

**FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
EN MATERIA DE SALUD MENTAL**

MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

2

**MÓDULO 2. CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS
DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE
SUSTANCIAS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES.**



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 2

CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN MATERIA DE
SALUD MENTAL. MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA
MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES



MÓDULO 2.

CONCEPTO, EPIDEMIOLOGÍA Y CONSECUENCIAS DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS
POR CONSUMO DE SUSTANCIAS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

TABLA DE CONTENIDO

1. Concepto. Hipótesis etiopatogénicas	6
2. Prevalencia	8
2.1. Prevalencia general	10
2.2. Prevalencia en España.	12
3. Aspectos clínicos específicos	14
3.1. TUS y esquizofrenia.	14
3.2. TUS y trastorno del ánimo y TUS y trastorno de ansiedad	15
3.3. TUS y trastornos de la personalidad	15
4. Consecuencias de la comorbilidad	16
4.1. Repercusiones clínicas	16
4.2. Dificultades en el diagnóstico	17
4.3. Dificultades en la atención y respuesta asistencial	19
Bibliografía básica	22

1. CONCEPTO. HIPÓTESIS ETIOPATOGÉNICAS

En medicina, el término “comorbilidad” se refiere a enfermedades y/o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial. Estas enfermedades “secundarias” pueden deberse directamente a la primera o, por el contrario, no tener ninguna conexión aparente con ella. En psicología, el término se aplica cuando se emiten múltiples diagnósticos para el mismo individuo. El paciente puede no tener, así, una sola enfermedad mental. La complejidad de estos casos, impide hacer un diagnóstico simple. Así, cuando dos trastornos o enfermedades se dan en la misma persona, simultánea o secuencialmente, se describen como comórbidas. La comorbilidad también implica interacciones entre las enfermedades que afectan el curso y el pronóstico de ambas. (Guía Socidrogalcohol, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. De conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), una persona con diagnóstico dual es una persona a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia. En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias (Pereiro y Fernández, 2018).

Desde hace unos años se ha venido extendiendo el término “patología dual” para referirnos al mismo cuadro, al de concurrencia de diagnóstico de trastorno por uso/consumo de sustancias (TUS) y de otro trastorno mental (OTM), aunque no representa por sí mismo una entidad nosológica, y no es reconocida como tal por las clasificaciones internacionales. Pero puede servir para establecer un trabajo común, y su utilización se ha extendido en países de habla hispana. En los países de habla inglesa prefieren denominarlos “trastornos concurrentes”. Así, la “patología dual” sería la denominación aplicada, en el campo de la salud mental, para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental, sin que se entienda por ello que se trata de una enfermedad única con dos entidades nosológicas.

Hay una serie de explicaciones etiológicas y neurobiológicas, no excluyentes entre sí, para justificar la elevada comorbilidad psiquiátrica entre los consumidores de sustancias, aunque ninguna es definitoria al cien por cien. Entre ellas destacan (Guía Socidrogalcohol, 2017):

1. Interacción entre vulnerabilidad individual y estresores ambientales: mezcla de factores neurobiológicos y ambientales, unos predisponentes de otros.
2. Hipótesis de la acumulación de factores de riesgo: en el que la suma de factores, genéticos, neurobiológicos, sociales, culturales, ambientales, etc.
3. Hipótesis de la automedicación: La toma de sustancias entre los pacientes psicóticos minimizarían la sintomatología o al menos calmarían su malestar.
4. Vulnerabilidad común: presencia de mecanismos neurobiológicos comunes a ambos cuadros.

Se generarían así diferentes modelos explicativos:

Tabla 1. Modelos etiopatogénicos (Alamo et al., 202)

Modelo unitario	Trastornos psiquiátricos y dependencia son dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso (componentes genéticos y neurobiológicos similares)
Modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de droga	Abuso de sustancias - cambios neuroadaptativos - trastorno psiquiátrico
Modelo de consumo de drogas secundario a una alteración psiquiátrica	Las drogas intentarían revertir las anomalías basales de la patología psiquiátrica o provocadas como consecuencia del consumo continuado de drogas de abuso.
Modelo bidireccional	Cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro
Modelo de independencia biológica	Trastorno psiquiátrico y abuso de drogas son totalmente independientes, pero con bases biológicas compartidas

Al desarrollar una formulación de los problemas experimentados por un paciente con síntomas de enfermedad mental que consume sustancias, se ha de tener en cuenta la compleja interrelación entre el consumo de sustancias y los síntomas de la enfermedad mental. Hay tres tipos de explicaciones de alto nivel: (a) el consumo de sustancias afecta negativamente al estado mental; (b) las alteraciones del estado mental aumentan la probabilidad de consumo de sustancias; y (c) los factores compartidos aumentan el riesgo tanto de abuso de sustancias como de enfermedad mental.

Cada uno de estos tipos de relación causal puede explicarse por una combinación de diferentes mecanismos, que pueden actuar en diferentes direcciones y surtir efecto directa o indirectamente. Puede ser difícil descifrar la configuración exacta de los procesos explica-

tivos en un solo caso, pero es más probable que la evaluación contribuya a una formulación válida si el profesional reconoce el potencial de complejidad, es capaz de tolerar la incertidumbre y aborda cualquier causalidad sesgada. supuestos que sostienen en relación con la explicación de la coexistencia de trastorno mental y abuso de sustancias (Álamo, 2002).

Un modelo en el que la aparición de síntomas se toma como una indicación de vulnerabilidad a ese tipo de psicopatología y la expresión de esos síntomas se ve que ocurre en una dimensión (desde una forma de diagnóstico por debajo del umbral hasta una que permite cumplir los criterios de diagnóstico).) no solo está más en consonancia con la base de evidencia empírica, sino que también facilita la formulación y la toma de decisiones en los casos en que coexisten TM y TUS.

2. PREVALENCIA

Es conocido que existe una alta prevalencia de comorbilidad entre el trastorno por consumo de sustancias y otros trastornos mentales. Entre la población general, la razón de probabilidades de que los consumidores de sustancias sufran una afección psiquiátrica es mayor, en torno a 3 o 4, que entre la población no consumidora. Más de un tercio de las personas diagnosticadas de un trastorno mental también son adictas a sustancias psicoactivas, especialmente alcohol. La prevalencia es mayor en la población en tratamiento en comparación con la población general (Hasin y Grant, 2015; Torrens et al., 2015). .

Las cifras de comorbilidad difieren notablemente según diversos estudios, dado que se modifican por dificultades diagnósticas y metodológicas (Guía Socidrogalcohol, 2017):

- La dificultad diagnóstica se potencia por la superposición de síntomas que pueden ser síntomas, síndromes o enfermedades definidas, y la influencia recíproca entre los trastornos, que modifica los síntomas y aumenta la cronicidad. La intoxicación y el síndrome de abstinencia agudo y prolongado pueden simular diversos trastornos psiquiátricos e interactuar con todos ellos.
- La metodología usada en los diversos estudios de comorbilidad es muy dispar, variando los criterios de selección de la muestra, diseño del estudio, situación del consumo en el momento en que se realiza la evaluación, naturaleza de la entrevista, criterios diagnósticos empleados y consideración de diagnósticos actuales o a lo largo de la vida.
- El uso de diferentes escalas para la detección de la psicopatología también modifica los resultados, así como la utilización de entrevistas clínicas o estructuradas, que pueden presentar entre ellas poca concordancia. El momento de la entrevista diagnóstica puede afectar a la fiabilidad y la validez de la respuesta, y así se observa que

durante la abstinencia precoz es más difícil hacer diagnósticos fiables. Los trastornos que aparecen en el contexto de la intoxicación o los que aparecen en la abstinencia no son considerados habitualmente como verdaderos trastornos psiquiátricos, sino como epifenómenos de la intoxicación y la abstinencia y por ello se propone esperar unos días para ver su evolución antes de realizar un diagnóstico.

→ La procedencia y características de la muestra influye en los resultados, variando según procedan de programas específicos de adicciones o de unidades psiquiátricas, o bien de que estén o no hospitalizados. Determinados trastornos psiquiátricos, como la depresión, pueden provocar la búsqueda de tratamiento con más frecuencia que otros trastornos, lo que hace que pueden estar sobrerrepresentados. La composición de la muestra respecto a sexo y edad también modifican los resultados. Aunque la valoración longitudinal puede dar resultados más reales que la retrospectiva, la mayoría de los estudios tienen carácter retrospectivo. Se ha cuestionado la fiabilidad de la información aportada por los consumidores, aunque diversos estudios muestran alta concordancia entre los datos de la entrevista y las muestras de orina, con elevada fiabilidad.

→ A medida que se va avanzando en los escalones asistenciales la prevalencia se va incrementando, yendo desde el 7% entre la población general al 74% para los sinteco con patología psiquiátrica que consumen alcohol o alguna otra droga ilícita. De la misma forma, las cifras variarán dependiendo del recurso asistencial en el que se haya hecho el estudio, encontrando la más baja incidencia entre la población general consumidora y la más alta entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados por cuadros graves.

Por todo ello en los estudios de comorbilidad es necesario realizar una evaluación longitudinal, usar instrumentos estandarizados para valorar el trastorno por consumo y los trastornos psiquiátricos, el uso de diferentes fuentes de información, la evaluación de la dependencia actual y a lo largo de la vida, y de que otros tipos de sustancias se es dependiente, retrasar el diagnóstico hasta que el paciente está estable y no experimente síntomas significativos de intoxicación ni de abstinencia (definiendo ésta claramente), y realizar la entrevista por personal clínicamente entrenado (Pereiro y Fernández, 2018).

Se sabe que entre la población general la posibilidad de padecer un cuadro psiquiátrico entre los consumidores representa una odds ratio más elevada que entre la población no consumidora, alrededor de un 3 o 4. Se estima que más de un tercio de las personas diagnosticadas de un trastorno mental abusa o es dependiente de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, y entre los pacientes dependientes del alcohol el 37% sufre de otros trastornos mentales.

No obstante, se ha de insistir en que la prevalencia de la comorbilidad difiere entre la población general y la que está en tratamiento, siendo más elevada en esta última (Torrens et al, 2015; Guía Socidrogalcohol, 2017). Por otra parte, estudios epidemiológicos internacionales revelan que la morbilidad de abuso/ dependencia de sustancias se da hasta entre

el 70 y el 80% entre los pacientes con esquizofrenia, más del 60% entre los pacientes con trastorno bipolar (Regier et al, 1990), más del 70% en los trastornos de personalidad graves, y más del 30% en los trastornos por ansiedad y depresión.

Riesgo para trastornos por uso de drogas según patología psiquiátrica (*Datos procedentes del estudio ECA (Regier et al. 1990)*)

TRASTORNOS	%	OR
T. DEPRESIVOS	27%	1,9
T. BIPOLARES	60%	7,9
ESQUIZOFRENIA	47%	4,6
TPA	83%	29,6
T.ANSIEDAD	23%	1,7
T. FÓBICOS	23%	1,6

SUSTANCIA	PREVALENCIA (%)
Nicotina	90%
Cafeína	90%
Alcohol	20% - 60%
Cannabis	12%-42%
Cocaína	22%- 30%
Opiáceos	4%-12%

2.1. PREVALENCIA GENERAL

El primer estudio potente a nivel epidemiológico fue el Epidemiological Catchment Area-ECA (Regier et al., 1990), un estudio en población general en EEUU (N=20.291), que estimó una prevalencia a lo largo de la vida del 22.5% para Trastorno Mental (TM) no asociado a TUS, 13.5% para abuso/dependencia de alcohol y 6.1% abuso/dependencia a otras drogas. En pacientes con TM, la prevalencia de TUS era mayor, con una Odds Ratio (OR) del 2.7 y una prevalencia del 29%. En individuos tratados en salud mental y en clínicas de adicciones encontraron una OR significativamente más elevado de sufrir ambos trastornos. En prisión se encontró el mayor porcentaje de comorbilidad entre trastornos adictivos y trastorno mental grave (TMG) especialmente con trastorno antisocial de la personalidad, esquizofrenia, y trastorno bipolar (TB).

Otro estudio posterior, el NESARC, utilizó la entrevista AUDADIS con criterios DSM-IV y se realizó con una muestra también estadounidense de 43.000 sujetos; y arrojó los siguientes resultados para la prevalencia de trastorno mental en el último año entre sujetos con trastorno por uso de sustancias (Hasin y Grant, 2015): los trastornos más frecuentemente encontrados fueron el trastorno por uso de alcohol, y los trastornos de estrés postraumático y la depresión mayor. Las mujeres tenían más “trastornos de internalización” y los hombres tenían más “trastornos de externalización”, aunque la preponderancia de varones con trastornos de alcohol (la “brecha de género”) fue menos pronunciada que en décadas anteriores. Poco después se presentó el National Comorbidity Survey Replication (NCSR), entre más de 9000 personas con la CIDI (Composite International Schedule) como instrumento diagnóstico y con criterios DSM-IV, con prevalencias de comorbilidad alrededor del 14% (Kessler y Merikangas, 2014).

En otro estudio, también realizado en Estados Unidos en una muestra de 10.123 adolescentes de entre 13 a 18 años, los trastornos mentales graves tuvieron altas tasas de abuso de alcohol (10,3%) y drogas ilícitas (14,9%), con o sin dependencia. El abuso de alcohol y drogas ilegales fue mayor entre los adolescentes con trastornos de ansiedad previos (17,3% y 20%, respectivamente) y trastornos del comportamiento (15,6% y 24%, respectivamente). Cualquier trastorno previo aumentó significativamente el riesgo de transición del no consumo al primer uso, y del uso al uso problemático del alcohol o drogas ilícitas, por lo que se dedujo que los adolescentes con trastornos mentales crónicos, presentan factores de riesgo para la transición de la falta de uso a la utilización y progresión a problemas relacionados con la droga y el alcohol (Compton et al., 2006).

En Europa también los datos de prevalencia variarán según el escenario en que estén hechos, y el estudio de la European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA) (Torrens et al., 2015) da una buena prueba de ello, al valorar este tipo de trastornos comórbidos entre la población general, los pacientes en hospitales generales, los pacientes tratados en los servicios de drogas, los pacientes atendidos en los centros de salud mental, los usuarios de drogas que no buscan tratamiento, la población penitenciaria o los sin techo; de ahí que los valores establecidos para las distintas prevalencias de las enfermedades psiquiátricas en consumidores de drogas sean tan dispares. Los propios autores del informe EMCDDA reconocen que la relación entre el TUS y los otros trastornos mentales representan dificultades a la hora de establecer relaciones entre ambos. Su informe refleja una prevalencia estimada para esta comorbilidad del alrededor del 50%, pero al mismo tiempo indica que esta cifra global se debe tomar con precaución, ya que la metodología, sustancias, cuadro psicopatológicos y muestras difieren en los distintos estudios revisados y tienen divergencias importantes, lo que podría ser un sesgo en esta estimación global, por lo que es mejor analizar este dato de forma individual para cada sustancia y cuadro nosológico.

2.2. PREVALENCIA EN ESPAÑA.

Aunque la concurrencia de TUS y OTM también se considera alta en España, su conocimiento detallado y global escaso (Arias et al., 2013; Gual, 2007). El principal problema es que el tratamiento de estos pacientes es gestionado por varias redes sanitarias, lo que provoca una variabilidad significativa. No obstante, ya en 2007 un estudio mostró que el 33,8% de las personas con adicción en España presentaban comorbilidad con OTM, siendo la depresión y el trastorno por uso (T.U.) de alcohol los más prevalentes (Gual, 2007). Desde finales de la década de 1990 se han publicado diversos estudios sobre la concurrencia de TUS y OTM en poblaciones en tratamiento, la mayoría de ellos desarrollados en redes de atención específica a drogodependencias y en comunidades autónomas con diferentes modelos de atención (paralelos o integrados) (Arias et al., 2013b; Gual, 2007; Fernández Miranda et al., 2001).

Varios estudios han analizado los pacientes con TUS y OTM atendidos en diversas redes asistenciales. Uno de ellos mostró que del 61,8% de los pacientes con comorbilidad, el 36,1% son manejados en la red de salud mental y el 70,3% en la red de adicciones. También se ha reportado que los pacientes con diagnóstico dual, especialmente aquellos consumidores de alcohol y cocaína, presentan mayor riesgo de suicidio. Y que más del 70% de personas adictas a la cocaína tenían OTM, destacando la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y personalidad (Arias et al., 2013; Pereiro et al, 2008). Otro estudio mostró que existe una mayor prevalencia de pacientes con trastornos psicóticos en la red de salud mental (66%) y con una mayor dependencia del cannabis en comparación con la red de adicciones (37,5%) (Mancheño-Barba et al., 2019).

Hasta la fecha del estudio que mencionaremos más adelante, no se han realizado estudios a nivel nacional en España que comparen las similitudes y diferencias entre los pacientes comórbidos en la red de salud mental frente a la red de trastornos adictivos y el tipo de tratamiento que reciben en cada uno de ellos.

ESTUDIOS SOBRE TUS+OTM EN ESPAÑA

FERNÁNDEZ-MIRANDA, JJ ET AL, (2001), INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PROLONGADO CON METADONA, ACTAS ESPAÑOLAS PSIQUIATRÍA 29 (4): 228-232,
ARIAS F ET AL, (2013), 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, L 25(1): 191-200,

EMCDDA (2015), PERSPECTIVES ON DRUGS, COMORBIDITY OF SUBSTANCE USE AND MENTAL HEALTH DISORDERS IN EUROPE, L/SBON: EMCDDA,

GUAL, A, (2007), DUAL DIAGNOSIS IN SPAIN, DRUG AND ALCOHOL REVIEW, 26(1), 65-71,

SANCHEZ-PENA, J,F, ALVAREZ-COTOLI, P, RODRIGUEZ-SOLANO, J,J, (2012), PSYCHIATRIC DISORDERS ASSOCIATED WITH ALCOHOLISM: 2 YEAR FOLLOW-UP OF TREATMENT, ACTAS ESP, PSIQUIATR, 40(3): 129-135,

SZERMANN, N ET AL (2012), DUAL DIAGNOSIS AND SUICIDE RISK IN SPANISH OUTPATIENT SAMPLE, SUBS USE MISUSE 47: 383-9,

PEREIRO, C ET AL (2013) PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN PATIENTS FROM THE ADDICTIVE DISORDERS ASSISTANCE UNITS IN GALICIA, THE COPSIAD STUDY

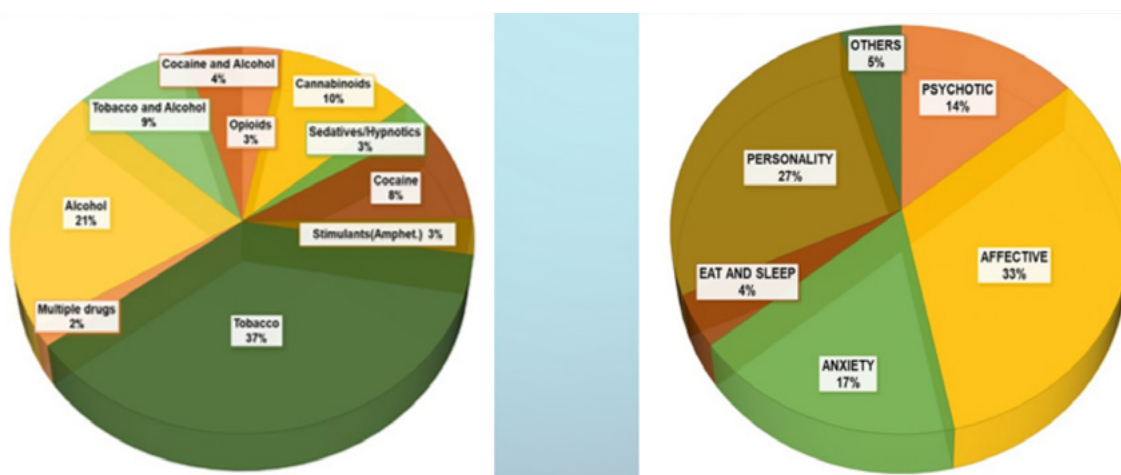
Por último, la encuesta nacional realizada por Socidrogalcohol sobre más de 1.700 pacientes y el estudio derivado sobre comorbilidad en el sistema sanitario (Fernández Miranda et al, 2021) muestra una importante concurrencia de diagnósticos TUS y OTM. Se encontró una elevada prevalencia de OTM en aquellos a tratamiento en redes de adicciones por su TUS (71%) y también tanto de diagnósticos de T.U. de cualquier sustancia (68,9%) como de consumo activo de sustancias (50%, exceptuando tabaco) en las personas a tratamiento por diagnósticos de OTM en redes de salud mental. Y relaciones significativas entre la adicción a determinadas sustancias y trastornos mentales concretos: de personalidad con todos los TUS; psicóticos con trastorno por uso de cannabis, pero no de cocaína; afectivos con el de consumo de cocaína, y de ansiedad con el de uso de cannabis.

ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE LA CONCURRENCIA DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS Y DE OTRO TRASTORNO MENTAL

Encuesta nacional Socidrogalcohol

Los datos obtenidos en la encuesta arrojan una importante concurrencia de diagnósticos TUS y OTM en mas del 60% de los pacientes. Se encontró una elevada prevalencia de OTM en aquellos a tratamiento en redes de adicciones por su TUS (71%) y también tanto de diagnósticos de TUS (68,9%) como de consumo activo de sustancias (50% exceptuando tabaco) en las personas a tratamiento por diagnósticos de OTM en redes de salud mental. Y relaciones significativas entre la adicción a determinadas sustancias y trastornos mentales concretos: de personalidad con todos los TUS; psicóticos con trastorno por uso de cannabis, pero no de cocaína; afectivos con el de consumo de cocaína y de ansiedad con el de uso de cannabis. Este estudio aporta información preliminar sobre la elevada coexistencia en la práctica clínica habitual de trastornos adictivos y otros trastornos mentales en España tanto en redes asistenciales de salud mental como específicas de adicciones.

Figura 1. Trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales



3. ASPECTOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS

3.1. TUS Y ESQUIZOFRENIA.

La asociación de esquizofrenia y la dependencia de drogas repercute en las manifestaciones clínicas y el curso evolutivo de ambos trastornos implicando (Gual, 2007; Guía Sociodrogalcohol, 2017):

- Más alteraciones conductuales, problemas familiares, agresividad y conductas hostiles y amenazadoras, y más enfermedades físicas.
- Más cambios de humor, síntomas afectivos, delirios, alucinaciones auditivas y síntomas positivos, con influencia variable en los efectos extrapiramidales.
- Inicio de esquizofrenia más precoz y curso agravado.
- Mayor uso de urgencias, más conductas suicidas, peor cumplimiento del tratamiento, más ingresos hospitalarios y más recaídas
- Pude repercutir en los efectos del tratamiento farmacológico.
- Los pacientes esquizofrénicos con subtipo negativo, tienen menos consumo de drogas asociado que los de subtipo mixto, que están más socializados y tienen mayor capacidad para la búsqueda de sustancias.

En concreto, para algunas sustancias:

Tabla 2. Implicaciones sintomatológicas y terapéuticas específicas de la comorbilidad TUS y esquizofrenia

Sustancia	
Cannabis, Cocaína y Anfetaminas	• Aparición más brusca del cuadro, síntomas positivos más prominentes con predominio del subtipo paranoide y de síntomas depresivos, tienen más ingresos y más alteraciones motoras. • Pueden ser relevantes los efectos anticolinérgicos del cannabis en la efectividad de los antipsicóticos (AP). • Los consumidores de cocaína requieren mayores dosis de AP por posibles interacciones, y puede que su consumo incremente el riesgo de síntomas extrapiramidales.
Alcohol	• Más conductas hostiles y amenazadoras, y más conductas suicidas. • Peor evolución, con más recidivas e incumplimiento terapéutico, además de más enfermedades físicas, aunque presentan menos efectos extrapiramidales.
Cafeína y Tabaco	• Los fumadores de tabaco y los consumidores de cafeína pueden requerir mayores dosis de AP (en el caso del tabaco posiblemente por incrementar su metabolismo). • El tabaco mejora la función cognitiva de la esquizofrenia y la inducida por los AP.

3.2. TUS Y TRASTORNO DEL ÁNIMO Y TUS Y TRASTORNO DE ANSIEDAD

En los pacientes con trastorno del ánimo o de ansiedad que consumen sustancias se complica su trastorno de base, se modifican los síntomas, empeora el curso con aumento de la cronicidad y el riesgo suicida, y disminuye la eficacia del tratamiento. Los trastornos bipolares, depresivos y ansiosos (Fernández-Miranda et al, 2001; Torrens et al, 2015; Arias et al, 2013) hacen evolucionar peor la adicción, con abuso de un mayor número de sustancias, edad de comienzo del consumo menor, y contribuyen a mantener o recaer en el consumo. Aunque se considera que la comorbilidad empeora el pronóstico, algunos autores refieren menores tasas de recaída en los pacientes con diagnóstico dual si realizan tratamiento adecuado de ambos trastornos.

El alcohol produce disminución inmediata de la ansiedad favorece el consumo, y dicho consumo y su abstinencia inducen ansiedad, reforzando el consumo. Los dependientes de alcohol con trastorno del ánimo o de ansiedad presentan un curso más rápido de su adicción, con mayores ingestas, consecuencias físicas y psicosociales más graves, y síntomas de abstinencia más graves. Asimismo, el propio consumo excesivo de alcohol puede producir sintomatología depresiva, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. Por su potencial ansiolítico también se registra una elevada tasa de consumo de tabaco y cannabis en estos pacientes. El abuso de benzodiacepinas estaría relacionado en algunos casos con trastornos de ansiedad (Guía Socidrogalcohol, 2017).

3.3. TUS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

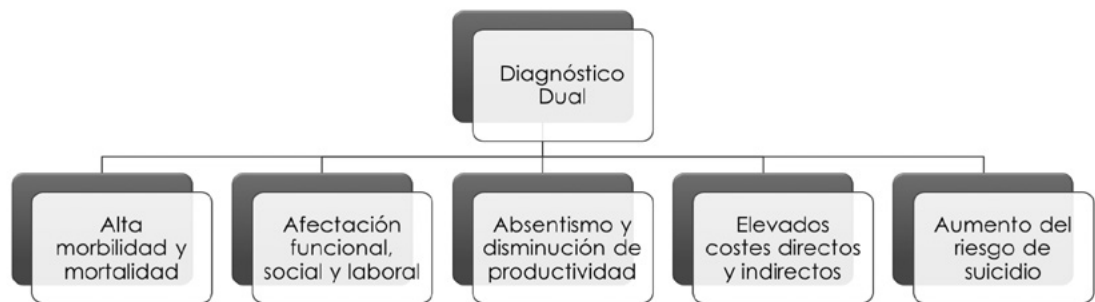
Determinados rasgos de personalidad se relacionan con el consumo de alcohol y cannabis, hallándose que consumidores jóvenes obtienen puntuaciones más bajas en estabilidad emocional y apertura mental. Un estudio reciente (Martínez-Gras et al, 2016) muestra diferentes distribuciones del consumo de alcohol con respecto a los rasgos de personalidad.

El uso de sustancias se asocia a menudo con un trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes entre los usuarios de drogas ilegales los trastornos de la personalidad antisocial y de inestabilidad emocional/límite. Las personas con trastornos de la personalidad padecen más síntomas problemáticos de TUS que aquellas que no presentan trastorno de personalidad. Estos pacientes participan con más frecuencia en conductas de riesgo: compartir jeringas y prácticas sexuales de riesgo, y presentan más dificultades para permanecer o cumplir el tratamiento (Fernández Miranda et al, 2001).

Un TUS está presente en aproximadamente el 60% de pacientes con TLP, y entre el 15-20% de TUS cumplirían también criterios TLP, siendo las drogas más frecuentes entre ellos los opiáceos, seguidos de la cocaína y el alcohol. Par el estudio Madrid, el Trastorno disocial de personalidad fue el más frecuente entre los TUS (Arias et al, 2013). También desde hace años se viene evidenciando una estrecha relación entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y el consumo de sustancias, concretamente el cannabis y tabaco.

4. CONSECUENCIAS DE LA COMORBILIDAD

Las personas con comorbilidad presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, mayores tasas de recaídas, menor adherencia al tratamiento, mayor complejidad en el consumo, mayor riesgo de suicidio y peores condiciones de salud física. Utilizan más los servicios sanitarios y sociales, y su situación laboral es precaria, lo que empeora pronóstico (Pereiro y Fernández, 2018).



4.1. REPERCUSIONES CLÍNICAS

En concreto, la asociación de un trastorno mental y un TUS repercute en las manifestaciones clínicas y el curso evolutivo de ambos trastornos implicando una peor evolución de la adicción, con abuso de un mayor número sustancias, edad de comienzo del consumo menor, y contribuyen a mantener o recaer en el consumo. Y la gravedad psiquiátrica es un predictor negativo del resultado terapéutico en dependientes. Además, se produce (Guía Socidrogalcohol, 2017):

- Más alteraciones conductuales
- Más cambios de humor, síntomas afectivos y psicóticos.
- Curso más agravado en general de ambos trastornos.
- Curso más rápido de la adicción, con consecuencias físicas y psicosociales más notorias, y síntomas de abstinencia en general más graves.
- Repercusión negativa en los efectos del tratamiento farmacológico.
- Aparición más brusca de los cuadros clínicos
- Más ingresos hospitalarios
- Pueden ser relevantes los efectos adversos
- Pueden requerir mayores dosis de psicofármacos por posibles interacciones

- Más conductas hostiles
- Más conductas suicidas.
- Peor evolución, con más recidivas
- Mayor incumplimiento terapéutico
- Más enfermedades físicas.

4.2. DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO

La alta tasa de comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales precisa de un enfoque integral de la intervención, que identifica y evalúa cada trastorno al mismo tiempo, proporcionando tratamiento según sea necesario. Y requiere de herramientas de evaluación amplias, que tienen menos probabilidades de ofrecer un diagnóstico errático o poco exacto. Por consiguiente, los pacientes que entran en tratamiento por enfermedades psiquiátricas también deben ser examinados para detectar trastornos por uso de sustancias y viceversa. El diagnóstico exacto es complicado por las similitudes entre los síntomas relacionados con la sustancia de abuso y los trastornos mentales potencialmente comórbidos. Por lo tanto, cuando las personas que abusan de sustancias entran en el tratamiento, puede ser necesario observarlas después de un período de abstinencia para distinguir entre los efectos de la intoxicación o retirada de la sustancia y los síntomas de los trastornos mentales comórbidos. Esta práctica permitirá un diagnóstico más preciso y un tratamiento más específico (Guía Socidrogalcohol, 2017).

No obstante, el diagnóstico puede ser complicado, pues es difícil saber si el consumo es causa etiológica del cuadro psiquiátrico o viceversa, ya que incluso en el primer caso el cuadro podría ser transitorio y remitir tras el abandono de la sustancia, con lo que no estaríamos ante un diagnóstico psiquiátrico sensu estricto más allá del trastorno por uso/consumo de sustancias (TUS). En la medida de lo posible el correcto diagnóstico se haría cuando, si puede, el paciente abandone el uso de la sustancia. Pero el abordaje terapéutico, ante la posible coexistencia, sería el abordaje de ambos cuadros. El diagnóstico puede requerir varios días de observación. Para un correcto diagnóstico se deben de emplear los criterios CIE-10 (o ya CIE-11) o DSM-5 (Pereiro y Fernández, 2018).

Las actuales clasificaciones adoptan el criterio de que, para diagnosticar cualquier trastorno mental, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica, lo que permite hacer el diagnóstico de los trastornos que aparecen en la intoxicación y la abstinencia, pero con una categorización diferente a aquellos trastornos que aparecen fuera de estas situaciones.

Tabla 3. Síntomas psiquiátricos en intoxicación y en consumo crónico

	Síntomas psiquiátricos asociados con el uso agudo / intoxicación	Síntomas y trastornos psiquiátricos asociados al consumo crónico
Alcohol	Síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, ansiedad, comportamiento antisocial, deterioro cognitivo, amnesia inducida por el alcohol, estupor	Trastorno depresivo, trastornos de ansiedad, alucinosis alcohólica, trastorno psicótico, deterioro cognitivo, Wernicke–Korsakoff
Cannabis	Síntomas psicóticos, ansiedad aguda/ataque de pánico, síntomas depresivos, despersonalización, desrealización	Esquizofrenia/exacerbación de trastornos psicóticos en personas vulnerables, mayor riesgo de trastorno depresivo, deficiencias neurocognitivas (memoria, atención), trastornos de ansiedad
Alucinógenos	Síntomas psicóticos, ansiedad, pánico, síntomas depresivos, despersonalización, desrealización	Flashbacks, trastorno de percepción persistente por alucinógenos, síntomas psicóticos
Inhalantes	Psicosis, estupor, confusión, alteración memoria	Deterioro cognitivo (que varía de leve a demencia), trastornos de ansiedad, depresión, síntomas psicóticos
Opioides	Deterioro cognitivo, estupor	Deterioro cognitivo, depresión
Sedantes	Deterioro cognitivo, estupor	Deterioro cognitivo, depresión
Estimulantes	Psicosis, manía, ansiedad post-uso y síntomas depresivos	Trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, deterioro cognitivo

Un problema fundamental es la tendencia a no diagnosticar el trastorno dual. Generalmente, esto ocurre por tendencia a la ocultación, negación y/o minimización del consumo de drogas en personas con trastornos mentales, y no detección de psicopatología en pacientes con adicciones. Otra dificultad diagnóstica se centra, como ya se ha comentado, en diferenciar los síndromes clínicos inducidos por drogas de los primarios. El término “inducido” implica causalidad, y se refiere a síndromes derivados de la intoxicación o la abstinencia de una o varias sustancias. Por otro lado, el consumo de drogas produce una modificación de la clínica habitual de los trastornos primarios, modificando su presentación y el curso evolutivo, que puede ser fundamental para establecer el diagnóstico (Pereiro y Fernández, 2018).

Por todas estas dificultades para el diagnóstico, se recomienda una anamnesis detallada (incluyendo antecedentes familiares, cronología del proceso, sintomatología durante períodos de abstinencia y relación con consumos), la utilización de entrevistas semiestructuradas y el uso de marcadores biológicos. Es necesario seleccionar instrumentos que ayuden a detectar los casos, evitando que pacientes con dos trastornos queden sin diagnóstico y sin tratamiento. Existe una importante diferencia entre la elevada prevalencia de TUS estudiada entre los pacientes psiquiátricos y la escasa detección de casos en la práctica clínica. Para evitar este infradiagnóstico existen recomendaciones claras y consensuadas (Guía Socidrogalcohol, 2017).

4.3. DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN Y RESPUESTA ASISTENCIAL

La atención a los pacientes con concurrencia de TUS y OTM es un reto sanitario, pues sus características demandan elaborar propuestas asistenciales que respondan a sus múltiples necesidades. Adaptar los recursos de tratamiento a las personas con trastornos adictivos y otros trastornos mentales sigue siendo un reto para los sistemas nacionales de salud.

Es necesario recordar que, históricamente se han generado en casi todos los países dos redes para tratar a un mismo paciente con trastorno adictivo y otros trastornos mentales, lo que hace que la comorbilidad haya sido atendida de forma paralela o secuencial, provocando déficits asistenciales que aumentan la morbilidad y la mortalidad por el abandono del tratamiento. Aunque ha habido un proceso de integración de las redes de atención a las adicciones en algunos sistemas públicos de salud (especialmente en las redes de salud mental, aunque también en atención primaria), ha sido irregular y parcial, y, por ejemplo en España, aún muchas CC.AA. tienen redes paralelas (Torrens et al., 2015; Pereiro y Fernández, 2018).

Este hecho supone tres tipos de abordaje en el tratamiento de esta concurrencia: secuencial, paralelo e integrado. En el secuencial el paciente realiza tratamiento de un diagnóstico en una red y posteriormente del comórbido en la otra. En paralelo se trata al paciente en las dos redes simultánea. En los tratamientos integrados, un mismo equipo terapéutico (fundamentalmente de salud mental) trata los dos. Los resultados de los tratamientos secuenciales se han mostrado malos. Los paralelos exigen un alto nivel de coordinación que casi nunca es posible. La modalidad de tratamiento más eficiente parece ser los programas integrados, que posibilitan atención integral y más precoz y han mostrado mejor evolución de estos pacientes (Guía Socidrogalcohol, 2017).

Algo importante es modificar la actitud en muchos casos aún prejuiciosa de muchos profesionales sociosanitarios. Hay que mejorar la capacidad para que los pacientes sean correctamente diagnosticados y tratados, con estrategias de tratamiento adaptadas a ellos. Y es que no son sólo dificultades organizacionales las que aparecen en el tratamiento de estos pacientes: existe el riesgo de obviar el problema de adicción o minimizar la psicopatología. Hay que hacer hincapié en la doble estigmatización de estas personas (triple en el caso de

las mujeres), no solo a nivel social general sino particularmente la que aún persiste en el sistema sociosanitario.

En la atención a las personas con concurrencia de TUS y OTM debe considerarse varios principios fundamentales (Guía Socidrogalcohol, 2017):

- Facilitar diagnóstico y abordaje terapéutico y garantizar equidad en el acceso a los recursos. Ofrecer un tratamiento a cualquier paciente con OTM y TUS debería ser algo habitual, porque es un derecho. Las intervenciones deben favorecer la inclusión social y propiciar el acceso rápido a los profesionales sanitarios, dando atención especial a poblaciones con más dificultades de acceso al tratamiento o de mayor riesgo.
- Garantizar una atención de calidad centrada en la rehabilitación de la persona, y lograr la mayor capacidad funcional del paciente y la mejora de su calidad de vida. Esto pasa por una integración plena y normalizada en el sistema de salud, y coordinada con dispositivos de apoyo social, asegurando la continuidad de cuidados. Ha de promover la inclusión social, la mejora de la calidad de vida y la evitación de toda estigmatización.
- Incluir en el tratamiento apoyo comunitario, y orientarse a largo plazo, con objetivos terapéuticos realistas y bien definidos. Debe ofrecer medicaciones e intervenciones psicológicas mostradamente efectivas y que favorezcan la adherencia al tratamiento. Tiene que considerar entre sus objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.
- Considerar los equipos multidisciplinarios como base de la atención a pacientes con comorbilidad. Los profesionales deben estar capacitados para tratar tanto TUS como OTM. Y actuar desde una misma estructura organizativa, que fundamentalmente será la red de salud mental de los diferentes servicios de salud de las CC.AA., pues es en ellos donde se atienden de manera especializada a las personas con trastornos mentales, incluidos los relacionados con el consumo de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Bases neurobiológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. En: Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Rubio G, López-Muñoz M, Álamo, Santo-Domingo J (Eds) Panamericana. Barcelona, 2001.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, A. y Babín, F. (2013). 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*, 25(2), 118. <https://doi.org/10.20882/adicciones.59>
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566–576. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566>
- Fernández Miranda, J., González García-Portilla, M., Saiz Martínez, P., Gutiérrez Cienfuegos, E. y Bobes García, J. (2001). Influencia de los trastornos psiquiátricos en la eficacia de un tratamiento de mantenimiento a largo plazo con metadona. *Actas Esp Psiquiatr*, 29 (4), 228-232.
- Fernández Miranda JJ, Fontoba Díaz J, Díaz Fernández S, Pascual Pastor F. Encuesta nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental. Ed. Socidrogalcohol y Plan Nacional sobre Drogas.: Valencia, 2020. ISBN: 978-84-949467-9-0
- Gual, A. (2007). Diagnóstico dual en España. *Drug Alcohol Rev*, 26 (1), 65-71. doi:10.1080/09595230601037000
- Hasin, DS y Grant, BF (2015). Encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y trastornos relacionados (NESARC), oleadas 1 y 2: revisión y resumen de los hallazgos. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50 (11), 1609-1640. doi:10.1007/s00127-015-1088-0
- Kessler, R. C., y Merikangas, K. R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 60–68. <https://doi.org/10.1002/mpr.166>
- Mancheño-Barba, JJ, Navas-León, S., Gutiérrez-Lopez, ML, De la Rosa-Cáceres, A., Cáceres-Pachón, P., y Martín Lozano, O. (2019). Análisis de los perfiles de pacientes con patología dual que acuden a centros de adicciones, centros de salud mental y un servicio coordinado. *Anales de psicología*, 35 (2).
- Martínez-Gras, I., Ferre Navarrete, F., Pascual Arriazu, J., Peñas Pascual, J., De Iceta Ruiz de Gauna, M., Fraguas Herráez, D., GIPA, O. (2016). Psychiatric comorbidity in a sample of cocaine-dependent outpatients seen in the Community of Madrid drug addiction care network. *Adicciones*, 28(1), 6. <https://doi.org/10.20882/adicciones.785>

- Palomo, JL, Arias, F, Szerman, N, Vega, P, Basurte, I, y Mesías, B. (2017). Trastornos duales en individuos en tratamiento por consumo de alcohol y cocaína: estudio de Madrid sobre la prevalencia de trastornos duales. *Salud Mental* . doi:10.17711/SM.0185-3325.2017.033
- Pascual-Pastor, F, Fernández-Miranda, JJ, Díaz-Fernández, S., & Sala-Añó, C. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Valencia (Ed. Socidrogalcohol).
- Pereiro, C., Pino, C., Florez, G., Arrojo, M., y Becona, E. (2013). Comorbilidad psiquiátrica en pacientes de las Unidades de Atención a Trastornos Adictivos de Galicia: el estudio COPSIAD. *PLoS One*, 8 (6), e66451. doi:10.1371/journal.pone.0066451
- Pereiro Gómez y Fernández Miranda JJ. Guía de adicciones para especialistas en formación. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>
- Rodríguez-Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Silva, T. C., SánchezNiubó, A., y Torrens, M. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(1), 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.11.025>
- Sanchez-Peña, JF, Alvarez-Cotoli, P, y Rodriguez-Solano, JJ (2012). Trastornos psiquiátricos asociados al alcoholismo: seguimiento de 2 años del tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 40 (3), 129-135.
- Szerman N; Arias F; Vega P; Babín F; Mesías B; Basurte I; Morant C; Ochoa E; Poyo F. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 2011; vol 23, núm 3; pág 249-255.
- Tirado-Munoz, J., Gilchrist, G., Fischer, G., Taylor, A., Moskalewicz, J., Giammarchi, C., Torrens, M. (2018). Comorbilidad psiquiátrica y violencia de pareja entre mujeres que se inyectan drogas en Europa: un estudio transversal. *Arch Womens Ment Health*, 21 (3), 259-269. doi:10.1007/s00737-017-0800-3
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J., y Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbilidad del consumo de sustancias y los trastornos mentales en Europa (EMCDDA Ed. Vol. 19).

Financiado por:



www.riod.org

