

¿Qué es la Patología Dual?

Alteraciones de conducta y abuso de sustancias

G Rubio

Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de psiquiatría.
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

La relación entre el uso de drogas y los trastornos psiquiátricos es muy estrecha. El consumo de drogas suele producir trastornos psiquiátricos, y bastantes sujetos con trastornos emocionales utilizan las drogas para mitigar determinados estados emocionales. En otros casos, los fenómenos relacionados con la acción tóxica de las drogas en el organismo, son los elementos causales de trastornos como la intoxicación, el síndrome de abstinencia o el delirium. Por último, la evolución de la propia dependencia, con las complicaciones físicas, psicológicas y sociales, puede cristalizar en trastornos psiquiátricos como las depresiones.

El problema de la patología psiquiátrica asociada al uso de sustancias es distinguir cuando está relacionada con la ingesta o con la abstinencia, y cuando se trata de trastornos independientes. Es decir, diferenciar los trastornos inducidos por la intoxicación, aguda o crónica, o por la abstinencia, de la auténtica comorbilidad. El término de comorbilidad psiquiátrica indica que existe una cierta asociación entre los trastornos psiquiátricos y los problemas por el uso de drogas. En ese sentido se señalan los trastornos que suelen preceder a la dependencia, los que pueden darse consecutivamente o aparecer durante la evolución de la dependencia. Cuando se habla de patología dual se quiere hacer especial hincapié en que los dos tipos de trastornos están presentes, de forma independiente (no son inducidos por la sustancia) en el momento de hacer el diagnóstico clínico.

2. PREVALENCIA

Diferentes estudios, ya sea en población clínica o en población general, han puesto de relevancia la ele-

vada comorbilidad de los trastornos depresivos de ansiedad y de personalidad entre los consumidores de drogas. A los médicos y profesionales que trabajan en el área penitenciaria, la relación que más puede interesarles es la debida a los trastornos de personalidad, ya que de forma directa se asocian con los trastornos de conducta (conductas impulsivas y agresivas).

El estudio epidemiológico ECA (Epidemiologic Catchment Area, Regier et al., 1990), utilizando criterios DSM-III establecía que el trastorno de la personalidad antisocial estaba presente en el 15-25% de los sujetos con abuso o dependencia de alcohol, mientras que en individuos con dicho trastorno de personalidad, el 50-70% presentaban un diagnóstico adicional de abuso o dependencia de alcohol (ECA, 1990). Los estudios clínicos llevados a cabo en dependientes del alcohol también ha mostrado elevadas tasas de comorbilidad, estimándose que el 18% presentan un diagnóstico adicional de Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) y el 21% de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Entre pacientes dependientes de opiáceos, se considera que el 24% presenta un TPA y el 17% de TLP. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón de conducta donde son frecuentes la inestabilidad del humor, de las relaciones interpersonales y de la autoimagen. Los síntomas que suelen presentar estos pacientes se agrupan en tres grupos: impulsivos, afectivos y psicóticos. Se estima que el 50% de estos pacientes tienen trastornos por uso de sustancias. El trastorno de la personalidad antisocial se caracteriza por agresividad, impulsividad, incapacidad para adaptarse a las normas sociales y despreocupación por la seguridad de los otros. Entre el 20-50% de los sujetos con TPA tienen trastorno de abuso de drogas.

Un problema añadido en este área de estudio lo constituye la dificultad diagnóstica de los trastornos

de personalidad y de los trastornos esquizofrénicos en sujetos que abusan de drogas. Esta dificultad procede del hecho de que determinadas conductas propias de los pacientes diagnosticados de trastornos de la personalidad o de esquizofrenia, son también muy frecuentes entre quienes consumen drogas. De ahí que en muchas ocasiones sea la evolución del trastorno en ausencia del consumo de drogas, la principal herramienta diagnóstica.

A la dificultad para el diagnóstico se añade el problema del manejo clínico de estos pacientes. Dos de los síntomas que mayor alarma crean en los clínicos y en las familias de los sujetos dependientes de drogas son los actos violentos y los síntomas psicóticos. Las conductas agresivas son violentas, son tributarias de los trastornos de personalidad, especialmente del antisocial y del límite, así como de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia. Los síntomas psicóticos, también suelen aparecer en individuos diagnosticados de esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, esquizofreniformes y trastorno límite de la personalidad (TLP). Ambos síntomas también pueden presentarse en otros trastornos psicóticos inducidos por las drogas, ya sea durante la intoxicación o durante los síndromes de abstinencia.

Por lo tanto, la realidad con la que se enfrenta el clínico que trata a pacientes con abuso de sustancias es, por un lado, con una serie de síntomas que generan gran alarma en el propio paciente, en sus familias y en el equipo terapéutico; y de otro, las dificultades diagnósticas y de manejo clínico, es decir, de un tratamiento eficaz para paliar dichos síntomas.

3. FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Los síntomas psiquiátricos que aparecen al inicio del tratamiento de la dependencia suelen estar relacionados con los efectos tóxicos de las drogas y con el síndrome de abstinencia, así como con las acciones de otras drogas o fármacos que el sujeto estuviera tomando. Dichos factores pueden interaccionar junto con la droga de abuso de forma multivariable. Es decir, que los efectos directos del consumo de la droga y los indirectos, debidos a las consecuencias de la conducta adictiva se agregan e influyen en la salud mental del paciente que acaba padeciendo distintos trastornos mentales.

Se han postulado diversas teorías sobre una posible relación entre los trastornos por uso de sustan-

cias y los trastornos psiquiátricos comórbidos. La *teoría de la neurotoxicidad* propone que los trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia de los efectos tóxicos, directos e indirectos, de la droga sobre el sistema nervioso central. Las disfunciones a largo plazo de sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico, gabaérgico y noradrenérgico, pueden explicar la elevada frecuencia de trastornos de ansiedad de los dependientes de drogas, especialmente de los trastornos inducidos. Esos mismos sistemas junto a la disfunción dopaminérgica se han relacionado también con la sintomatología depresiva. Los efectos de sustancias como el etanol sobre la absorción y metabolización de principios vitamínicos se han propuesto como factores etiológicos del síndrome de Wernicke-Korsakoff y de la demencia alcohólica. Si bien es cierto que esta teoría explica bastante bien los trastornos inducidos y los que aparecen durante la evolución de la dependencia, no ofrece, por el contrario, explicación sobre la presencia de los trastornos psiquiátricos que preceden a la dependencia.

La *teoría de la automedicación* explica el mayor riesgo de determinados pacientes al uso de drogas. Según esta hipótesis, los pacientes tributarios de determinados síntomas psiquiátricos que se ven aliviados por el uso de distintas drogas, tendrían más riesgo para desarrollar dependencia de éstas. De hecho, determinados sujetos diagnosticados de trastorno de angustia, o de fobias sociales utilizan el alcohol para disminuir dichos síntomas. También es posible que los individuos diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad elijan el alcohol, la cocaína o la heroína, para mitigar determinados síntomas disfóricos, al igual que algunos depresivos. El gran problema de esta teoría es que no explica adecuadamente la continuidad en el consumo.

Es poco probable que una sola teoría (neurotoxicidad o automedicación) pueda explicar todos y cada uno de los trastornos psiquiátricos presentes en los dependientes del alcohol, de ahí la importancia de intentar conjugarlas a la hora de diseñar las estrategias de intervención.

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA EN PACIENTES QUE ABUSAN DE SUSTANCIAS

No hay duda de que los neurolépticos constituyen el tratamiento de elección de los síntomas psicóticos. Con relación a las conductas agresivas, se utilizan distintas estrategias: a) los neurolépticos por su capaci-

dad de disminuir la transmisión dopaminérgica; b) las drogas con capacidad de actuar sobre el sistema serotoninérgico como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o los agonistas del receptor 5-HT-1 (buspirona y eltoprazina); c) las que disminuyen la actividad noradrenérgica como los betabloqueantes y la clonidina.

Los neurolépticos también son muy utilizados en el manejo de los síntomas de violencia en pacientes con trastornos de personalidad, ya sea trastorno límite o antisocial, o esquizofrénicos. Hay evidencias de que los antipsicóticos atípicos (risperidona y olanzapina) son más eficaces que los clásicos en el tratamiento de la agresividad de los sujetos esquizofrénicos.

La risperidona se ha mostrado más eficaz que el haloperidol y que el placebo en el control de los síntomas agresivos en un estudio multicéntrico, prospectivo y controlado. Otros trabajos menos sofisti-

cados también han encontrado dicho efecto. En 60 sujetos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad tratados con risperidona y seguidos durante un año, se redujeron los síntomas psicóticos (58%), las conductas impulsivas (41%) y el consumo de drogas (66%). Es posible que la afinidad por los receptores 5-HT-2 explique su mayor eficacia frente a los neurolépticos clásicos.

Los neurolépticos tradicionales como el haloperidol o la tioridacina pueden incrementar las conductas agresivas por diferentes mecanismos: incremento de síntomas extrapiramidales como la acatisia, disminución del rendimiento cognitivo y la falta del cumplimiento terapéutico. De otro lado, fármacos tan habituales como las benzodiazepinas suelen producir, en sujetos con trastorno límite de la personalidad, reacciones paradójicas como el descontrol de impulsos en el 10-58% de los tratados.