, encontrando una prevalencia de 61,8 % pacientes con patología dual, de estos un 36,1 % en la red de salud mental y un 70,3 % en la red de drogas.⁽⁴⁾

En Ecuador se realizó un estudio en un centro de atención de adicciones, con una muestra de 133 pacientes y se reportó una prevalencia de patología dual del 74,4 %.⁽²³⁾

En Colombia, *Castaño Pérez y otros*⁽¹⁵⁾ realizaron un estudio sobre factores sociodemográficos y clínicos asociados con patología dual en un hospital psiquiátrico, y en una muestra de 201 pacientes encontraron una prevalencia de trastorno dual de 45,3 %, datos similares a lo hallado en este trabajo.

En una muestra de 415 personas del Departamento de Antioquía, Colombia, se encontró una prevalencia de trastorno dual del 7,2 %, una cifra baja, pero esperable por ser una investigación realizada en población general.⁽²⁴⁾

Torres de Galvis y otros,⁽¹³⁾ reportaron también en un estudio de fuentes secundarias, obtenidas de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares Colombia 2008, que contaba con 3896 adultos, entre 18-54 años, no institucionalizados y residentes en el área urbana, que el 76,9 % de las personas con trastorno bipolar, el 75 % de los trastornos de pánico y el 51,1 % de depresión, consumían droga. La prevalencia anual para abuso y dependencia de drogas en ese estudio fue del 0,8 %.

Finalmente, un informe del Ministerio de Salud Colombiano recabando datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO),⁽¹⁴⁾ reportó que entre los años 2008 y 2018 se atendieron en el sistema de salud 185 368 personas con diagnóstico de patología dual, de los cuales el 64,6 % eran hombres y el 35,4 % mujeres, entre 15-34 años, correspondiendo al 49,1 % de todas las personas atendidas en la serie. Las cifras presentadas están por encima de lo encontrado en este trabajo.

En relación a las características sociodemográficas de la muestra estudiada, nuestros hallazgos coinciden con lo reportado por otros autores.^(4,15,25) Se observa que la presencia de patología dual es más frecuente en hombres solteros, con edades comprendidas entre los 18-29 años, con estudios de primaria y secundaria y desempleados.⁽²⁶⁾

Los factores clínicos asociados a la patología dual, y en particular las conductas suicidas, encontrados en la presente investigación son similares a lo reportado por *Szerman Bolotner y otros*,⁽²⁵⁾ quienes refieren mayor riesgo de conducta suicida en estos



pacientes. Otros factores clínicos, como son los componentes familiares y red social de apoyo a los pacientes con patología dual, tienen resultados similares a los encontrados en diferentes artículos. Así, *Arias* y otros⁽⁴⁾ coinciden con nuestros resultados en que estos pacientes predominantemente conviven con sus familias; mientras que *Castaño Pérez* y otros⁽¹⁵⁾ reportan similitud con nuestros resultados en que la mayoría de las personas hospitalizadas en una unidad psiquiátrica, con patología dual, contaban con una red de apoyo social.

En cuanto a la funcionalidad familiar, nuestro estudio da cuenta de un alto número de pacientes con familias disfuncionales (76 %), comparado con el de *Castaño Pérez* y otros,⁽¹⁵⁾ quienes reportaron una disfuncionalidad de 29,7 %. Esto puede tener relación, con la muestra de donde se toma el estudio; en nuestro caso fue de un centro de tratamiento de adicciones y, en el de *Castaño Pérez*, de una unidad de salud mental. Al respecto, hay evidencias que dan cuenta que las familias disfuncionales están más presentes en sujetos consumidores de sustancias,⁽²⁷⁾ que en la de los enfermos mentales.⁽²⁸⁾

En lo referente a los días promedio de estancias, se reportó 10 días más para los pacientes con trastornos duales, en comparación con los que recibían tratamiento solo por el uso de sustancias, resultados similares a los de otros autores.^(29,30) Lo anterior podría explicarse por la mala evolución de estos pacientes durante el tratamiento.⁽³¹⁾

En nuestro estudio, los trastornos mentales más frecuentes asociados a la patología dual eran la esquizofrenia y otras psicosis (69,9 %), los que predominaron sobre las otras patologías mentales, mientras que para *Castaño Pérez* y otros⁽¹⁵⁾ las psicosis se encontraron en cifras menores (49,5 %).

En el consumo de drogas y los TUS en nuestro trabajo encontró que las más frecuentes eran la cocaína (68,1 %), cannabis (20,1 %), inhalantes (4,7 %) y alcohol (3,6 %). El policonsumo, estaba presente en el 95 % de los pacientes, resultado similar al de *Szerman Bolotner* y otros,⁽³²⁾ quienes publicaron en su estudio la cifra de 90,3 %. No obstante el estudio realizado en centros de tratamiento de adicciones encontró que los TUS que predominaron fueron el alcohol (38,25 %), la cocaína (39 %), los opioides (29,75 %) y el cannabis (12,25 %), datos muy distintos a los hallados en nuestro trabajo.

Las drogas de inicio de los pacientes con patología dual fueron: el cannabis (71,7 %), sustancias legales como el alcohol y el tabaco (15 %), cocaína y los inhalantes (4,7 % cada una). Mientras que, los pacientes con diagnóstico solo de TUS también se iniciaron con estas sustancias y en proporciones similares, sin encontrarse asociación estadística significativa. Estas variables no han sido reportadas en otros estudios.

En el análisis multivariado los factores con mayor significancia estadística en relación con la patología dual fueron: sexo femenino, situación laboral (desempleado), dependencia a cannabis y heteroagresividad, estos factores, también fueron referenciados por otros autores.^(15,33,34) En esos estudios se presentan variables asociadas a la patología dual con significación estadística como la conducta suicida,



exposición previa situación de calle y la dinámica familiar, que en nuestro trabajo no fueron relevantes, lo que puede deberse a las características de la muestra.

Como limitación del estudio se puede señalar la ausencia de una entrevista estructurada para el diagnóstico de patología dual, pues se tomaron los criterios del CIE-10 por separado, tanto del trastorno por uso de drogas como del trastorno mental. Como una limitante más se encuentra el sesgo de selección de la población estudiada, debido a que fueron tomados de una unidad de tratamiento en adicciones y, por tanto, los resultados deben ser analizados con cautela y solo ser comparados con estudios de muestras similares. Otra de las limitaciones es el carácter retrospectivo del estudio, ya que datos se obtuvieron de historias clínicas, por lo que es posible que el diagnóstico de patología dual se haya subestimado, teniendo en cuenta además que los diagnósticos surgen de la evaluación de diferentes clínicos cuya experiencia y formación puede limitar en cierta medida la calidad del dato.

Agradecimientos

Al Centro de Excelencia e Innovación TodoMed, CEIT; Gerardo Jesús Martínez Valera, Juan Jacobo Morales; José Henry Acero Henao.

Se agradece a TodoMed IPS. por permitir el acceso a las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en la unidad de adicciones.

Referencias bibliográficas

1. Drake RE, Wallach MA. Diagnosis 15 Years of Progress. *Psychiatric Services*. 2000 [acceso: 20/7/2020] 51(9):1126-9. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.51.9.1126>
2. Rockville (MD) Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2005 [acceso: 20/7/2020] (SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/>
3. Torrens M. Patología dual situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. 2008 [acceso: 28/8/2021]; 20(4):315. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255/244>
4. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, *et al.* Estudio Madrid



- sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013 [acceso: 10/6/2020]; 25(2):118. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/59>
5. Marín R, Szerman N. Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*. 2015 [acceso: 20/7/2020]; 38(6):395-6. Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2015.060
 6. King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Brooner RK. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis*. 2000;19(4) 65-83. DOI: [10.1300/j069v19n04_07](https://doi.org/10.1300/j069v19n04_07)
 7. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, *et al*. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*. 2001;91(1):31-7. DOI: [10.2105/ajph.91.1.31](https://doi.org/10.2105/ajph.91.1.31)
 8. Abram KM, Teplin LA. Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *Am Psychol*. 1991;46(10):1036-45. DOI: [10.1037/0003-066x.46.10.1036](https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.10.1036)
 9. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, MacDonald T. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182(12):704-8. DOI: [10.1097/00005053-199412000-00005](https://doi.org/10.1097/00005053-199412000-00005)
 10. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD000384. DOI: [10.1002/14651858.CD000384.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000384.pub3)
 11. Szerman N, Martinez J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, *et al*. Rethinking Dual Disorders/Pathology: Addict Disord Their Treat. 2013; [acceso: 19/7/2020]; 12(1):1-10. Disponible en: <http://journals.lww.com/00132576-201303000-00001>
 12. Castaño G. A. Sierra G. M. Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016 [acceso: 10/6/2020]; 45(2):108-17. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745015001353>
 13. Torres de Galvis YT, Villa JP, Silva JB, Fernández D. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010 [acceso: 22/7/2020]; 39:145-355. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745014602651>



14. Colombia. Ministerio de Salud. Patología dual en Colombia. Boletín de salud mental. 2018 [acceso: 10/6/2020]; 7. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin7-salud-mental-patologia-dual-versionf.pdf>
15. Castaño GA, Rojas LA, Bareño J, Sierra GM. Sociodemographic and clinical factors associated with dual disorders in a psychiatric hospital. Salud Ment. 2017 [acceso: 2/2/2021]; 40(6):279-90. Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2017.036
16. Flórez J, Salazar D. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009 [acceso: 22/7/2020]; 38(1):34. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615419011.pdf>
17. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 2018. 4ª ed; 2016: 306-67.
18. Costa D, González ML, del Arca D, Masjuan N, Olson DH. Propiedades psicométricas del FACES IV: estudio de validez en población uruguaya. Cienc Psicológicas. 2013 [acceso: 11/7/2021]; 7(2):119-32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212013000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Cogollo Z, Gómez E, Arco O, Ruiz I, Campo A. Association between Family Dysfunction and Clinically Important Depressive Symptoms among Students of Cartagena, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2009 [acceso: 11/7/2021]; 38:637-44. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/317511743_Association_between_Family_Dysfunction_and_Clinically_Important_Depressive_Symptoms_among_Students_of_Cartagena_Colombia
20. Manterola DC, Pineda NV. El valor de «p» y la «significación estadística»: Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. Rev Chil Cir. 2008 [acceso: 13/8/2021]; 60(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
21. Gómez C., Benavides M. O. Metodología y lectura crítica de estudios Factores de confusión. Rev Colomb Psiquiatr. 2006 [acceso: 11/7/2021]; (2):8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80635209.pdf>
22. Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Mesías B, Basurte Villamor I, *et al.* Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Adicciones. 2011 [acceso: 10/6/2020]; 23(3):249.



Disponible en:
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/149>

23. Ordóñez JM, Ojeda MR, Aguilera JF, León LM, Astudillo KA, Rosales AG, *et al.* Prevalencia de patología dual en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA). Cuenca, abril-diciembre 2016. Rev Fac Cienc Médicas Univ Cuenca. 2019 [acceso: 22/7/2020]; 37(2):31-9. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2776>
24. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, *et al.* Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. Subst Use Misuse. 2012;47(4):383-9. PMID: [22217297](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22217297/)
25. Calvo F, Fitzpatrick S, Fàbregas C, Carbonell X, Cohort Group, Turró-Garriga O. Individuals experiencing chronic homelessness: A 10-year follow-up of a cohort in Spain. Health and Social Care. 2020;28(5):1787-94. DOI: [10.1111/hsc.13005](https://doi.org/10.1111/hsc.13005)
26. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. Schizophr Bull. 2000;26(1):105-18. PMID: [10755672](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10755672/)
27. Villarreal ME, Sánchez JC, Musitu G, Varela R. El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. Psychosoc Interv. 2010 [acceso: 12/2/2021]; 19(3):253-64. Disponible en: <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=716e1b8c6cd17b771da77391355749f3>
28. Casanova L, Rascón ML, Alcántara H, Soriano A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Ment. 2014 [acceso: 12/2/2021]; 37(5):443. Disponible en: http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2014.052
29. 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 [acceso: 9/2/2021]; 7(1):79-97. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0899328995903070>
30. Barea J, Benito A, Mateu C, Martín E, López N, Haro G. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. Adicciones. 2010;22(1):15-24. PMID: [20300710](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20300710/)
31. Casas M, Franco MD, Goikolea JM, Jiménez MA, Martínez J, Roncero C, *et al.* Bipolar disorder associated to substance use disorders (dual diagnosis). Systematic review of the scientific evidence and expert consensus. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(6):350-61. PMID: [18803031](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18803031/)



32. Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Zarate R, Fox L, Feldman J, *et al.* Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. *Addict Behav.* 2009;34(10):867-77. DOI: [10.1016/j.addbeh.2009.03.025](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.025)
33. Pereiro C, Pino CJ, Flórez G, Arrojo M, Becoña E, Grupo COPSIAD. Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. 2013;8(6):e66451. PMID: [PMC3688915](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23688915/)

Financiamiento

Este estudio fue financiado por TodoMed IPS., Colombia, empresa privada líder en prestación de servicios de salud para pacientes con diagnóstico de trastornos por uso de sustancias y/o patología dual, VIH y manejo de patologías crónicas. F fue realizado como trabajo de grado de la Maestría en Drogodependencias de la Universidad CES.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.