

Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica

Juan Francisco Gálvez Flórez¹
David Andrés Rincón Salazar²

Resumen

Introducción: La coexistencia de trastornos psiquiátricos con abuso/dependencia al tabaco, alcohol y sustancias ilícitas es un problema de salud pública en el mundo. Esto ha generado grandes retos diagnósticos en situaciones clínicas donde tienden a sobreponerse ambas condiciones psicopatológicas y que oscurecen el panorama de intervención terapéutica. *Objetivos:* Fomentar e implementar un adecuado diagnóstico de la patología dual en Colombia, a fin de encaminar al paciente por el tratamiento correcto en su proceso de rehabilitación. *Método:* Se buscó la literatura biomédica en los servidores de Medline, OVID, Proquest, Scielo y EMBASE, cruzando la expresión del MeSH *diagnóstico dual con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, tabacco y epidemiología*, delimitando los resultados a los estudios clínicos, revisiones sistemáticas o metanálisis publicados en español o inglés en los últimos 25 años en la población farmacodependiente adulta. *Resultados:* Se encontraron 209 estudios que cumplieran con los criterios de inclusión, de los cuales, de acuerdo con su resumen, se seleccionaron los 100 más relevantes. *Conclusiones:* La implementación rigurosa de estas guías diagnósticas debe encaminar al especialista en contacto con la población farmacodependiente a realizar el diagnóstico dual de forma más frecuente y certera, para que los pacientes obtengan mejores resultados y beneficios a largo plazo.

Palabras clave: diagnóstico dual, trastornos relacionados con sustancias, tabaco, epidemiología.

Title: Clinical Management of Dually Diagnosed Patients. Diagnostic Evaluation of Drug Abuse and Dependence in Patients with Psychiatric Comorbidities

¹ Médico psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Especialista en Psiquiatría de Enlace, Pontificia Universidad Javeriana. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana. Asesor científico y director de Investigación del Instituto Especializado en Salud Mental, Clínica El Prado, Armenia, Colombia.

² Médico psiquiatra, Universidad Javeriana. Miembro del Instituto Especializado en Salud Mental, Clínica El Prado, Armenia, Colombia.

Abstract

Introduction: Dually Diagnosed Patients with major psychiatric disorders are considered an important public health issue worldwide.

Objective: Our main goal was to establish practical guidelines for psychiatrists in charge of the treatment of dually diagnosed patients.

Method: We searched the Biomedical Literature in Medline, OVID, Proquest, Scielo, and EMBASE for articles matching the Medical Subjects headings (MeSH) "Dual Diagnosis" with "Substance Related Disorders", "Tobacco", and "Epidemiology", limiting the results only to clinical trials, systematic reviews and meta-analysis published in the last 25 years in the adult addicted population. *Results:* We found 209 articles that met the initial inclusion criteria for the development of our clinical guidelines for dually diagnosed patients. All abstracts were carefully revised, and only 100 of the 209 articles were selected to be included in the main framework, based on their methodology and clinical significance of their results. *Conclusions:* Making a precise and accurate diagnosis of dual pathology in psychiatry should be the main goal of everyone involved in the care of patients with tobacco, substance and alcohol-related disorders. Due to the complexity of dual diagnosis, every patient with substance abuse and alcohol-related problems should received an adequate and structured screening during his initial clinical evaluation.

Key words: diagnosis, dual; substance-related disorders; tobacco; epidemiology.

Introducción al diagnóstico dual en psiquiatría

La coexistencia de algunos trastornos psiquiátricos con el abuso/dependencia al alcohol, tabaco y sustancias ilícitas es un problema de salud pública mundial. Los estudios poblacionales hechos en Estados Unidos han reportado historias de consumo

de sustancias en aproximadamente un 50% de los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores, como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar (TAB), mientras el 75% de los pacientes alcohólicos tienen historia de trastorno mental (1-3).

Un estudio epidemiológico demostró que el trastorno depresivo mayor (TDM), la esquizofrenia y el TAB son las patologías psiquiátricas con mayor asociación con el consumo de sustancias en su curso longitudinal, lo que incrementa de forma proporcional el tiempo, los espacios y los costos de la atención psiquiátrica ofrecida a estos pacientes (3,4).

Definición del diagnóstico dual

La relación existente entre los trastornos relacionados con sustancias y el resto de los trastornos psiquiátricos es compleja y diversificada. Según Meyer (5), se puede manifestar en cualquiera de los siguientes escenarios clínicos:

- El trastorno psiquiátrico y el trastorno relacionado con sustancias pueden confluir por coincidencia.
- El trastorno relacionado con sustancias puede despertar vulnerabilidades, producir síntomas psiquiátricos o empeorar patologías subyacentes.
- El trastorno psiquiátrico puede despertar vulnerabilidades, producir o agravar un trastorno relacionado con sustancias.
- Ambos trastornos pueden ser producidos por una tercera condición orgánica de base.

- La utilización o abstinencia a una sustancia es capaz de producir síntomas indistinguibles de aquellos que corresponden a algunos trastornos psiquiátricos.

Cabe aclarar que en cada individuo afectado por una patología dual es probable que varios de los mecanismos asociados con la presencia de comorbilidad diagnóstica puedan estar involucrados simultáneamente (5). El abuso y dependencia de sustancias ilícitas ha demostrado causar grandes cambios en la neurotransmisión central, involucrados en la génesis y mantenimiento de los trastornos mentales (6).

Los fenómenos apoptóticos tempranos, así como la exocitosis promovida por los daños microvasculares, asociados con el consumo crónico despiertan vulnerabilidades latentes a partir de las adaptaciones subsecuentes funcionales y estructurales que se producen en diferentes regiones cerebrales implicadas en estos trastornos. En la actualidad, la recomendación es procurar observar los fenómenos clínicos durante un período de abstinencia mínimo de cuatro semanas, con el fin de poder determinar cuál de los modelos de diagnóstico dual cobija a nuestro paciente (7,8).

Una historia familiar de trastornos mentales, una asociación temporal que evidencie un inicio en el consumo de sustancias previo a desarrollar sintomatología psiquiátrica y la persistencia de los síntomas a pesar de un período prolongado de abstinencia confirmada permiten al

clínico inclinar la balanza hacia la presencia de un trastorno psiquiátrico de base, relacionado con el consumo de sustancias (9).

Nicotina, abuso de sustancias y trastornos mentales graves

A pesar de que la nicotina es la sustancia de abuso más utilizada por los pacientes con enfermedades mentales graves, los estudios descritos no tomaron en cuenta la adicción a la nicotina como una comorbilidad en el paciente psiquiátrico (1-4). Existen datos suficientes para describir una asociación significativa entre índices altos de consumo de tabaco, dificultades para disminuir la cantidad consumida, lograr mantenerse abstemio por tiempos prolongados y la presencia de un trastorno afectivo o fenómenos psicóticos en el adicto (10-12). Por lo tanto, la dependencia a la nicotina debe considerarse como un factor de riesgo modificable relacionado con la presencia, desarrollo y curso de trastornos mentales graves (13).

Campos y cols. (13) llevaron a cabo un estudio metanalítico que incluyó sólo los 13 artículos de mejor metodología y encontró prevalencias en el rango del 14% al 97% en las muestras clínicas de pacientes hospitalizados o ambulatorios con patologías mentales graves seleccionadas en los ensayos clínicos. Ellos reportaron mayores tasas de tabaquismo en la población masculina, lo que muestra relaciones entre el consumo de sustancias ilícitas y la

presencia de síntomas psicóticos, independiente de su naturaleza fenomenológica.

Por lo tanto, se requiere un enfoque distinto e innovador por parte del cuerpo médico entrenado para la atención de estos pacientes con patología dual, alejado de las campañas dirigidas a la población general, que han demostrado pocos e irrelevantes efectos en los enfermos mentales con adicción al tabaco (14).

Los estudios controlados con adecuadas muestras han evidenciado de forma sistemática un incremento significativo del consumo de tabaco en personas esquizofrénicas (15). El aumento de la prevalencia puede explicarse por un incremento en el inicio del consumo en pacientes psicóticos, la imposibilidad de abstenerse de fumar por parte de aquellos que fumaban antes de enfermarse o el desarrollo de la adicción en el curso de la enfermedad (16,17).

A pesar de que existen claras diferencias con respecto al consumo de nicotina entre pacientes psicóticos y con trastornos afectivos, las tasas de consumo de sustancias de abuso parecen equipararse en estudios realizados recientemente (18). Cuando enfrentamos un paciente con patología dual, la asociación entre estas dos entidades clínicas se torna muy compleja, ya que aumenta la morbilidad y disminuyen las posibilidades de recuperación del paciente (19-21).

En general, la patología dual tiende a estar relacionada con actos delincuenciales y con la presencia

de una mayor cantidad de problemas del comportamiento a temprana edad (21). Esto ha llevado a que muchos grupos de trabajo consideren la adicción tanto a la nicotina como a otras sustancias, a temprana edad, marcadores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales posteriores (22).

Las guías actuales recomiendan el manejo de ambas patologías de forma simultánea a partir de un abordaje integrativo, donde un mismo equipo terapéutico interdisciplinario se encargue del cuidado y la atención del paciente durante la hospitalización y el desarrollo del programa (23-28). Se considera prudente realizar intervenciones combinadas que incluyan estrategias psicofarmacológicas, así como programas psicosociales y psicoterapéuticos.

No existen hallazgos suficientes de la efectividad de las medidas terapéuticas para cesar el consumo de cigarrillo en pacientes con patologías mentales graves (29). Extrapolar los pocos estudios positivos que demuestran un efecto modesto de algunos antidepresivos y las terapias de sustitución en la población general es totalmente infructuoso. Los pocos estudios para el manejo de pacientes psicóticos con abuso y dependencia a la nicotina han concluido que las intervenciones carecen de efectividad.

Un estudio naturalístico retrospectivo llevado a cabo por el grupo de José De León en la Universidad de Kentucky, en colaboración con

la Universidad Nacional de Colombia-sede en Medellín, demostró que tener un trastorno mental grave se asociaba con mayores tasas de consumo diario de cigarrillo (17, 18). También concluyó que el hábito de fumar, especialmente en la población masculina, se relaciona con mayor consumo de sustancias ilícitas y alcohol en el curso del trastorno psiquiátrico.

Complicaciones médicas como la dislipidemia, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad, relacionadas con el síndrome metabólico, fueron las variables más claramente asociadas con poder abstenerse de consumir sustancias. Sin embargo, el mantenerse adherido a la terapia psicofarmacológica para la enfermedad psiquiátrica de base parece influir de forma positiva en la posibilidad de cesar el consumo de cigarrillo y sustancias en el largo plazo.

Los pacientes con los cuadros clínicos de menor gravedad, así como la población femenina, parecen beneficiarse más de los tratamientos psicofarmacológicos/psicosociales, en términos de abstenerse de consumir sustancias. Mientras alrededor del 50% de los pacientes mentales que consumen sustancias ilícitas logran abstenerse, sólo un 10% pueden dejar de fumar.

En pacientes esquizofrénicos, tener más de 45 años de edad y estar en tratamiento psiquiátrico parecen ser los factores asociados con lograr recuperarse de la dependencia a la nicotina (18). La teoría de la

“automedicación” en pacientes con trastornos afectivos sigue estando vigente en algunos ensayos. Estos afirman que los pacientes con historia de depresión mayor que fuman tienen mayores dificultades para abstenerse de hacerlo, mientras la nicotina ha demostrado algunos efectos antidepresivos en pacientes deprimidos que nunca habían estado expuestos al cigarrillo de forma directa (29-32).

La gravedad de la adicción al tabaco es directamente proporcional a la gravedad de los fenómenos psicóticos en el paciente bipolar, independiente de otras variables para las cuales se realiza un adecuado control en este ensayo clínico (33).

Por otro lado, el consumo de sustancias lleva a una significativa disminución en la adherencia a los tratamientos, a menores tasas de recuperación, así como a un mayor número de comorbilidades médicas y problemáticas en la esfera psicosocial (34-36). La adicción a sustancias ilícitas propicia un mayor riesgo suicida para el enfermo, acompañado de índices más altos de comportamientos violentos y agresivos hacia las personas cercanas en la comunidad (37). Dado lo anterior, se disminuyen las probabilidades de recuperación, y aumentan la morbilidad y los costos en la atención para los servicios de salud, al tiempo que empeora el pronóstico para el enfermo.

A pesar de los avances metodológicos en la realización de todos estos estudios, ha sido muy difícil

determinar el impacto directo del tratamiento de la entidad psiquiátrica de base frente al curso natural del trastorno mental en el proceso adictivo de los individuos afectados. Esto debe motivar a los expertos en salud mental encargados de atender patología dual a generar nuevas formas de intervenir y modificar estas variables que oscurecen el pronóstico de los pacientes con trastornos mentales incapacitantes.

Los hallazgos recientes en la investigación neurobiológica proponen posibles vías comunes fisiopatológicas entre la adicción al cigarrillo y la esquizofrenia, que pueden ser la fuente inicial para estudiar nuevas propuestas terapéuticas para pacientes con diagnóstico dual (4,38).

Epidemiología del consumo de cigarrillo y sustancias ilícitas en la población de pacientes con trastornos psiquiátricos

Dos estudios han corroborado el aumento en la prevalencia de consumo de cigarrillo y sustancias ilícitas en la población psiquiátrica gravemente enferma (39,40). En el National Institute of Mental Health (NIMH), Epidemiologic Catchment Area (ECA), se calculó que el 72% de aquellos que consumían una sustancia ilícita cumplía criterios para, por lo menos, un diagnóstico psiquiátrico de base; mientras el National Comorbidity Survey (NCS) reportó tasas entre el 78% y el 86% para la asociación de un diagnósti-

co psiquiátrico con el consumo de alcohol y sustancias ilícitas.

Trastornos psicóticos

Al menos el 50% de los pacientes esquizofrénicos que acude a un servicio de psiquiatría buscando tratamiento cumple criterios para trastornos relacionados con el consumo de sustancias ilícitas, mientras el 70% puede ser considerado adictos crónicos al cigarrillo (41-43). Existe un riesgo cinco veces mayor para los pacientes con psicosis de consumir sustancias.

Se considera que los pacientes esquizofrénicos consumen sustancias con el fin de disminuir la sintomatología negativa asociada con el trastorno, combatir las perturbaciones neurosensoriales producidas por síntomas positivos (como las alucinaciones y los delirios), o como una estrategia para buscar aliviar la disforia, los síntomas extrapiramidales y la sedación inducida por los medicamentos.

Trastornos afectivos

La inestabilidad afectiva y los trastornos depresivos son entidades psiquiátricas frecuentes en aquellos enfermos que consumen sustancias y tabaco. En el estudio ECA, el 32% de los pacientes que sufría de un trastorno afectivo presentaba trastornos relacionados con el consumo de sustancias (39).

El análisis secundario de los pacientes con TDM reporta una prevalencia del 18% para trastornos

relacionados con el consumo de sustancias. Por otro lado, el 56,1% de los pacientes que cumple criterios para TAB ha presentado un trastorno relacionado con sustancias en el curso de la enfermedad. Tanto en el ECA como el NCS, el TAB fue el diagnóstico del Eje I del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) más frecuentemente vinculado con un trastorno con sustancias (39,40).

En pacientes dependientes a la cocaína, los rangos de comorbilidad con trastornos afectivos oscilan entre 33% y 53% (44-46). Nuevamente, el TAB parece ser la patología mental más prevalente en esta población específica (alrededor del 20% y 30%), mayor que la observada en la población de alcohólicos. Al evaluar pacientes con dependencia a los derivados de los opiáceos, las prevalencias de los trastornos afectivos pueden estar entre 16% y 75%, con un predominio de trastornos depresivos sobre los bipolares (45,47,48).

Trastornos ansiedad

A partir de los datos obtenidos del NCS, se considera que uno de cada tres pacientes que cumple criterios diagnósticos para algún trastorno de ansiedad en el DSM presentará un trastorno relacionado con el consumo de sustancias (40). Debido a la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad, consideramos necesario describir la epidemiología de cada uno de ellos

cuando se asocia con problemas adictivos.

PÁNICO

El ECA mostró que un 36% de los pacientes con trastorno de pánico presentaba un problema clínico relacionado con el consumo de sustancias (39). Los estudios se centran en la población de alcohólicos, donde la prevalencia de la comorbilidad puede llegar a ser del 42% (49). Existen otros estudios disponibles que describen ataques de pánico como una comorbilidad frecuente en pacientes psiquiátricos con dependencia a estimulantes, cannabinoides y cocaína (50,51).

ANSIEDAD GENERALIZADA

A pesar que la información acerca de la prevalencia de la ansiedad generalizada en la población de adictos es escasa, la presencia de cuadros subsindromáticos en el curso de la adicción es frecuente, lo que amerita en muchas ocasiones su evaluación y tratamiento adicional (52). Los estudios epidemiológicos han mostrado una fuerte asociación entre la presencia de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), consumo de sustancias, gravedad del cuadro clínico y pobres resultados terapéuticos a largo plazo (53).

FOBIA SOCIAL

Al igual que en el TAG, la fobia social no se ha evaluado de manera adecuada en la población con trastornos relacionados con

sustancias. Un estudio hecho en población dependiente a la cocaína describe una prevalencia a lo largo de la vida del 13,9% para sufrir de fobia social (54).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La prevalencia del diagnóstico dual en población afectada por el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es elevada. En el NCS, el 30%-50% de los hombres y un 25%-30% de las mujeres que habían sufrido de TEPT a lo largo de la vida cumplían criterios para una patología dual asociada a consumo de sustancias (55). En adictos crónicos, la prevalencia de TEPT está alrededor del 36%-50% a lo largo de la vida, mientras la prevalencia de punto se calcula alrededor del 25%-42% (56-58).

Trastorno por déficit atención-hiperactividad

El trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias han recibido un mayor reconocimiento como patologías duales frecuentes en el escenario clínico. Al reunir los resultados de algunos estudios que evaluaron adultos y adolescentes con TDAH, la prevalencia de patología dual se acercaba al 23% (59). Es decir, uno de cada cuatro o cinco pacientes que consumen sustancias ilícitas en todos los rangos etarios

cumple los criterios diagnósticos para TDAH. Al estratificar sólo el subgrupo que incluye a la población adulta, se calcularon tasas de consumo de sustancias alrededor del 9%-50%.

Impulsividad

La impulsividad como fenómeno clínico en la población psiquiátrica grave es frecuente e incapacitante, al pasar de ser un marcador de rasgo a uno de estado de forma muy rápida y fácil en el curso de una adicción concomitante (60-62). Se considera que existen relaciones por esclarecer entre las adicciones, los fenómenos impulsivos y los sustratos biológicos implicados en los trastornos psiquiátricos comórbidos. El grado de impulsividad de base del adicto define las características comportamentales durante los períodos de avidez y abstinencia a las sustancias.

Las poblaciones donde se ha demostrado un componente significativo de impulsividad consumen más sustancias psicoactivas que aquellos libres de este marcador clínico. Así mismo, los que consumen dos o más sustancias ilícitas tienden a ser mucho más impulsivos que los que consumen una sola (63,64). Cuando se incluyen las muestras pacientes con trastorno límite de la personalidad, la posibilidad de que estos pacientes reciban un adecuado diagnóstico y tratamiento se limita ostensiblemente a muestras seleccionadas (65).

Trastornos de la personalidad

Un número significativo de estudios ha encontrado de forma repetitiva la asociación entre los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos de la personalidad (66,67). Los hallazgos son claros en demostrar que, desde cualquier perspectiva que se enfoque la evaluación clínica, la presencia de un trastorno de la personalidad de base influencia de forma negativa el curso longitudinal del proceso adictivo. La mayoría de estudios corridos que han intentando ampliar los conocimientos de tan particular población de pacientes ha evaluado la personalidad a partir de cuestionarios autoaplicados, lo cual genera sesgos en los resultados finales (47, 67-69).

Estudios retrospectivos de Inglaterra y Gales han reportado tasas del 15% de abuso de sustancias ilícitas en el rango etario entre 16 y 24 años, mientras las cifras tienden a disminuir de forma significativa alrededor del 6% en pacientes entre los 25 y 34 años y hasta menos del 1% en mayores de 45 años con trastornos de la personalidad (69). Estudios previos han reportado una asociación entre sufrir de un trastorno de la personalidad del grupo B y el consumo crónico de cigarrillo, alcohol, cocaína y canabinoides (46,67-70).

Moran y cols. (70) publicaron en el 2006 un estudio de corte transversal que evaluó en 1.520 adultos jóvenes, a través de entrevistas clínicas, la presencia de un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.

De ellos, 1.124 recibieron la entrevista para tamizar la concurrencia de trastornos de personalidad en la muestra. Además, se corrigieron muchos de los errores metodológicos de ensayos descritos.

Los autores reportaron prevalencias de trastornos de la personalidad del 18,6% (IC 95%: 16,5-20,7) y encontraron asociaciones significativas entre todos los trastornos de la personalidad y el abuso de sustancias, pero sólo en aquellos pacientes pertenecientes al grupo B (narcisista, histriónico, limítrofe y antisocial), quienes mostraron asociaciones significativas y específicas para todas las categorías de abuso y dependencia a las sustancias evaluadas.

Esta asociación parece estar más acentuada para los pacientes jóvenes con diagnóstico dual que consumen cigarrillo de forma crónica. Las combinaciones de rasgos del temperamento, donde predominan la evitación del daño y la búsqueda de sensaciones nuevas, tan frecuentes en los pacientes con trastornos de la personalidad del grupo B, pueden generar una predisposición o vulnerabilidad neurobiológica para el desarrollo de ambos trastornos a lo largo de la vida (66,71-73).

Diagnóstico del consumo de sustancias en la población de pacientes con trastornos psiquiátricos

Consideraciones generales al realizar el diagnóstico

Como se ha mencionado, al definir el diagnóstico dual, los tras-

tornos relacionados con el consumo de sustancias pueden imitar cualquiera de los trastornos psiquiátricos incluidos en las clasificaciones vigentes (52). Su utilización crónica puede despertar vulnerabilidades psicopatológicas latentes o generar la expresión de trastornos mentales de aparición esporádica, secundario al daño producido en el sistema nervioso central (SNC) durante tiempos prolongados.

Psicosis

Se deben diferenciar los trastornos psicóticos primarios de aquellos inducidos de forma directa por el consumo crónico, intoxicación aguda o abstinencia a determinada sustancia. La historia familiar de adicciones, el inicio temprano de los síntomas psicóticos en el curso del consumo, el pertenecer al sexo masculino y el contar con un ajuste psicosocial premórbido adecuado parecen inclinar la balanza hacia un diagnóstico dual tipo V (52,74). En este modelo, los fenómenos psicóticos son secundarios al consumo y mejoran el pronóstico del paciente en la medida que este se abstenga de consumir durante el curso de los tratamientos instaurados (74).

Trastornos afectivos

Aproximadamente, el 95% de los pacientes que acude a recibir tratamiento para un trastorno relacionado con el consumo de sustancias presenta síntomas de características depresivas (75). Los

conglomerados sindromáticos tienden a resolverse con la abstinencia frente a la sustancia; por esta razón es importante evitar los diagnósticos prematuros de comorbilidades afectivas inexistentes, lo cual implica un sobrediagnóstico y tratamientos innecesarios. Por otro lado, dejar de realizar los diagnósticos cuando están presentes empeora el pronóstico global del adicto.

La presencia de síntomas afectivos previos al inicio del consumo de la sustancia, la historia familiar de trastornos afectivos y la permanencia de síntomas afectivos en el curso clínico, a pesar de periodos prolongados de abstinencia, debe hacernos pensar en un diagnóstico dual con patología psiquiátrica de base.

Trastornos de ansiedad

PÁNICO

Es frecuente observar síntomas de ansiedad y ataques de pánico durante las fases de desintoxicación y abstinencia de todas las sustancias de abuso. Esto parece estar relacionado de forma directa con los cambios y el proceso de desensibilización que ocurren en las vías de neurotransmisión (50,51).

ANSIEDAD GENERALIZADA

Los síntomas del TAG son muy difíciles de distinguir en la población de pacientes adictos, debido a la gran sobreposición de síntomas entre el trastorno primario y los

fenómenos de abstinencia a los depresores del SNC, así como los efectos tóxicos de los estimulantes durante las fases agudas del consumo. Sumado a esto, es complicado determinar períodos de abstinencia durante seis meses continuos en pacientes gravemente enfermos, requerimiento indispensable para el diagnóstico del TAG por el DSM-IV y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) (52,53).

FOBIA SOCIAL

Contrario a lo que sucede con el TAG, la fobia social puede ser diagnosticada con confiabilidad sin requerir períodos prolongados de abstinencia, debido a que los esquemas rígidos y evitativos en las situaciones sociales no se asumen como condiciones específicas asociadas al abuso, dependencia o abstinencia a una sustancia determinada. Sin embargo, es importante resaltar que existen cuadros fóbicos transitorios que se generan durante períodos de intoxicación con cannabinoides o estimulantes, que no deben ser considerados elementos suficientes para realizar un diagnóstico dual.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Los estudios más recientes intentan identificar las características, la gravedad y los tipos de traumas asociados de forma tanto retrospectiva como prospectiva con el consumo de sustancias (76). Se comparan las poblaciones de adictos con TEPT y aquellos que no lo

han desarrollado, en términos de las variables sociales, índices de consumo, historia clínica psiquiátrica y aspectos psicopatológicos subyacentes.

Reynolds y cols. (53) realizaron un estudio retrospectivo en el cual pacientes consumidores habituales de sustancias ilícitas eran entrevistados acerca de sus experiencias traumáticas previas. El 94% de la muestra de adictos reportaba haber sufrido, por lo menos, un síntoma de reminiscencia incluido dentro de los criterios A del DSM-IV y de la CIE-10 para TEPT, mientras un 38,5% cumplía criterios en la actualidad para TEPT y un 51,9% reportaba haber sufrido de TEPT a lo largo de la vida.

Se encontraron diferencias en variables directamente relacionadas con la experiencia traumática, en aspectos de índole social y grados de estrés concomitantes, entre los pacientes que sufrían de TEPT y aquellos libres de esta patología mental. Por el contrario, la gravedad de la adicción, así como la sintomatología psiquiátrica asociada, no parece influir de forma significativa con la presencia de TEPT en el curso de la enfermedad adictiva.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Se han descrito muchas conductas de corte obsesivo-compulsivo en la población de pacientes adictos, pero pocos estudios han dedicado un espacio a este espectro de la patología dual (77-82). Friedman

y cols. (76) evaluaron a 71 pacientes con dependencia a los opiáceos bajo tratamiento ambulatorio. Fueron entrevistados midiendo los componentes ritualísticos, la gravedad de la compulsión y las obsesiones asociadas con el consumo, así como el número de síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) que presentaban.

Los grados de compulsión-impulsividad-obsesión son similares a los descritos en la población de pacientes alcohólicos. Los rituales inciden de forma inversamente proporcional en el número de recaídas en el proceso de rehabilitación, mientras se convierten en el motor de los síntomas obsesivos-compulsivos durante la abstinencia prolongada.

Bejerot y cols. (77) investigaron la comorbilidad entre TOC y consumo de cigarrillo en 193 pacientes suecos, aplicando entrevistas que evaluaban las tasas y los hábitos relacionados con el tabaquismo. Al terminar el análisis de los datos, encontraron que los pacientes con TOC fuman de forma crónica en alrededor del 14%, comparado con el 25% de la población general en este país escandinavo. Un 72% nunca lo probaron, y sólo un 11% de la muestra la integraban ex fumadores que no tuvieron mayores problemas en dejarlo una vez se lo propusieron. Dentro de los trastornos de ansiedad, el TOC parece brindar algún grado de protección o menor vulnerabilidad para desarrollar este proceso adictivo.

Crum y Anthony (78) tomaron los datos de 18.572 pacientes incluidos en el estudio del ECA, que completaron entrevistas para evaluar factores de riesgo que influyeran en el desarrollo de procesos psicopatológicos. Dentro de estos se incluyó el abuso de sustancias ilícitas. Se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM-IV para TOC y se realizó un segundo análisis a los 12 meses de seguimiento a 13.306 pacientes adictos considerados en riesgo para desarrollar TOC.

Los autores concluyeron que aquellos que utilizan de forma activa cannabinoides, cocaína o combinaciones de las dos sustancias (o asociadas a otras drogas ilícitas) tienen un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar TOC. Ser mujer, trabajar sin una justificación monetaria o sufrir de trastornos afectivos, fóbicos o relacionados con el consumo de alcohol incrementa el riesgo de sufrir de esta comorbilidad.

Trastorno déficit atención-hiperactividad

El TDAH está sobrerrepresentado en la población que abusa y depende de las sustancias ilícitas. La alta tasa de comorbilidad en el TDAH complica el afinamiento diagnóstico en el curso de una problemática adictiva (79,80). Sumado a esto, la presencia de un trastorno relacionado con el consumo de sustancias tiene un impacto negativo y en muchos casos devastador sobre el curso, pronóstico y calidad de vida de los pacientes con TDAH (81).

Los cambios comportamentales, el déficit cognoscitivo y la inestabilidad afectiva inducida por las sustancias ilícitas oscurecen el panorama y prolongan las posibilidades de recibir un adecuado tratamiento para ambas patologías. Por otro lado, el consumo de sustancias puede imitar el TDAH y llevar a un excesivo diagnóstico en adictos (80). Es prioritario realizar seguimientos longitudinales acompañados de evaluaciones neuropsicológicas e imagenología funcional, dirigidas a delimitar las fronteras de ambos trastornos para lograr optimizar los tratamientos (80-82).

El Grupo del Massachusetts General Hospital (MGH) publicó un estudio donde se evaluaron las posibilidades de diagnóstico acertado del TDAH en pacientes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias (83). Para esto compararon tres poblaciones específicas de pacientes con diagnóstico de TDAH según el número de síntomas presentes, las posibilidades de realizar un adecuado diagnóstico y la edad de aparición con un grupo control de pacientes libres de TDAH. El Grupo del MGH encontró un incremento significativo del consumo de cannabinoides y nicotina en todos los grupos con TDAH, en comparación con el grupo libre de TDAH. Todos los grupos con TDAH temprano, tardío y subclínico mostraron una tendencia a mayor consumo de todas las sustancias menos el alcohol.

La relación entre consumo de cigarrillo y TDAH se ha evaluado

de manera minuciosa (84,85). Los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad mostraron un incremento significativo en la tendencia de los pacientes que van a convertirse en fumadores regulares. Los pacientes que fumaban previamente tenían síntomas de TDAH más tempranos, acompañados de un aumento en el número de cigarrillos por día en los seguimientos longitudinales.

Impulsividad

Se esperaría que los diagnósticos relacionados con el consumo de sustancias fueran más frecuentes en la población que sufre de trastorno por descontrol de los impulsos. Brady y cols. (61) reportaron tasas significativamente elevadas de consumo de sustancias ilícitas en pacientes con trastorno por descontrol de los impulsos, al compararlos con la población general. Así mismo, los grados de impulsividad son mayores en adultos que tienen problemas adictivos que en aquellos que están libres de consumo de sustancias (62,86-88).

En resumen, la gran mayoría de estudios realizados en impulsividad sugieren una fuerte presencia de este componente psicopatológico en aquellos pacientes que abusan de las sustancias ilícitas. La gran pregunta en la investigación contemporánea es si la impulsividad es un factor de riesgo o una consecuencia asociada con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Trastornos de la personalidad

La comorbilidad presente entre la enfermedad adictiva y los trastornos de la personalidad clasificados en el DSM-IV o en la CIE-10 representa un subtipo de gravedad psicopatológica que implica abordajes diagnósticos y terapéuticos que se alejan de las intervenciones convencionales (89,90). La mayoría de estudios disponibles reporta un aumento en las tasas de los trastornos del grupo B de trastornos de la personalidad en el DSM-IV-TR, predominantemente aquellos de corte antisocial (45,91-94).

El trastorno de personalidad antisocial (TPA) es prevalente dentro de la población que abusa y depende de cualquier tipo de sustancia (95). Las tasas de TPA son de alrededor del 50% para aquellos pacientes que consumen sustancias ilícitas que incluyan consumo de opiáceos en el curso longitudinal (52,95). Estas prevalencias tienden a variar debido a diferencias en la determinación de la muestras, así como en los criterios diagnósticos necesarios para que los pacientes sean incluidos en los ensayos clínicos (52,95).

Instrumentos para la entrevista de pacientes con diagnóstico dual

El *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM) fue desarrollado por Hasin y cols. (95) en la Universidad de Columbia, en Nueva York,

para ser administrado por especialistas en psiquiatría a pacientes con patología dual. Este instrumento permite diferenciar los síndromes mentales orgánicos inducidos por las sustancias de abuso de aquellos signos y síntomas directamente relacionados con un cuadro psiquiátrico comórbido. La confiabilidad prueba-reprueba fue evaluada en 172 sujetos con diagnóstico dual y mostró excelentes resultados para diversos diagnósticos relacionados con consumo de múltiples sustancias, presencia de trastornos afectivos, problemas con la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad y psicosis (96).

El mismo grupo de investigadores modificó la estructura de la entrevista, al acortar y simplificar los ítems en las preguntas al paciente y al incluir los criterios actualizados del DSM-IV para el consumo de sustancias. Además, desarrollaron una sección adicional para una evaluación más rigurosa y exacta de los fenómenos psicóticos en los adictos. En el 2006, el PRISM fue reevaluado, en términos de su confiabilidad, para poder realizar el diagnóstico de trastornos psiquiátricos primarios frente a los secundarios en 285 pacientes adictos (96).

La confiabilidad de esta entrevista PRISM-IV, modificada en términos de kappa, estuvo alrededor de 0,66-0,75 para realizar el diagnóstico dual con el TDM, trastornos de la alimentación y patologías de la personalidad antisocial y límite,

lo cual demuestra un buen grado de certeza clínica ante la presencia de las dos entidades simultáneas.

La posibilidad de delimitar el trastorno relacionado con el consumo de sustancias se mantuvo en un resultado de kappa mayor de 0,65 para todas las adicciones como grupo. A pesar de esto, lo confiability para discernir los trastornos de ansiedad primarios de los inducidos por la intoxicación o abstinencia o el trastorno distímico no fue tan importante como para otros trastornos descritos (96). Todos los coeficientes se mantuvieron en rangos estables a lo largo del seguimiento de los pacientes en el protocolo.

Conclusiones acerca de la evaluación inicial de los pacientes con patología dual en psiquiatría

Los hallazgos clínicos emergentes de múltiples líneas y grupos de investigación han evidenciado las complejas relaciones existentes entre los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos que provocan gran incapacidad. Esto ha generado grandes retos diagnósticos y terapéuticos en la población de pacientes, pues allí tienden a sobreponerse ambas condiciones psicopatológicas.

En la actualidad contamos con instrumentos clínicos confiables que nos permiten discernir no sólo la presencia de diagnóstico dual, sino las características de las re-

laciones temporo-espaciales entre los trastornos psiquiátricos comórbidos en el curso de una adicción. Es imperioso para los profesionales dedicados al manejo de pacientes farmacodependientes abordar esta patología de una forma multidimensional, realizando mediciones sobre las condiciones clínicas de ambas patologías, su secuencia etiológica y la presencia de comorbilidades médicas, a fin de encaminar al paciente hacia intervenciones terapéuticas que lo beneficien en su rehabilitación longitudinal.

Agradecimientos

A los doctores Liliana Salazar Salazar, Luis Fernando Salazar Salazar, Raúl Ochoa Zambrano, Gerardo Emilio Cerón, Edilberto Bonilla, José Fernando Castrillón, Óscar Cabrera, Laila Palomino, Gloria Vergara y Freddy Wilson Barrera, integrantes del grupo de Investigación Clínica del Instituto Especializado en Salud Mental, Clínica El Prado, Armenia, Colombia, quienes aportaron valiosos comentarios y sugerencias para la elaboración de este artículo.

Referencias

1. Gonzalez JJ, Insel TR. The conundrum of co-occurring mental and substance use disorders: opportunities for research. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):723-5.
2. Drake RE, Mueser KT. Psychological approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):105-18.
3. Mark T. The costs of treating persons with depression and alcoholism compared to depressed alone. *Psych Serv*. 2003;54(8):1095-7.
4. Reiger DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbi-

- dity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from de Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-8.
5. Meyer RE. Prospects for a rational pharmacotherapy for alcoholism. *J Clin Psychiatry*. 1989; 50(11):403-12.
 6. Linszen D, van Amelsvoort T. Cannabis and psychosis: an update on course and biological plausible mechanisms. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Mar;20(2):116-20.
 7. Brown WE, Schuckit M. Changes in depression among abstinent alcoholics. *J Stud Alcohol*. 1988; 49(5):412-7.
 8. Thevos AK, Johnston AL, Latham PK, Randall CL, Adinoff B, Malcom R. Symptoms of anxiety in inpatients alcoholics with and without DSM III-R anxiety diagnoses. *Alcohol Clin Exp Res*. 1991;15(1):102-5.
 9. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2006 Mar;188:237-42.
 10. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population based prevalence study. *JAMA*. 2000; 284(20):2606-10.
 11. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1993;150:546-53.
 12. González-Pinto A, Gutiérrez M, Ezcurra J, Aizpuru F, Mosquera F, López P, et al. Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(5):225-8.
 13. De León J, Becoña E, Gurpegui M, González-Pinto A, Díaz FJ. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(9):812-6.
 14. De León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005;76(2-3):135-57.
 15. Gurpegui M, Martínez-Ortega JM, Aguilar MC, Díaz FJ, Quintana HM, de León J. Smoking initiation and schizophrenia: a replication study in a Spanish sample. *Schizophr Res*. 2005;76(1):113-8.
 16. De León J, Díaz FJ, Rogers T, Browne D, Dinsmore L. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res*. 2005;56(1-2):47-54.
 17. De León J, Sucse MT, Díaz FJ, Rendón DM, Velásquez DM. Variables associated with alcohol, drug, and daily smoking cessation in patients with severe mental illnesses. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1447-55.
 18. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*. 1998;23(6):717-34.
 19. Renner JA. Impact of substance abuse on the diagnosis, course, and treatment of mood disorders: the epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):810-6.
 20. Phillips P, Johnson S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(6):269-76.
 21. Kendler KS, Neale MC, McLean CJ, Heath AC, Eavens LJ, Kessler. Smoking and major depression: a casual analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(1):36-43.
 22. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabil J*. 2004;27(4):360-74.
 23. Ziedonis DM. Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and systemic perspectives. *CNS Spectr*. 2004;9(12):892-904.
 24. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs*. 2002;62(5):743-55.
 25. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry*. 2000; 157(4 Suppl):1-45.
 26. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins

- DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2 Suppl):1-56.
27. Practice guideline for the treatment of bipolar disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 1994;151(12 Suppl):1-36.
 28. McChargue DE, GullierSB, Hitsman B, George T, Vessicchio J, Gilbert DG, et al. Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*. 2002;97(7):783-93.
 29. Glassman AH, Covell LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression. *Lancet*. 2001;357(9272):1929-31.
 30. Salín-Pascual RJ, Rosas M, Jimenez-Genchi A, Rivera-Meza BL, Delgado-Parra V. Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in non-smoking patients with major depression. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(9):387-9.
 31. Aguilar MC, Gurpegui M, Díaz FJ, de León J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex reactions. *Br J Psychiatry*. 2005;186(3):225-31.
 32. Corvin A, O'Mahony E, O'Regan M, Comerford C, O'Connell R, Craddock N, et al. Cigarette smoking and psychotic symptoms in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*. 2001;179:35-8.
 33. Manwani SG, Szilagyi KA, Zablotky B, Hennen J, Griffin ML, Weiss RD. Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorders. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(8):1172-6.
 34. Clark RE, Samnaliev M, McGovern MP. Treatment for co-occurring mental and substance use disorders in five state Medicaid programs. *Psychiatr Serv*. 2007;58(7):942-8.
 35. Finkelstein E, Prabhu M, Chen H. Increased prevalence of falls among elderly individuals with mental health and substance abuse conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(7):611-9.
 36. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorders, and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000;176:345-50.
 37. Freedman R, Coon H, Myles-Worsley M, Orr-Urtreger A, Olincy A, Davis A, et al. Linkage of a neurophysiological deficit in schizophrenia to a chromosome 15 locus. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1997;94(2):587-92.
 38. Martin LF, Kem WR, Freedman R. Alpha-7 nicotinic receptors agonists: potential new candidates for the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004;174(1):54-64.
 39. Kessler RC, McGongale KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshelman S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey (NCS). *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
 40. Dixon L, Haas S, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*. 1991;148(2):224-30.
 41. Shaner A, Khalsa ME, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh SC. Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 1993;150(5):758-62.
 42. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(3):204-6.
 43. Nunes EV, Quitkin FM, Brady R, Stewart JW. Imipramine treatment of methadone maintenance patients with affective disorders and illicit drug use. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):667-9.
 44. Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin F. Psychiatric diagnosis of treatment seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(1):43-51.
 45. Weiss RD, Mirin SF, Griffin ML, Michael JL. Psychopathology in cocaine abusers: changing trends. *J Nerv Ment Dis*. 1988;176(12):719-25.
 46. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmitdt CW Jr, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(1):71-80.
 47. Milby JB, Sims MK, Khuder S, Schumacher JE, Huggins N, McLellan AT,

- et al. Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1996;22(1):95-107.
48. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1990;147(6):685-95.
 49. Aronson TA, Craig TJ. Cocaine precipitation of panic disorders. *Am J Psychiatry*. 1986;143(5):643-5.
 50. Louie AK, Lannon RA, Ketter TA. Treatment of cocaine induced panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1989;146(1):40-4.
 51. Brady KT, Halligan P, Malcolm RJ. Dual diagnosis. In: Galanter M, Kleber H. *Textbook of substance abuse treatment*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press; 1999. p. 475-84.
 52. Myrick DH, Brady KT. Social phobia in cocaine dependent individuals. *Am J Addict*. 1997;6(2):99-104.
 53. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Depend*. 2005;77(3):251-8.
 54. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
 55. Dansky BS, Brady KT, Roberts JT. Post-traumatic stress disorder and substance abuse: empirical findings and clinical issues. *Subst Abus*. 1994;15:247-57.
 56. Grice DE, Dustan LR, Brady KT. Victimization and PTSD in substance dependent individuals. *J Am Addict*. 1995;44:297-305.
 57. Triffleman E, Marmer C, Delvechi K. Childhood trauma and PTSD in substance abuse inpatients. *Proceedings from the Annual College on Problems Drug Dependence*. Phoenix, AZ; 1993 jun.
 58. Wilens TE, Bierderman J, Spencer TJ, Frances RJ. Comorbidity of attention-deficit hyperactivity and psychoactive substance use disorders. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(5):421-35.
 59. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.
 60. Cortelezzi M. Marcadores bioquímicos y genéticos en enfermedades psiquiátricas. En: Márquez A. *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires: Polemos; 2004. p. 101-28.
 61. Brady KT, Myrick H, McElroy S. The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. *Am J Addict*. 1998;7(3):221-30.
 62. Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR. Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend*. 1998;50(2):137-45.
 63. O'Boyle M, Barratt ES. Impulsivity and DSM-III-R personality disorders. *Personality and Individual Differences*. 1993;14:609-11.
 64. Kruegelbach N, McCormick RA, Schulz SC, Grueneich R. Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *J Pers Dis*. 1993;7:214-22.
 65. Caspi A, Begg D, Dickson N, Harrington H, Langley J, Moffitt TE, et al. Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: evidence from a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73(5):1052-63.
 66. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156(5):733-8.
 67. DeJong CA, van den Brink W, Harteveld FM, van der Wielen EG. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry*. 1993;34(2):87-94.
 68. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: results of a national household survey. *Br J Psychiatry*. 2001;179:432-7.
 69. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality

- disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(4):361-8.
70. Moran P, Coffey C, Mann A, Carlin JB, Patton GC. Personality and substance use disorders in young adults. *Br J Psychiatry*. 2006;188:374-9.
 71. Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M. Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;12(4):494-505.
 72. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*. 2001;16(5):274-82.
 73. Kosten TR, Ziedonis DM. Substance abuse and schizophrenia: editor's introduction. *Schizophr Bull*. 1997;23(2):181-6.
 74. Jaffe JH, Ciraulo KA. Alcoholism and depression. In: Meyer RE. *Psychopathology and addictive disorders*. New York: Guilford; 1986. p. 293-320.
 75. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2005;35(12):1747-59.
 76. Friedman I, Dar R, Shilony E. Compulsivity and obsessiveness in opioid addiction. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(3):155-62.
 77. Bejerot S, Humble M. Low prevalence of smoking among patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 1999;40(4):268-72.
 78. Crum RM, Anthony JC. Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug Alcohol Depend*. 1993;31(3):281-95.
 79. Fals-Stewart W, Schafer J. The treatment of substance abusers diagnosed with obsessive-compulsive disorder: an outcome study. *J Subst Abuse Treat*. 1992 Fall;9(4):365-70.
 80. Levin FR, Upadhyaya HP. Diagnosing ADHD in adults with substance use disorder: DSM-IV criteria and differential diagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(7):e18.
 81. Wilens TE, Upadhyaya HP. Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(8):e20.
 82. Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict*. 2007;16 Suppl 1:24-32; quiz 33-4.
 83. Kalbag AS, Levin FR. Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Subst Use Misuse*. 2005;40(13-14):1955-81, 2043-8.
 84. Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Oct;62(10):1142-7.
 85. Jentsch JD, Taylor JR. Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behaviour by reward-related stimuli. *Psychopharmacology (Berl)* 1999; 146(4):373-90.
 86. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51(6):768-74.
 87. Moss HB, Yao JK, Panzak GL. Serotonergic responsivity and behavioural dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biol Psychiatry*. 1990;28(4):325-38.
 88. Grella CE, Stein JA. Impact of program services on treatment outcomes of patients with comorbid mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2006;57(7):1007-15.
 89. Mueser KT, Crocker AG, Frisman LB, Drake RE, Covell NH, Essock SM. Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophr Bull*. 2006;32(4):626-36.
 90. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized

- alcoholics. Arch Gen Psychiatry. 1985;42(11):1050-5.
91. Ross HE, Glazer FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(11):1023-31.
92. Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber HD, Wilber C. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch Gen Psychiatry. 1982;39(2):161-6.
93. Weiss RD, Mirin SM, Michael JL, Solloway AC. Psychopathology in chronic cocaine abusers. Am J Drug Alcohol Abuse. 1986;12(1-2):17-29.
94. Rounsaville BJ, Eyre SL, Weissman MM, Kleber KD. The antisocial opiate addict. Adv Alcohol Subst Abuse. 1982;2(4):29-42.
95. Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric research interview for substance and mental disorders (PRISM): reliability for substance abusers. Am J Psychiatry. 1996;153(9):1195-201.
96. Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseoane K, Waxman R. Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric research interview for substance and mental disorders for DSM-IV. Am J Psychiatry. 2006;163(4):689-96.

Recibido para evaluación: 23 de enero de 2008

Aceptado para publicación: 24 de julio de 2008

Correspondencia

Juan Francisco Gálvez Flórez

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Javeriana

Carrera 7a. No. 40-62, piso 8

Bogotá, Colombia

juanfcogalvez@hotmail.com

Anexo. Algoritmo de iniciación al programa para patología dual

