

Castalia: Boletín virtual especial:

Prevención y tratamiento de los trastornos duales

La Dra. Nora Volkow, directora del NIDA, ha vuelto a poner sobre el tapete el “doble desafío” representado por el abuso de sustancias y las perturbaciones mentales (ver las NIDA Notes, Vol. 18, No. 5, pp. 3-4). Allí señala que 6 de cada 10 personas donde se constata abuso de alcohol y otras drogas, sufren de perturbaciones mentales de acuerdo a los estudios epidemiológicos más recientes realizados en los Estados Unidos. “La brumadora realidad de éstas dos perturbaciones coexistentes presenta un enorme desafío para la investigación del abuso de drogas, la prevención y el tratamiento...El amplio programa de investigación científica del NIDA acerca de los orígenes y caminos recorridos por la co-morbilidad, promete nuevos vehículos de prevención y tratamiento que podrán reducir la incidencia de ambas enfermedades entre las personas vulnerables y poner en la ruta de la recuperación a los que ya las sufren”. Cuando publicamos nuestro libro **Comunidad Terapéutica y Trastornos Duales** (Montevideo, Psicolibros, 2001. Edición peruana: **Develando a Maya**, CEDRO, 2001), muchas personas se preguntaban ¿qué es esto de los **trastornos duales**? Un **trastorno dual** es la asociación de más de una psicopatología en el cuadro que presenta una persona durante un período dado de tiempo y que requiere, por su complejidad y las complicaciones que conlleva, de un enfoque terapéutico apropiado. Palabras equivalentes son: **co-morbilidad**, **doble diagnóstico**, **perturbaciones asociadas** o **concurrentes**. Interesa, por lo tanto definir los **grados de co-morbilidad** y especificar si se trata de una situación actual, de un año, de toda la vida; por ejemplo. En el Capítulo XII, p. 185 y siguientes se trata este punto en extenso, proporcionando algunas situaciones clínicas ilustrativas. Son cuadros psicopatológicos complicados porque el / la paciente que tiene una problemática psiquiátrica, consume drogas ilegales y/o es adicto/a a ellas. En estos cuadros – y si nos referimos a las psicosis en particular – hay un pendular entre la problemática en el registro psíquico por un lado (delirios, alucinaciones) y el conductual (compulsiones, actuaciones, ansiedad incontenible). En éstos casos la adicción puede aparecer en un primer plano como sintomatología dominante y, sin embargo, ser solamente **una máscara defensiva de una psicosis de fondo**. Estamos en presencia de lo que llamamos **toxicomanías psicóticas** que no son toxicomanías genuinas tal como aparecen descritas en el DSM IV o en los tratados de psiquiatría. Como contrapartida, hay estados psicóticos francos (con delirios, alucinaciones, rupturas totales con la realidad cotidiana) que son sostenidas por una adicción a una o varias drogas. Aquí hablamos de **psicosis toxicomaniacas** ya que la estructura y los síntomas positivos de la psicosis están sostenidos por el consumo compulsivo; pero tampoco son una genuina toxicomanía ya que están al servicio de sostener –o encubrir- un trastorno psiquiátrico que constituye la auténtica perturbación (por ejemplo, trastornos del humor). El pasaje de una forma a otra es fluido; pero hay algo que quiero enfatizar: no podemos hablar de un **doble diagnóstico** con propiedad, ya que **lo doble** no es más que su manifestación: la patología de fondo es la que permanece encubierta o bien está sostenida por el consumo o la adicción siendo, por lo tanto, aquello a lo que debemos atender primero.

Esto no ocurre con otros cuadros psicopatológicos donde ambas situaciones coexisten o se alternan sin poder definirse claramente y resulta difícil saber cuál genera o encubre a cual. Es frecuente sortear ésta dificultad con una teoría que no hace más que obturar la búsqueda paciente de las vulnerabilidades y fortalezas específicas –en campos diversos– que tiene la persona. En el caso de perturbaciones debidas al uso de sustancias (alcohol y otras drogas) se ha visto que los trastornos bipolares y estados ansiosos ocurren en un sesenta por ciento de los casos¹. Por otra parte, el empleo de sustancias puede empeorar o ser el responsable de las resistencias al tratamiento que se observan en los diversos síndromes depresivos. La depresión, por su parte, puede incrementar el uso de sustancias e incrementar el riesgo de suicidio. Para poder diagnosticar un trastorno del humor la persona debe estar abstinentes del consumo de sustancias al menos por un mes. Numerosos estudios han demostrado que el uso de drogas y alcohol está ligado a un fracaso en la respuesta a los antidepresivos prescritos en psiquiatría. Debemos considerar, en éstos casos, al alcohol y el uso de drogas como tentativas de auto-tratamiento.

Castalia fue la primera institución uruguaya que se dedicó a investigar, asistir y estudiar/enseñar acerca de éstos cuadros que fueron siendo cada vez más numerosos entre nosotros a partir de los años noventa. Es muy importante, hoy en día, tener una adecuada formación clínico-teórica para poder entender su alto grado de complejidad y las múltiples complicaciones que plantean durante el proceso terapéutico.

La vida moderna ha llevado que determinadas situaciones (depresiones, psicosis, neurosis, trastornos –más o menos graves– del carácter y de la personalidad, etc.) aparezcan complicadas por el uso, abuso o dependencia a sustancias. Esto requiere el empleo de recursos terapéuticos apropiados que contemplen dichas situaciones que conocemos como **trastornos duales**. **Castalia** auspició diversos grupos de trabajo especializados en éstas patologías que aparecen potenciándose y/o dominando alternativamente el cuadro clínico.

La mayoría de las instituciones terapéuticas eligen abordar una u otra de éstas problemáticas (primariamente adicciones o cuadros psiquiátricos) que requieren la puesta en juego de diferentes dispositivos de trabajo. **Castalia**, durante sus veinte años de experiencia con problemáticas de éste tipo, ha desarrollado un marco apropiado de trabajo psicoterapéutico grupal, integrable con otras modalidades de tratamiento que tenga la persona y la familia. Este modelo integrado evidenció excelentes resultados ya que un 80% de los participantes en el grupo psicoterapéutico – y sus familiares – resultaron beneficiados ampliamente; mientras el 20% restante tuvo mejorías en diferentes áreas de funcionamiento en la vida cotidiana, más restringidos, pero siempre presentes.

Las personas con **trastornos duales** presentan alguna de las siguientes características:

- Pérdida del contacto con la realidad cotidiana (encierro, retracción, disminución de los contactos sociales); depresión, distintos trastornos de la personalidad y

¹ Ver el estudio **ECA** realizado en Estados Unidos en 1990. Publicado en JAMA 264, pp. 2511-2518.

conductas trasgresoras. (Consultar **Drogas, ética y trasgresión** en nuestra Biblioteca virtual).

- Consumo abusivo o compulsivo de diversos tipos de sustancias que alteran el funcionamiento habitual del sistema nervioso central y modifican su modo de comportarse corrientemente.
- Una estructura familiar altamente perturbada, disfuncional, donde aparecen otros miembros que tienen problemas psiquiátricos y/o consumo de alcohol y otras drogas.
- Dificultades para insertarse en el sistema educativo, laboral y socialmente.
- Tendencia a provocar rechazo, exclusión y marginación por parte de los demás.

Lograr la estabilización de éstas personas es uno de los objetivos mayores del proceso psicoterapéutico que lleva a transitar por numerosas etapas, tales como **prevenir las recaídas y disminuir la sintomatología**. (Ver: NIDA Research Report Series: **Therapeutic Community**, NIH Publication Number 02-4877, Agosto 2002, 12 pp. y De León, G.: **The therapeutic community. Theory, model and method**, Nueva York, Springer, 2000, 450 pp.) Este tipo de tratamiento es ampliamente favorable analizado en términos de costo/beneficio (beneficios entendidos como resultados obtenidos en relación dinero invertido). Diferentes estudios demuestran que por cada dólar norteamericano invertido se ahorran siete. A pesar de las múltiples dificultades que nos plantea un trabajo psicoterapéutico de éste tipo, **es fundamental adquirir una formación apropiada para abordarlo**; tanto por su frecuencia creciente como por constituir un reto a nuestra creatividad para expandir el campo de las intervenciones psicoterapéuticas. Además es muy gratificante –en diferentes momentos- ver los resultados de todos los esfuerzos realizados a lo largo del tiempo.

Síntesis bibliográfica:

- Perugi, G.; Torni, C. y Akiskal, H.S.: **Anxious-bipolar comorbidity. Diagnostic and treatment challenges**, PCNA (Psychiatric Clinics of North America), Vol.22, No. 3, setiembre de 1999, pp.565-583.

El término co-morbilidad indica más de una perturbación en una persona durante un período dado de tiempo. Por lo tanto, al definir porcentajes de co-morbilidad es importante especificar el período investigado (por ejemplo: actual, de toda la vida, durante un año, etc.). Si no se especifica, usualmente se entiende que la co-morbilidad se refiere a toda la vida. (p.565).

La co-morbilidad a la que se refiere éste artículo es la que se relaciona con **el pánico agorafóbico², las fobias sociales y los trastornos obsesivo-compulsivos**. Las

² El Prof. Enrique Probst (Uruguay) nos explica en una comunicación personal que el Prof. español López Ibor, por 1950, describió la **tímapatía ansiosa**. Se caracteriza crisis paroxísticas de ansiedad que dicho

depresiones atípicas muchas veces reciben el diagnóstico de trastornos fronterizos de la personalidad. En éste caso se trata de una hipersensibilidad para las relaciones interpersonales; extrema vulnerabilidad para sentirse herido por las críticas o el rechazo (vulnerabilidad narcisista); aumento del apetito; consumo de sustancias; hipersomnias y cambios frecuentes del humor durante el día. En éstos casos, tanto el alcohol como el abuso de sustancias deben ser vistos como **tentativas de autotratamiento**. Las implicancias clínicas más importantes para diagnosticar la co-morbilidad en un **cuadro bipolar ansioso** son: inestabilidad sintomatológica, formas múltiples de ansiedad y consumo de alcohol y sustancias.

- Sonny, S.C. y Brady, K.T.: *Substance abuse and bipolar comorbidity*, PCNA, Vol. 22, No. 3, Setiembre 1999, pp. 609-627.

El estudio nacional sobre la co-morbilidad realizado en los Estados Unidos (NCS) indicó que **entre el 41 y el 65% de las personas con un cuadro adictivo tienen un trastorno afectivo o ansioso en algún momento de sus vidas (prevalencia de vida)** (p. 609). Los **trastornos bipolares** son los que tienen un porcentaje más elevado de ocurrencia con una perturbación por el uso de sustancias comparados con cualquier otra perturbación psiquiátrica. La psicopatología puede modificar el curso de una perturbación por el uso de sustancias; o bien los síntomas psiquiátricos pueden emerger ya sea durante un proceso de intoxicación crónica; o durante la abstinencia.

El estudio **ECA**, de 1990, publicado en el JAMA, No. 264, pp. 2511-2518, reveló que más del 60% de las personas diagnosticadas con un **trastorno bipolar I** tienen, además, una adicción. Se ha encontrado que el uso excesivo de alcohol aparece durante la fase maníaca de la enfermedad. Hay muchos diagnósticos erróneos que responden a la superposición de síntomas que aparecen en la intoxicación aguda, la abstinencia y la inestabilidad afectiva. Los pacientes bipolares con co-morbilidad tienen hospitalizaciones más frecuentes por trastornos afectivos. La resolución de los trastornos afectivos se ha visto que disminuye el consumo de alcohol y sustancias.

- Nunes, E.V.; Deliyannides, D.; Donovan, S. y McGrath, P.J.: *The management of treatment resistance in depressed patients with substance use disorders*, PCNA, Vol. 19, No. 2, Junio 1996, pp. 311-327.

El uso de sustancias es común entre los pacientes psiquiátricos. A su vez, los síndromes depresivos son frecuentes en los pacientes que buscan tratamiento por abuso de sustancias. El uso de sustancias puede empeorar, o ser el responsable, de las resistencias al tratamiento que aparecen en los síndromes depresivos. La depresión, por otra parte, puede empeorar el uso de sustancias e incrementar el riesgo de suicidio. Con éste tipo

autor relaciona con el *locus cerúleo* del cerebro. (Para hacer un diagnóstico diferencial se inyecta al paciente lactato de calcio: si reproduce la crisis habría un componente orgánico). A esto es lo que hoy llaman **ataque de pánico**. Si los ataques se repiten se configura la **enfermedad de pánico**. Las crisis de pánico pueden evolucionar hacia una agorafobia que, en este caso es secundaria y defensiva ante la emergencia de las crisis.

de pacientes hay que ver qué es lo que remite o mejora primero y qué es lo que persiste (la depresión o el consumo de sustancias).

Numerosos estudios han demostrado que **el uso de sustancias está ligado a un fracaso en la respuesta a la medicación antidepresiva en pacientes deprimidos**. Muchos pacientes deprimidos consumen sustancias y hay que proponerles que se abstengan de las mismas para ver si mejora su depresión (teniendo en cuenta que las sustancias euforizantes tienen efectos transitorios y desarrollan tolerancia). Para diagnosticar un **trastorno del humor en una persona que consume sustancias**, debe estar abstinentes por más de un mes al menos. Cuando se ha logrado una abstinencia prolongada, y persiste la depresión, puede asumirse que ésta es un trastorno independiente. El tratamiento de la depresión – cuando el consumo de sustancias no está en su acmé- es exitoso y mejora no solo la depresión sino que también disminuye el consumo. La hospitalización del adicto es necesaria para lograr la abstinencia y poder tratar la depresión adecuadamente.

- Goldsmith, R.J.: *Overview of psychiatric comorbidity. Practical and theoretical considerations*, PCNA, Vol 22, No. 2, Junio 1999, pp. 331-349.

Refiriéndose al tratamiento de pacientes con doble diagnóstico dice que hay tres modalidades:

1. la secuencial.
2. la paralela y
3. la integrada.

Considera que la más deseable es la integrada. Para ésta modalidad el equipo terapéutico debe estar formado en el reconocimiento de trastornos psiquiátricos y adictivos y en los recursos terapéuticos necesarios para abordar ambos tipos de perturbaciones. Es sabido que, en la mayoría de los casos esto no ocurre. **Lograr la estabilización es la más importante meta terapéutica**. Para esto, se debe transitar por numerosos momentos tales como prevenir recaídas y disminuir la sintomatología. Inicialmente de lo que se trata es de evitar un creciente deterioro en el funcionamiento social y personal (p. 339).

Un estudio de 1992 realizado en California por el **CSAT** (Center for Substance Abuse Treatment del Gobierno norteamericano) demostró que **por cada dólar gastado se ahorran 7**. (Ver CSAT: *Substance Abuse treatment and cost savings to business*, Setiembre de 1996). En los **tratamientos residenciales** el retorno es de **4 a 1** y en el **ambulatorio** de **10 a 1**. La United Airlines estimó que tiene 17 dólares de retorno por cada dólar invertido por ellos en un programa de lugar de trabajo libre de drogas. (Pp. 344 y 345).

La importancia de los tratamientos de largo curso de estas personas reside **en no perder el contacto con ellas** (tener contactos regulares y frecuentes) para que se mantengan estabilizados y abstinentes y que tengan un mínimo sufrimiento de los síntomas residuales (pp. 346-347).

Es sabido que el uso y abuso de sustancias trae múltiples consecuencias para el sistema médico-asistencial, con un incremento de los costos asistenciales por tales motivos. Por tal motivo es que Stein, M. D. (PCNA, op. cit., p. 367) dice: “La integración de planes

de prevención primaria con el reforzamiento de la abstinencia a las drogas requiere de tiempo, compromiso y coordinación de servicios. Esta integración debe ser prioritaria para los pacientes individuales y también para la planificación en salud pública”.

- Millar, N.S. y Sheppard, L.M.: *The role of the physician in addiction prevention and treatment*, PCNA, Vol. 22, No. 2, Junio 1999.

En éste estudio los autores concluyen que cualquier tipo de tratamientos es beneficioso comparado con los costos que implica. Son efectivos, además, en disminuir otros costos sociales y de salud. Ellos vieron, coincidiendo con otros estudios ya mencionados que cada dólar invertido significa un ahorro de 7 dólares americanos en otros costos. Vieron que la disminución de la criminalidad está en relación directa a la cantidad de tratamiento recibida (a mayor tiempo de tratamiento menor actividad delictiva). Aquí coinciden con el estudio californiano llamado **CALDATA**. Constataron, además que disminuye notoriamente el grado de accidentalidad (por choque, en el trabajo y en el hogar), de violencia familiar y de ausentismo laboral. **Los estudios basados en el mantenimiento de la abstinencia son los que demuestran resultados más favorables.** Estas cifras se incrementan en un 20% cuando el paciente, una vez concluido el período de tratamiento institucional, participa de un programa de seguimiento continuo (p. 496).