

## Perspectivas sobre la comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y trastornos psiquiátricos

La investigación ha demostrado que la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos tiene una alta prevalencia en la población general, con consecuencias clínicas importantes. La elevada frecuencia de comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos puede deberse a que los síntomas entre los diagnósticos se traslapan, a una vulnerabilidad individual compartida de tener ambos trastornos, al efecto de un trastorno sobre el curso de otro o a un intento de automedicarse ante las manifestaciones clínicas de un trastorno psiquiátrico (1,2).

Los trastornos por uso de sustancias pueden afectar el inicio y el desenlace de otros trastornos psiquiátricos y, a su vez, los trastornos psiquiátricos pueden agravar los trastornos por uso de sustancias. Lo que sigue es un análisis breve de la epidemiología de la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y los psiquiátricos, los efectos clínicos que un grupo de trastornos pueden producir en los otros y algunas estrategias terapéuticas para manejar a los pacientes con doble diagnóstico.

En múltiples estudios epidemiológicos realizados en muchos países se ha evaluado la presencia de trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. Entre los estudios importantes en Estados Unidos se encuentran “Epidemiologic Catchment Area” (ECA), “National Comorbidity Survey” (NCS) y “National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions” (NESARC) (1,3-5).

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud finalizó la Encuesta Mundial de la Salud Mental, llevada a cabo en más de 24 países alrededor del mundo, con una muestra de más de 200.000 entrevistas. Esta iniciativa ha producido una cantidad de datos sin precedentes, los cuales no solamente serán de información para los países participantes, sino que también harán posible la validación entre otras naciones de los resultados sobre la prevalencia y los factores de riesgo de los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos a escala global (6).

Las encuestas de epidemiología psiquiátrica han mostrado un nivel significativo de congruencia en sus resultados y han sido confirmadas en muestras clínicas y observaciones suministradas por los clínicos. Además, algunas condiciones comórbidas responden a un tratamiento específico, en particular las farmacoterapias, y algunas de estas condiciones han estado asociadas con cambios moleculares y neuropsicológicos en el cerebro.

Los resultados de los tres estudios realizados en Estados Unidos concuerdan en mostrar que los trastornos por uso de sustancias son altamente comórbidos con trastornos de personalidad antisocial, trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad. Además, la asociación entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es más alta en los individuos con diagnósticos de dependencia, que de abuso de sustancias.

Entre los trastornos de ansiedad y del ánimo, la asociación con los trastornos por uso de sustancias es más elevada para el trastorno bipolar, la manía y la agorafobia. En relación con el trastorno de personalidad antisocial, éste es el más altamente relacionado con los trastornos por uso de sustancias. Hay informes que indican que la probabilidad de tener este trastorno entre los individuos con diagnóstico de dependencia de sustancias es entre 14 y 16 veces más alta que entre la población general. En contraste, para otros trastornos, como la depresión, la razón de probabilidad está entre 3,0 y 5,0, y para los trastornos de ansiedad, entre 2,4 y 5,0 (7). Por lo tanto, existen algunos patrones de condiciones comórbidas que están asociados con mayor frecuencia y pueden conllevar diferente peso como factores de riesgo en relación con otros trastornos.

Se han propuesto varias hipótesis para explicar la asociación entre algunos trastornos por uso de sustancias y trastornos psiquiátricos. En algunos casos se ha sugerido que la comorbilidad puede deberse que los síntomas entre los diagnósticos se traslapan (por ejemplo, dependencia de la heroína y trastorno de personalidad antisocial), a una vulnerabilidad individual compartida de tener ambos trastornos (por ejemplo, dependencia de la nicotina y esquizofrenia), al efecto de un trastorno sobre el curso de otro, o una tentativa de automedicarse con drogas ante las manifestaciones clínicas de un trastorno psiquiátrico (por ejemplo, abuso de estimulantes y depresión) (2,8-10).

Tal vez exista una combinación de factores. Por ejemplo, en el caso de la dependencia de la nicotina y la esquizofrenia, el fumar puede ser una forma de romper la monotonía asociada con este trastorno, lograr contacto social, experimentar algún placer, automedicarse ante algunos

de los síntomas de la esquizofrenia o de los efectos secundarios del medicamento antipsicótico o hacer frente a la abstinencia de la nicotina. Además, entre los individuos con esquizofrenia el hecho de fumar mejora las mediciones de las pruebas neuropsicológicas y psicofisiológicas, como atención y vigilancia, organización espacial, memoria viso-espacial, potenciales auditivos evocados P50, filtro auditivo-sensorial, inhibición pre-pulso (PPI), movimiento ocular antisacádico y de seguimiento lento. Estas observaciones clínicas asociadas con los importantes hallazgos genéticos en los receptores nicotínicos han ayudado enormemente a entender la naturaleza multifactorial de esta comorbilidad (11).

El impacto clínico de la comorbilidad sobre el desenlace de cada trastorno es sustancial. En general, un número mayor de trastornos concurrentes empeora el resultado terapéutico y pronóstico de los trastornos. Los trastornos comórbidos por uso de drogas pueden aumentar la carga de las enfermedades psiquiátricas, la frecuencia de hospitalizaciones (efecto de “puerta giratoria”) y el riesgo de otras consecuencias médicas y psicosociales, incluyendo el suicidio; además, hacen más difícil el tratamiento.

El impacto de estos trastornos sobre el curso de otros trastornos psiquiátricos puede variar dependiendo del tipo de droga de la que se ha abusado, la vía de administración, la gravedad de la adicción y la presencia de dependencia física. De modo similar, los trastornos psiquiátricos pueden impactar el resultado del trastorno por uso de sustancias, dependiendo de la gravedad del trastorno, el grado de deterioro cognitivo y la disponibilidad de recursos internos para desarrollar la motivación de dejar el abuso. Además, las combinaciones de trastornos pueden crear nuevos patrones de manifestaciones comportamentales y emocionales de los trastornos individuales. Algunas de las sustancias con las cuales se abusa pueden causar depresión, ansiedad, manía, delirio o síntomas que pueden asemejar un trastorno bipolar, de ansiedad o psicótico (12-15).

Hay una controversia de larga data sobre la forma de tratar a los pacientes con trastornos por uso de sustancias concurrentes con otros trastornos psiquiátricos. ¿Habría que tratar los trastornos psiquiátricos en el marco de un tratamiento en curso por abuso de sustancias? ¿Habría que tratar el abuso de sustancias en el marco psiquiátrico? Las recomendaciones recientes sugieren que el abuso de sustancias no debe ser una barrera para el tratamiento de trastornos psiquiátrico y viceversa. Se ha sugerido que los enfoques de “tratamiento integrado”, que ofrecen una mezcla flexible de tratamiento psiquiátrico y terapia para la adicción, podrían ejercer el mejor efecto terapéutico.

Sin embargo, puesto que algunas comorbilidades pueden ser el resultado de trastornos inducidos tanto por drogas como por abstinencia, no hay consenso acerca de si es necesario esperar para descartar el trastorno psiquiátrico primario o secundario antes de iniciar el tratamiento. El plan terapéutico para los pacientes con trastornos comórbidos debería incluir una estrategia integral para manejar los problemas psiquiátricos, los trastornos por uso de sustancias y sus interacciones. Intervenciones como la entrevista motivacional, la terapia para mejorar la motivación, el manejo de contingencia y la prevención de recaída pueden ayudar a mejorar el estado psiquiátrico y, así mismo, contribuir a iniciar la abstinencia de la droga o prevenir una recaída en su uso. Aun cuando no se pueda lograr la abstinencia durante el tratamiento, ésta debe ser la meta fundamental. Mientras tanto, se puede enfocar la terapia en desarrollar una alianza terapéutica, promover la adhesión al tratamiento, desarrollar el apoyo familiar y social, reducir el uso de las drogas, prevenir las consecuencias de su uso y mejorar el estado de salud mental del paciente (16-21).

El tratamiento de los trastornos por uso de sustancias y de los trastornos psiquiátricos puede constituir un reto para el clínico y el sistema de salud. Los individuos con estos trastornos requieren una evaluación cuidadosa de los síntomas de cada trastorno, y con base en ésta hay que trazar un plan de tratamiento integral que sopesa claramente los riesgos y los beneficios de cada intervención. Dado que las necesidades de tratamiento se manejan por medio de múltiples sistemas de atención, son necesarios los esfuerzos coordinados para desarrollar una integración verdadera de servicios, con el fin de vencer las barreras existentes y brindar una atención adecuada a esta población en riesgo.

*Iván D. Montoya, M. D., M. P. H.  
Director clínico  
Pharmacotherapies and Medical Consequences Grants  
National Institute on Drug Abuse  
National Institutes on Health  
Bethesda, Maryland, Estados Unidos  
imontoya@mail.nih.gov*

## Referencias

1. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. In: Tsuang M, Tohen M, Zahner G, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley-Liss, 1995: 179-97.

2. Montoya ID, Svikis D, Marcus SC, Suárez A, Tanielian T, Pincus HA. Psychiatric care of patients with depression and comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(9):698-705.
3. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-42.
4. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(5):566-576.
5. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety*. Epub 2007 May 31.
6. Kosten TR, Kleber HD, Morgan C. Role of opioid antagonists in treating intravenous cocaine abuse. *Life Sci*. 1989;44(13):887-92.
7. Conway K, Montoya ID, Compton W. Lifetime psychiatric comorbidity of illicit drug use disorders. *Psychiatric Times*. 2007;22-5.
8. Lehman AF, Myers CP, Corty E, Thompson J. Severity of substance use disorders among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182(3):164-7.
9. Lehman AF, Myers CP, Dixon LB, Johnson JL. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184(4):228-33.
10. Levin FR, Hennessy G. Bipolar disorder and substance abuse. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):738-48.
11. Montoya ID, Vocci F. Pharmacotherapy of nicotine dependence in patients with schizophrenia. *J Dual Diag*. In press 2007.
12. Green AI, Salomon MS, Brenner MJ, Rawlins K. Treatment of schizophrenia and comorbid substance use disorder. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord* 2002; 1(2):129-39.
13. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA*. 2004;291(15):1887-96.
14. Riggs PD. Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37(3):331-2.
15. Svikis DS, Zarin DA, Tanielian T, Pincus HA. Alcohol abuse and dependence in a national sample of psychiatric patients. *J Stud Alcohol*. 2000;61(3):427-30.
16. Brady KT, Sonne S, Lydiard RB. Treatment and research issues: bipolar affective disorder and substance abuse. *J S C Med Assoc*. 1993;89(10):490-3.
17. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis*. 1997; 185(5):298-305.
18. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):105-18.
19. Ziedonis D, Brady K. Dual diagnosis in primary care. Detecting and treating both the addiction and mental illness. *Med Clin North Am*. 1997;81(4):1017-36.
20. Ziedonis DM. Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectr*. 2004; 9(12):892-904, 925.
21. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, Henry RJ, et al. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatr Pract*. 2005;11(5):315-39.