

---

# Repercusiones asistenciales de la adicción: perspectiva de una unidad de hospitalización psiquiátrica

---

M.A. Oliveras Valenzuela, L. García Fernández y A.G. Alcántara Lapaz

Departamento de Medicina y Psiquiatría, Campus de San Juan, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Juan de Alicante.

## Introducción

---

Por patología dual se entiende la coexistencia de una drogodependencia y un trastorno mental definido de forma simultánea en un mismo paciente. El término comenzó a utilizarse en la década de 1970 al detectar un grupo de pacientes que padecían ambos trastornos. Estudios epidemiológicos recientes apuntan que la comorbilidad ha ido incrementándose progresivamente desde principios de la última década para pasar a convertirse en la regla y no en la excepción<sup>1</sup>. Se calcula que hasta el 60% de pacientes que acuden de forma regular a los servicios de salud mental presentan abuso de tóxicos<sup>2</sup>, hecho que ensombrece considerablemente el pronóstico de ambas entidades.

Los trastornos por consumo de sustancias *per se* constituyen un importante problema de salud pública y un factor de mal pronóstico cuando se asocian a patología psiquiátrica. Parece que la motivación para el consumo de cualquier sustancia psicoactiva está relacionada con los efectos agudos o crónicos de estos productos sobre el estado de ánimo, la función cognitiva y la conducta, y que en algunos individuos, ya sean o no enfermos mentales, las alteraciones subjetivas que acompañan la intoxicación son experimentadas como fenómenos muy placenteros, hecho que conduce al consumo repetido<sup>3</sup>.

El concepto sindrómico de la psiquiatría y la heterogeneidad en cuanto a etiología, forma de presentación, respuesta al tratamiento y pronóstico de las enfermedades mentales, junto con la alta tasa de consumo de tóxicos en pacientes psiquiátricos, la conocida utilización de drogas para mitigar o atenuar síntomas psicológicos, y la frecuente negación del consumo de tóxicos que llega hasta el 50% en algunas series<sup>4</sup>, entorpecen aún más el diagnóstico etiológico.

Si a lo anterior añadimos que tanto la intoxicación como la abstinencia a drogas pueden evolucionar con síntomas psiquiátricos, y que los efectos de algunos tóxicos a largo plazo son indistinguibles de determinados trastornos psiquiátricos endógenos, resulta indudable plantearse si la enfermedad mental es consecuencia del abuso de tóxicos o si por el contrario el consumo de sustancias psicoactivas en población psiquiátrica es una manifestación más de la enfermedad mental. A este respecto se han postulado diversas hipótesis etiológicas:

1. El abuso de sustancias psicoactivas es el factor causal de la enfermedad mental, tal como apuntan Andreasson y cols<sup>5</sup>, al concluir que entre los consumidores habituales de cannabis el riesgo de desarrollar esquizofrenia es seis veces mayor que en el grupo de los no consumidores, y Rosenthal y Pliner<sup>6</sup>, cuando sugiere que el uso de sustancias psicoactivas puede precipitar la manifestación de la esquizofrenia en pacientes con una vulnerabilidad subyacente.

2. El abuso de sustancias es una manifestación más de la enfermedad mental.

3. Existe una alteración en el ámbito neuroquímico que puede aumentar la vulnerabilidad tanto a la enfermedad mental como al abuso de sustancias según sistemas de refuerzo y recompensa.

4. El hecho de consumir ejerce un efecto socializador proporcionando a los individuos más aislados y socialmente limitados una identidad y un grupo social<sup>7</sup>. Además, se ha identificado un grupo de pacientes para los que es aceptable tener un problema de drogas, pero no un problema psiquiátrico<sup>8</sup>.

5. Modelo de la automedicación que sugiere que el enfermo mental usa las drogas para aliviar sus síntomas.

6. Modelo de la independencia que sugiere que ambos trastornos coinciden porque afectan al mismo grupo poblacional.

Se ha producido una escisión en el abordaje de este tipo de pacientes secundaria a la estructura de los dispositivos asistenciales destinados a ello que tratan de forma independiente a pacientes psiquiátricos, en unidades de salud mental y psiquiatría, y a usuarios de tóxicos que acuden a unidades especializadas en conductas adictivas. La práctica clínica ha demostrado que pacientes psiquiátricos afectados, además, por una drogadicción son difícilmente manejables por la psiquiatría tradicional en solitario, y menos aún por los dispositivos de asistencia a drogodependientes. Las unidades de hospitalización psiquiátrica están preparadas para la identificación del consumo, información, estabilización de la situación de crisis y derivación a un centro especializado, pero teniendo en cuenta la alta tasa de reingresos por descompensación de la patología de base en enfermos mentales causada por el abuso de tóxicos y viceversa parece justificado analizar si en nuestro medio existen protocolos específicos eficaces para manejar pacientes afectados por patología dual<sup>9</sup>.

Las actuales clasificaciones internacionales, DSM-IV-TR y CIE-10, dedican un apartado a los trastornos relacionados con sustancias (Anejos 1 y 2).

## Objetivos

Pretendemos describir el patrón de consumo de tóxicos de la población psiquiátrica que ingresa a cargo de psiquiatría, las características psicopatológicas y comportamentales que motivan el internamiento de usuarios de drogas legales o ilegales en la unidad, y, en definitiva, la prevalencia de patología dual en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

## Metodología

### Diseño

Estudio observacional transversal.

### Ámbito

Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Universitario de San Juan, durante septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2002.

### Población

La muestra del estudio la componen 206 pacientes de ambos sexos, 118 varones y 88 mujeres, de edades comprendidas entre 15 y 76 años,

que han sido hospitalizados en nuestra Unidad durante los últimos 4 meses del año 2002.

### Criterios de inclusión

- Todo paciente que ingresa a cargo de la Unidad de Psiquiatría.

### Criterios de exclusión

- Paciente valorado en urgencias que no ha requerido ingreso en planta.
- Paciente valorado en observación que no ha requerido ingreso en planta.
- Pacientes valorados en *interconsulta* que no han requerido traslado a planta.
- Pacientes hospitalizadas a cargo de la Unidad de Trastornos Alimentarios.
- Pacientes que solicitan *alta voluntaria* y cuyo ingreso en la Unidad ha sido inferior a 24 h.
- Sin colaboración del paciente.
- Sin disponibilidad de la historia clínica.

### Variables

- Variables sociodemográficas: *edad* y *sexo*.
- Variables relativas al ingreso: *fecha de ingreso*, *fecha de alta*, *duración del ingreso medida en días* y *reingresos*, que hace referencia al número total de ingresos de un paciente determinado durante los cuatro meses en los que se recogieron los datos.
- Variables relativas a la enfermedad: *motivo del ingreso* donde se ha distinguido si el paciente ingresa por alteraciones comportamentales, heteroagresividad o problemática familiar, social y/o legal, o si ingresa por descompensación psicótica, ansiosa o afectiva de su patología de base, *diagnóstico CIE-10* y *antecedentes familiares*.
- Variables relativas al consumo de tóxicos: *inicio del consumo*, indicando si el consumo fue previo al diagnóstico de la enfermedad mental o si por el contrario el consumo se inició después de haber sido diagnosticado el trastorno psiquiátrico, *tipo de sustancia que el paciente consume* (tabaco, alcohol, opioides, cannabinoides, hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos u otros psicotropos), y *determinación de drogas de abuso en orina*, donde se especifica si la información se obtuvo directamente de la entrevista al paciente o a los familiares, a través de la determinación de tóxicos en orina o ambos.
- Variable relativa a la *derivación* del paciente: indicando el dispositivo asistencial donde el paciente es remitido tras el alta (unidad de salud mental, unidad de conductas adictivas, centro de media o larga estancia, médico de atención primaria u otros).

### Determinación de drogas de abuso en orina

Disponemos de un test que permite detectar consumo de opiáceos, cocaína, anfetaminas y benzodiacepinas.

### Recogida de datos

Se ha diseñado un cuaderno de recogida de datos para cada paciente que incluye las variables comentadas en el apartado anterior y los resultados de las pruebas de detección de drogas de abuso en orina. Se ha diseñado también una base de datos de SPSS específica para este estudio, para coordinar y vincular adecuadamente los datos de cada paciente procedentes del cuaderno de recogida de datos.

### Procedimientos estadísticos/análisis de los resultados

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 11 para Windows. Se ha realizado un análisis descriptivo de la población a estudio. Para comparación de medias hemos usado la T de Student en muestras de distribución normal y la U de Man Whitney en datos de distribución no paramétrica. Se han comparado proporciones mediante el test de  $\chi^2$  de Pearson. Todos los valores de p serán estimados por dos colas y se considerarán significativos cuando sean inferiores a 0,05.

### Descripción de resultados

Durante los últimos 4 meses del año 2002 ha habido un total de 206 ingresos. De éstos 88 corresponden a mujeres (42,7%) y 118 a varones (57,3%). El intervalo de edad ha oscilado entre 15 y 76 años, siendo la edad media de 37,8 años (DE: 12,9) (figs. 1 y 2).

En cuanto a la distribución por patologías, y basándonos en el diagnóstico principal que recibió el paciente al alta, hemos obtenido los resultados que se reflejan en la figura 3. El 15,6% de los ingresos se pueden considerar consecuencia directa o indirecta del consumo de tóxicos.

El 68,7% de la población de estudio consume alguna sustancia psicotrópica frente al 31,3% que se mantiene abstinente (tabla I). La politoxicomanía es frecuente, del total de consumidores de tóxicos legales y/o ilegales el 63% consume más de una sustancia, siendo el alcohol la droga preferente seguida del cannabis.

La tabla I muestra la tasa de consumo de tóxicos de las distintas entidades diagnósticas. En esta tabla no se ha incluido a pacientes diagnos-

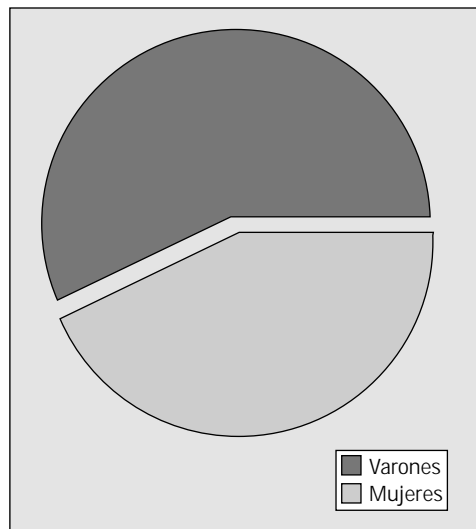


Fig. 1. Distribución por sexos.

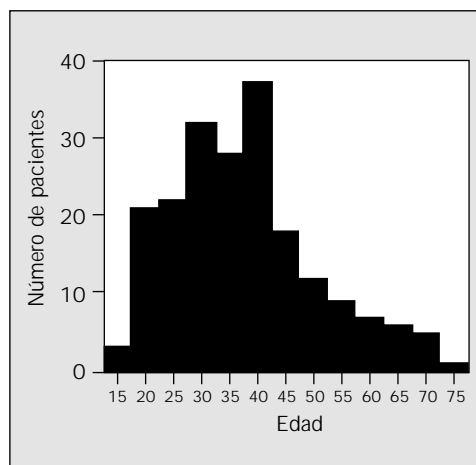


Fig. 2. Distribución según edad.

ticados de trastornos ansiosos, depresivos, pacientes diagnosticados de retraso mental o deterioro cognitivo, ya que al ser un grupo pequeño los resultados obtenidos no se pueden considerar estadísticamente significativos. No obstante, nos parece interesante señalar que el 25% de pacientes diagnosticados de trastorno depresivo moderado-grave declaraban consumo perjudicial de alcohol (tabla II).

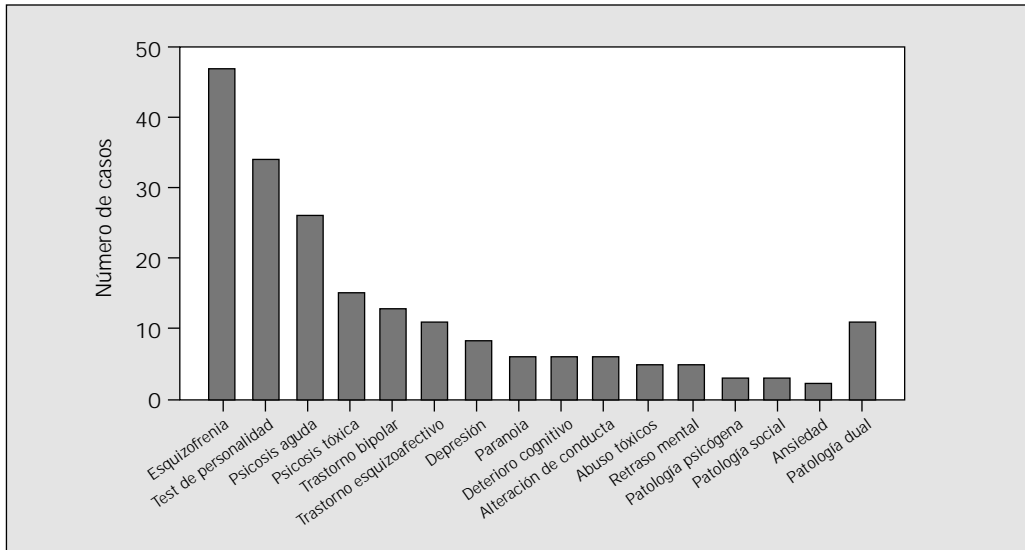


Fig. 3. Distribución por entidades clínicas.

TABLA I  
DESCRIPCIÓN DE SUSTANCIAS DE  
CONSUMO

Tabaco: 60,8%
Alcohol: 35,4%
Cannabinoides: 23%
Cocaína: 16,5%
Estimulantes y alucinógenos: 14,4%
Programa de metadona: 3%
Heroína u otros opioides: 2,5%

Al relacionar el diagnóstico con la duración del ingreso hemos observado que los ingresos más cortos son aquellos de patologías que se atribuyen exclusivamente al consumo de tóxicos, con una estancia media de 2,7 días. Tan sólo un paciente catalogado de psicosis tóxica y trastorno de la personalidad reingresó en tres ocasiones durante la duración del estudio. Sólo un paciente diagnosticado de abuso de alcohol y trastorno facticio requirió dos ingresos en UHP durante el periodo de estudio. Para un mismo grupo diagnóstico la duración del ingreso también es más corta en pacientes consumidores de tóxicos (fig. 4).

Al valorar la duración del ingreso en función del tipo de tóxico consumido, observamos que para la muestra en general los ingresos son

más cortos en pacientes que consumen sustancias psicoactivas. Esta relación es constante para todas las drogas estudiadas, siendo la diferencia estadísticamente significativa para el grupo de drogas en general ( $p < 0,027$ ), alcohol ( $p < 0,005$ ) y cocaína ( $p < 0,013$ ) (fig. 5).

El grupo de patología dual propiamente dicha (pacientes diagnosticados de un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias) está compuesto por 13 pacientes diagnosticados de dependencia o abuso de alcohol, de los cuales tres pertenecen al grupo de trastornos de la personalidad clúster B, tres están diagnosticados de esquizofrenia paranoide, dos se han catalogado como trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia, uno como trastorno por ideas delirantes persistentes y uno como trastorno facticio; y 3 pacientes diagnosticados de consumo perjudicial de cocaína y trastorno de la personalidad. No obstante, los datos del estudio apuntan a que la prevalencia real de patología dual es muy superior a la que indicamos en nuestros informes de alta.

El 49% de nuestra población refiere consumo de tóxicos previo al diagnóstico del trastorno mental. En el 51% restante el consumo fue posterior al diagnóstico psiquiátrico. Cuando subclasificamos en función de entidades diagnósticas específicas aparecen resultados interesantes: a) el 90% de los pacientes diagnosticados de trastorno

TABLA II  
TASA DE CONSUMO DE TÓXICOS EN LAS DISTINTAS ENTIDADES CLÍNICAS

	Nicotina (%)	Alcohol (%)	Marihuana (%)	Cocaína (%)	Psicoestimulantes (%)
Esquizofrenia	59,5	27,6	14,8	8,5	6,4
Trastorno esquizoafectivo	72,7	36,4	10	30	20
Trastorno bipolar	46,1	15,3	15,3	7,7	7,7
Trastorno por ideas delirantes persistentes	50	50	50	12,1	0
Trastorno de la personalidad	45,4	17,6	18,1	11,7	2,9
Trastorno psicótico agudo y trastorno esquizofreniforme	84,6	30,7	32,4	19,2	34,6
Trastorno psicótico inducido por tóxicos y trastornos por abuso y dependencia	100	80	55	65	40

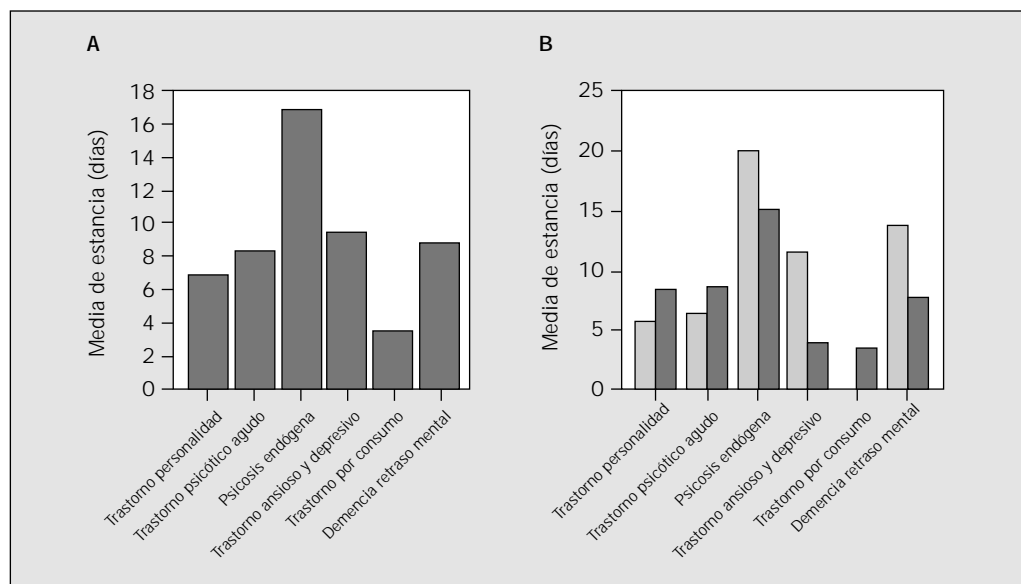


Fig. 4. A) Estancias según patología. B) Duración del ingreso según consumo de tóxicos.

psicótico agudo, trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico agudo inducido por tóxicos presenta un consumo de tóxicos previo al diagnóstico psiquiátrico frente al resto de la muestra

en la que el consumo de sustancias psicoactivas sólo precede a la enfermedad mental en el 37% de los casos ( $p < 0,001$ ), y *b*) en el 75% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, trastor-

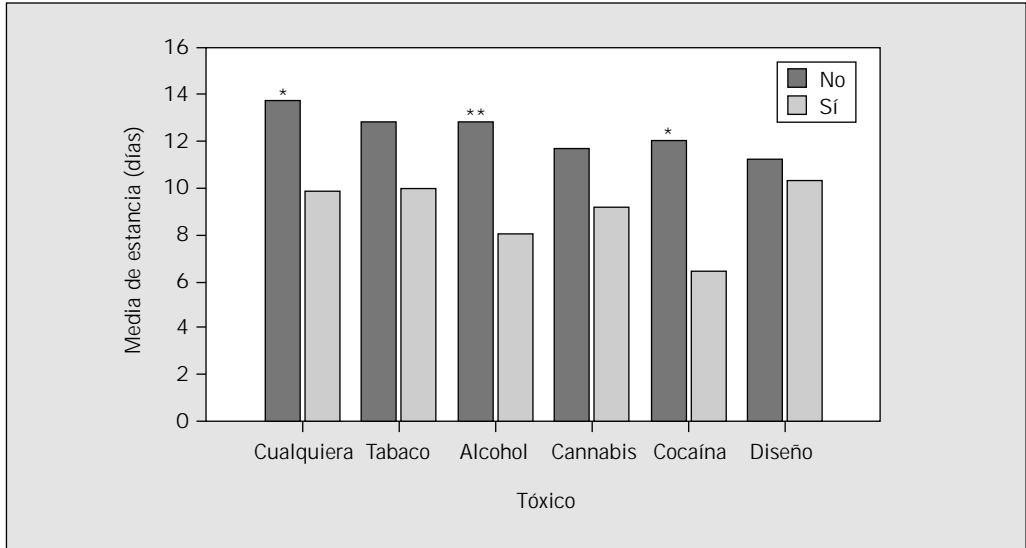


Fig. 5. Estancia según tóxico. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,005$ .

no esquizoafectivo, trastorno bipolar y trastorno por ideas delirantes persistentes el consumo de tóxicos fue posterior al inicio de la enfermedad mental, y se ha considerado un síntoma más del cuadro clínico; en el resto de la población a estudio el inicio del consumo fue posterior al diagnóstico en el 36% de los casos ( $p < 0,001$ ).

Con respecto a si el ingreso fue motivado por alteraciones comportamentales o por sintomatología psiquiátrica (descompensación psicótica, afectiva o ansiosa de la enfermedad de base), no hemos obtenido diferencias relevantes. En el grupo de las psicosis inducidas por tóxicos y del abuso de tóxicos el 50% ingresa por alteraciones de conducta y el 50% restante por síntomas psicóticos, afectivos o ansiosos. Es decir, que en función de la forma de presentación clínica no es posible realizar un diagnóstico transversal para diferenciar trastornos debidos a sustancias psicoactivas de psicosis endógenas.

En cuanto a la distribución por sexos, el 79% de los varones consumen tóxicos frente al 56% de mujeres, siendo la diferencia de porcentajes estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Esta relación se mantiene constante para tabaco ( $p < 0,05$ ), alcohol ( $p < 0,037$ ) y cannabis ( $p < 0,019$ ), presentando los varones mayores tasas de consumo. En lo referente a cocaína y psicoestimulantes no se han detectado diferencias de consumo significativas en relación con el sexo.

Todos los pacientes del estudio consumidores de heroína o en programa sustitutivo con metadona resultaron ser varones (tabla III).

En cuanto a la distribución del consumo de tóxicos en función de la edad la tabla III muestra tasas de consumo mayores en población más joven de forma significativa para todas las drogas, excepto para el alcohol, en las que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de consumidores y el de no consumidores (tabla IV).

No hemos encontrado relación entre la derivación de los pacientes al alta y el diagnóstico.

### Dificultades y limitaciones del estudio

Esta muestra es de extracción clínica, lo que puede suponer un sesgo a la hora de extrapolar los resultados a población normal o a población ambulatoria.

No se ha solicitado determinación de drogas de abuso en orina a todo paciente de forma protocolarizada el día del ingreso, de forma que los resultados pueden infravalorar el consumo real de tóxicos. Hemos considerado que el paciente ha consumido por evidencias clínicas, información directa de paciente o familia y resultados positivos en la determinación analítica. En algunas de las historias clínicas existen discrepancias entre las fuentes.

TABLA III  
DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE TÓXICOS EN FUNCIÓN DEL SEXO

	Varones (%)	Mujeres (%)	<i>p</i>
Tabaco	68	48	0,050
Alcohol	41	26	0,037
Cannabis	29	15	0,019
Cocaína	17	14	NS
Psicoestimulantes	16	11	NS

TABLA IV  
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TÓXICOS Y LA EDAD DE LA MUESTRA

	<i>N</i>	Edad ( $\bar{X}$ )	<i>DE</i>	<i>p</i>
<b>Consumo de tóxicos en general</b>				
Consumidores	138	34	10,3	0,001
No consumidores	63	44	15	
<b>Consumo de tabaco</b>				
Consumidores	120	33	9,8	0,001
No consumidores	80	44	14,6	0,001
<b>Consumo de alcohol</b>				
Consumidores	71	37	11	NS
No consumidores	130	38	13	
<b>Consumo de cannabis</b>				
Consumidores	47	28,9	8,1	0,001
No consumidores	153	40	12	
<b>Consumo de cocaína</b>				
Consumidores	32	31	9,5	0,001
No consumidores	168	39	13	
<b>Consumo de alucinógenos y psicoestimulantes</b>				
Consumidores	29	27	7,8	0,001
No consumidores	172	39	12	

TABLA V  
DATOS QUE ORIENTAN HACIA UN TRASTORNO MENTAL  
O HACIA UN TRASTORNO INDUCIDO

<i>Datos a favor de un trastorno mental</i>	<i>Datos a favor de un trastorno inducido</i>
El comienzo precede al consumo	Posterior al consumo
Persistencia del trastorno tras la abstinencia	Remisión total de la sintomatología
Existencia de antecedentes familiares	Rápida respuesta al tratamiento
Mayor duración del ingreso	Presencia de efectos adversos
	Frecuente alteración de la conciencia

No se ha considerado la cafeína como un tóxico y no se ha cuantificado su consumo. Tampoco se ha indagado acerca del autoconsumo de psicofármacos, o de la interacción de las dro-

gas con los diferentes tratamientos farmacológicos.

Somos conscientes, además, de estar incurriendo en *el perjuicio de Berkson*, puesto que

existe una predisposición a ingresar a pacientes con más de una enfermedad, hecho que se acentúa en hospitales de tercer nivel o en unidades especializadas como la nuestra, por lo que nuestros casos son autoseleccionados. Podemos cometer la *falacia de Neyman*, puesto que en estudios observacionales como el que presentamos inciden factores que promueven una supervivencia más larga para los casos de incidencia.

## Discusión

La patología dual no es sólo un *importante problema de salud pública*, como indican los planes de salud mental más recientes, es, además, un problema real con el que los clínicos nos enfrentamos casi a diario. La investigación está todavía muy alejada de la práctica clínica, la ausencia de marcadores biológicos que se puedan aplicar (sólo disponemos de pruebas toxicológicas en orina y aliento), junto con la falta de escalas (tanto la CAGE como el MAST son escalas de cribado) o instrumentos que permitan discernir en cada presentación clínica si predomina lo psicótico endógeno frente a lo tóxico y la dirección en que pudieran actuar ambas dimensiones con las consiguientes dificultades diagnósticas y su influencia en la actitud terapéutica y pronóstica.

La determinación de tóxicos en orina no ha demostrado ser una prueba útil en nuestro estudio, ya que no se ha obtenido una relación significativa entre resultados positivos y diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento inducidos por tóxicos.

El 68,7% de nuestra población consume algún tipo de tóxico. Los datos sugieren que los pacientes que abusan de sustancias lo suelen hacer de dos o tres, siendo el grupo más pequeño el que lo hace de una sola<sup>10</sup>, la tasa de politoxicomanía en el estudio es del 63%, siendo el tabaco, el alcohol y la marihuana los tóxicos más frecuentes. El 15,6% de nuestros ingresos están relacionados con las drogodependencias, el porcentaje es similar al de los trastornos de la personalidad y algo superior al que ocupan el grupo de trastornos bipolares y esquizoafectivos.

La duración del ingreso es más corta en consumidores de tóxicos.

Ser varón, joven, convivir con consumidores, tener antecedentes familiares de abuso de sustancias y un pobre ajuste social, económico y personal se considera favorecedores del abuso en población no psiquiátrica. Excepto los antecedentes familiares y el entorno el resto de factores de riesgo ha demostrado ser válido en nuestra muestra.

Llama la atención que las tasas de patología dual en pacientes hospitalizados son mayores que en aquellos que acuden a unidades de salud mental (USM). Esta diferencia es todavía más alta en pacientes seguidos en unidades de conductas adictivas (UCA), según estudios epidemiológicos recientes. Las tasas de patología dual para la esquizofrenia oscilan entre un 15 y un 60% si se considera la prevalencia a lo largo de la vida (Muesser et al, 1992), la droga de preferencia suele ser el alcohol (25-50%; Cuffel et al, 1992), cannabis (14-40%; De Quardo et al, 1994), cocaína (15-37%; Brady et al, 1991), estimulantes y alucinógenos (14-18%; Muesser et al, 1992)<sup>11</sup>.

La comorbilidad es un factor de mal pronóstico, se ha relacionado con inicio más temprano de las psicosis, incumplimiento terapéutico, mayor frecuencia de recaídas y hospitalización, mayor frecuencia de aparición de distonias tardías, heteroagresividad, autólisis, desempleo, vagabundeo y problemática familiar, social y legal.

Existe una tendencia en la muestra que indica la ausencia de antecedentes familiares en pacientes diagnosticados de trastornos inducidos por sustancias psicoactivas para todas las drogas excepto para el alcohol. Para el resto de patologías se detecta una tendencia a presentar antecedentes familiares de tipo psiquiátrico sin ser la diferencia de porcentajes significativa.

Para concluir exponemos los datos que orientan hacia un trastorno mental o hacia uno inducido (tabla V), insistiendo en que la patología dual es una realidad clínica creciente que requiere de la elaboración de protocolos de detección y diagnóstico específicos que posibiliten un tratamiento farmacológico, psicológico, motivacional, psicosocial y de prevención de recaídas, y que tanto psiquiatras como especialistas en drogodependencias deberían elaborar guías de actuación conjuntamente<sup>12</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brems C, Jonhson ME, Wells RS, Burns R, Kletti N. Rate and sequelae of the coexistence of substance use and other psychiatric disorders. *Int J Circumpolar Health* 2002; 61(3): 224-244.
2. Katz G, Shuffman E, Knobler HY, Joffe M, Bar-hamburger R, Durst R. Drugs abuse among inpatients requiring psychiatric hospitalization. *Harefuah* 2000; 138(12): 1015-1018.
3. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. *Ars Médica* 2001.
4. Kosten TR, Ziedonis DM. Substance abuse and schizophrenia. Editor's introduction. *Schizophr Bull* 1997; 23: 181-186.



5. Andreasson S, Engstrom A, Allebeck P, Rydenberg U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; II: 1483-1486.
6. Rosenthal RN, Miner ChR. Differential diagnosis of substance abuse induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorder. *Schizophr Bull* 1997; 23: 187-194.
7. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients self reports. *Schizophr Bull* 1990; 16: 69-79.
8. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance abuse comorbidity among treatmentseeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 71-80.
9. Gastó C. Valoración crítica de la investigación actual en psiquiatría. *UpDate Psiquiatría*. Barcelona: Masson, 2002.
10. Dalman A, Bergman B, Brismar B. Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulators facilitate psychotic illness?. *Eur Psychiatry* 1999; 14(7): 366-371.
11. Ziedonis D, Nickoau C. Abuso de sustancias en pacientes con esquizofrenia. En: *Esquizofrenia y patologías comórbidas*. Barcelona: Masson, 2003.
12. Casas M, Roncero C, Duro P, Pinet C, Ribalta E. Abordaje de la dependencia de opiáceos y atención primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2001; 2: 4-12.

## ANEXO 1

### F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas según CIE-10: alcohol, opioides, cannabinoides, hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco, disolventes y otros psicótropos

- 0 Intoxicación aguda
- 1 Consumo perjudicial
- 2 Síndrome de dependencia
- 3 Síndrome de abstinencia
- 4 Síndrome de abstinencia con *delirium*
- 5 Trastorno psicótico
- 6 Síndrome amnésico
- 7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas
- 8 Otros trastornos mentales o del comportamiento
- 9 Trastornos mentales o del comportamiento sin especificación

## ANEXO 2

### Criterios para la dependencia de sustancias según DSM IV-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

b) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con el consumo continuado

2. Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) Síntomas del síndrome de abstinencia característicos de la sustancia

b) Se toma la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia se toma con frecuencia o durante un periodo más largo que inicialmente

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

## DISCUSIÓN

M. MIQUEL: Me ha sorprendido mucho que la comorbilidad con alcohol sea muy baja, un 30%. Esperaba que dado que es la droga de preferencia en la población tuvierais mucha más comorbilidad con esquizofrenia o con depresiones.

M.A. OLIVERAS: Puede ser debido a que la unidad de conducta adictiva de sustancias legales está en el propio hospital, y a que las redes sociales funcionan razonablemente bien. Ingresamos fundamentalmente a los alcohólicos que no pueden detener la ingesta. Se quedan en observación 2 días, cuando se les pasa la embriaguez vuelven a casa y los derivamos a su centro de salud, por tanto, no ingresan.

E. AMBROSIO: Quería hacer unos comentarios. El primero es que la adicción es un problema complejo, que lo atacamos desde distintos puntos de vista, sinceramente como podemos. En segundo lugar, yo creo que es necesario renunciar al laboratorio y hacer simples las situaciones. Desde mi punto de vista, solamente cuando en el laboratorio se simplifican las situaciones conseguimos avances importantes en el conocimiento. Y, en tercer lugar, creo que todos estamos de acuerdo en que, en definitiva, el objetivo es mejorar la situación de esas personas que se han metido en la senda de las drogas. Me parece que los estudios preclínicos son bastante importantes, a pesar de que haya esa desconexión con lo clínico. A mi juicio están creando una y otra vez nuevas avenidas en la investigación y aportando datos que si bien pueden ser parciales, cuando se consiga algún

fármaco que pueda ayudar a la recuperación de estos pacientes, aunque sea parcialmente, va a mejorar a su vez a estas personas en otras esferas, cognitivas y emocionales.

M. CASAS: Creo que los básicos estáis haciendo un avance absolutamente necesario para entender la adicción. Sin embargo, estáis utilizando el viejo paradigma de que la sustancia es realmente la mala. Es decir, una sustancia peligrosa que cuando toca a un individuo sano lo convierte en enfermo. Eso es el paradigma antiguo, antes se decía que era un individuo al que le faltaba moral, le faltaba voluntad, tocaba las drogas y se convertía en un vicioso. Vosotros decís lo mismo sin hablar de vicio, normalmente decís que hay unas sustancias que tienen unos mecanismos muy potentes que convierten a ese individuo en dependiente. Y para eso utilizáis la vulnerabilidad, porque, claro, si no no podríais explicar cómo una sustancia tan mala respeta al 80-90% de la población. Porque resulta que la mayoría de la gente puede consumir cocaína y no le pasa nada. Por tanto, no es la sustancia tan mala, sino que existen unos aspectos que tampoco se pueden explicar sólo por pura vulnerabilidad. Las drogas afectan a un individuo enfermo y para los estudios que hacéis con ratas buscáis ratas sanas, no ratas enfermas. Al realizar estudios en sujetos también se busca un individuo lo más sano posible. Pero creo que las sustancias psicotropas para que sean adictivas tienen que encontrar un cerebro enfermo, bien porque le faltan endorfinas, por alguna enfermedad genética o porque tiene

patología psiquiátrica. Es posible que el heroínmano se automedique buscando compensar una deficiencia funcional si al cerebro le faltan endorfinas. ¿Por qué en estos momentos los americanos están publicando que más del 70% de los trastornos bipolares son adictos? Probablemente se trata de individuos que utilizan la droga porque la necesitan. Seguramente para dos tercios de los adictos las drogas son necesarias, porque les compensan una deficiencia funcional genética, o quizás adquirida, como el saturnismo durante el embarazo, por ejemplo. Creo que es muy importante establecer cuáles son las bases genéticas para que ciertos individuos puedan llegar a ser adictos y ciertos individuos no. En la actualidad es un tema discutido, dado que en el manejo del dolor crónico no maligno se está implantando, yo creo que de forma bastante general, el tratamiento con opioides potentes. Ahí no podemos olvidar que los fármacos opioides son realmente fármacos adictivos, pero lo cierto es que la incidencia de la adicción es muy baja. Entonces creo que sería muy importante ser capaces de detectar, quizá en el ámbito psiquiátrico, cuáles son los verdaderos marcadores biológicos de que ciertas personas bajo las mismas condiciones lleguen a hacerse adictas a un fármaco y un gran porcentaje de ellas no. Permitiría optimizar y mejorar mucho también la calidad y la relación beneficio-riesgo de estos tratamientos.

M. MIQUEL: ¿De verdad creéis que tenemos un modelo animal que exactamente modele el trastorno adictivo? Porque, al menos para el alcohol, no existe, es decir, no hay ratas alcohólicas, hay ratas con un uso del alcohol, hay ratas con un abuso del alcohol, pero no hay un solo modelo de conducta compulsiva inducida por alcohol. Entonces, estamos hablando de adicción y estamos definiendo la adicción como la definen los clínicos, pero damos un salto epistemológico grande y lo aceptamos. Creo que deberíamos reflexionar seriamente sobre lo que estamos viendo en el laboratorio animal.

R. MALDONADO: Yo creo que lo que podemos medir en el animal son una serie de efectos farmacológicos de las drogas con la limitación que esto tiene, y una serie de características particulares de un fenómeno adictivo, como por ejemplo el *craving*. Pero evidentemente buscar un único modelo para todo el conjunto del proceso adictivo, ni lo hay, ni creo que jamás lo habrá. Ahora bien, medir respuestas precisas que ocurren en un fenómeno adictivo esto sí lo podemos hacer. Y yo creo que, considerando las posibles relaciones entre patología psiquiátrica

y fenómeno adictivo, en un futuro habrá modelos de depresión, modelos de psicosis, en los cuales el trastorno se pueda asociar con vulnerabilidad al consumo de una droga. Pero son puntos muy precisos, no podemos coger todo el proceso, jamás lo tendremos.

P.N. ROSET: Una de las teorías de White es la de que todos estos cambios en la valoración emocional de los reforzadores pueden verse como un trastorno del aprendizaje. Una de las pruebas empíricas de que esto puede ser así es que uno de los tratamientos que aún siguen siendo más eficaces es la psicoterapia. Hablar con un individuo, reeducar a un individuo y hacer que él consiga lo que decíamos antes de las técnicas de *coping*, quizás esto no le cure de nada, pero le permite hacer su vida llevadera. Quizás los mecanismos neurobiológicos indican cómo, pero no por qué. Y la psicoterapia puede entender un poco más el porqué y, en todo caso, los mecanismos farmacológicos que podían desarrollarse son los que pueden ayudar a la psicoterapia a fijar este nuevo aprendizaje, a conseguir que este nuevo aprendizaje de su relación, con el entorno y con las drogas, cambie un poco. Con notable frecuencia coexisten en las conductas más deterioradas de adicción a los fármacos, analfabetismo, trastornos psiquiátricos, marginalidad y desempleo, con lo cual el individuo lo que necesita no sólo es un fármaco, es un fármaco que le ayude, que le abra la mente y permita que la psicoterapia le influya tanto como le han influido sus experiencias personales, y estas experiencias personales con el contacto con las drogas le hayan alterado completamente su capacidad de adaptarse a una vida. Si intentamos adaptar una persona a este tipo de conducta tenemos que facilitarle aprender esta conducta, porque tiene estos mecanismos de aprendizaje alterados, quizás para eso entender cuáles son los mecanismos nos permite sintetizar fármacos que coadyuven a la psicoterapia a fijar estos nuevos conocimientos.

E. AMBROSIO: Hay que recurrir al laboratorio, mimetizar en parte algunos componentes de ese proceso tan complejo que es la adicción humana para lograr avances en el conocimiento. Porque veo difícil que en humanos se pueda investigar sobre mecanismos y si se logran avances en el conocimiento va a ser en el laboratorio. De hecho, llevamos unos 50 años investigando en el ámbito experimental y se conoce muchísimo. Las hipótesis que estamos manejando aquí precisamente se derivan de la investigación preclínica. A pesar de contar con

modelos simples en depresión, creo que se han diseñado fármacos que ayudan a mejorar la calidad de vida de muchas personas. Igualmente ocurre con el modelo en la esquizofrenia de la inhibición prepulso, donde se tienen presentes dos o tres manifestaciones de algo tan complejo como puede ser una psicosis. Y también se han diseñado fármacos que ayudan enormemente a mejorar las personas en su calidad de vida y a lo mejor ese fármaco incide sólo en dos o tres aspectos de la esquizofrenia, pero luego por razones de generalización, o por cosas que yo desde luego desconozco, aumenta enormemente el beneficio que tiene esa persona simplemente por haber dado ese fármaco, que se ha elaborado según una serie de mecanismos que se han descubierto en un modelo simplísimo, que no tiene nada que ver con la esquizofrenia o con la depresión.

M. CASAS: Yo volvería a insistir en que no explicamos verdaderamente la adicción con modelos simples o con psicoterapia. Es decir, yo creo que tenéis que buscar los mecanismos, pero hay que empezar a trabajar también en cuál es el sustrato biológico, no solamente ge-

nético, sino cuáles son las enfermedades que hacen que determinados individuos necesiten las drogas. Aparte de que hay individuos que, quizás, sí por vulnerabilidad tocan la droga y quedan enganchados, pero en la mayoría tienes la sensación de que son enfermos orgánicos de unas enfermedades todavía desconocidas o enfermos psiquiátricos, y que mejoran con las drogas, no por vicio, sino porque lo necesitan.

M.A. OLIVERAS: Lo que pedimos es una forma de actuar conjunta, porque nosotros podemos detener la ingesta en un momento y derivarlo o motivarlo de alguna manera a que empiecen un tratamiento completo. Es curioso que muchos de los chiquillos pastilleros que se han curado es porque han tenido la suerte de que tienen procesos legales, de que están pendientes de un juicio y de ingresar en prisión. Cuando la familia ha apoyado, han ido al psiquiatra, se le ha diagnosticado un trastorno previo, muchas veces déficit de atención por hiperactividad, o trastorno de control de impulsos, se les ha tratado, y al año y medio o dos años, hasta que tiene lugar el juicio, se han deshabitado.