

TEMA 4

Comorbilidad psiquiátrica.

Patología dual

Pablo Vega Astudillo

INTRODUCCIÓN

La concurrencia en un mismo individuo de un trastorno por uso de sustancias (TUS), como el alcohol, y otro trastorno psiquiátrico lo denominamos *patología dual*, termino arbitrario como otros. Todos los clínicos reconocen la relación etiológica que subyace a esta patología dual en pacientes con dependencia al alcohol. No es aún totalmente clara, pero se conoce la intervención de factores genéticos, neurobiológicos y medioambientales que contribuyen al desarrollo de estos trastornos, una vez que el individuo se ha expuesto.

Evidencias consistentes demuestran que solo una muy pequeña minoría de individuos expuestos

a sustancias desarrolla conductas adictivas. Desde el punto de vista científico, un nuevo paradigma se presenta para entender las adicciones. Nos movemos desde el clásico, donde la adicción depende de la exposición frecuente e intensa a sustancias, hasta un nuevo paradigma basado en la vulnerabilidad centrada en el individuo, de sujetos que presentan, la inmensa mayoría, otras alteraciones mentales, rasgos o estados de enfermedad mental.

Muchos profesionales también se muestran confusos y perplejos, sin distinguir lo que es **uso**, de alcohol y otras drogas, de lo que clínicamente definimos como **abuso y dependencia** o adicción, confusión que conlleva connotaciones morales muy alejadas del conocimiento científico y que se corrige en el nuevo DSM-V. El uso de sustancias, y aún más el abuso, acompaña en muchas ocasiones a una variedad de situaciones cotidianas y también a trastornos psicopatológicos. En cambio, el diagnóstico de dependencia, o mejor de adicción, como enfermedad cerebral crónica, se presenta casi siempre junto a otras manifestaciones psicopatológicas, como la patología dual, que es esencial conocer para un adecuado abordaje terapéutico.

En la literatura científica podemos encontrar diferentes relaciones causales de ambos trastornos:

Factores genéticos. Cuando en ambos trastornos mentales se da la superposición de factores genéticos comunes que pueden hacer que una persona sea susceptible tanto al alcoholismo como a otros trastornos mentales o que tenga mayor riesgo para un segundo trastorno una vez que aparezca el primero.

Factores ambientales. Pueden desencadenar factores como el estrés, el trauma en la infancia o la exposición temprana ambos trastornos.

Mecanismos de neurotransmisión. Distintos sistemas del cerebro, como el sistema dopaminérgico mesolímbico (relacionado con la adicción e implicado en la esquizofrenia), el sistema serotoninérgico (implicado en la etiología de la depresión y en el trastorno por uso de alcohol) o el sistema GABAérgico (implicado en ansiedad y en la adicción a las BZD y al alcohol) pueden verse afectados en ambas patologías.

Los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales son trastornos del desarrollo.

En la actualidad, tres hipótesis intentan explicar la relación entre ambos trastornos:

- *Dos o más factores independientes entre sí:* cada uno de ellos tiene cursos clínicos diferentes y tratamientos independientes. Esta concurrencia puede explicarse por:
 - *Modelo de la independencia biológica:* ambos factores son independientes.
 - *Modelo del factor común:* ambos trastornos son consecuencia de los mismos factores predisponentes (estrés, factores ambientales o influencias genéticas).
- *Modelo del trastorno por dependencia de sustancias primario:* el primer trastorno influye en el desarrollo del segundo y, una vez instaurado el segundo, se desarrolla con curso independiente. Ambas condiciones deben ser tratadas durante todo el tiempo que sea necesario.

TABLA 4-1 | Pautas de ayuda para el diagnóstico diferencial entre trastorno primario e inducido

TRASTORNO PRIMARIO	TRASTORNO INDUCIDO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad de inicio de adicción posterior. ▪ Antecedentes personales psiquiátricos. ▪ Antecedentes familiares psiquiátricos. ▪ Persiste tras la abstinencia de drogas. ▪ Curso más recurrente. ▪ Síntomas característicos del trastorno. ▪ Síntomas que no se corresponden con el perfil farmacológico de la droga consumida (más sintomatología de la esperada según tipo/cantidad de droga consumida). ▪ Mejor estructura familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad de inicio de adicción previo. ▪ Sin antecedentes personales de otros trastornos mentales. ▪ Antecedentes familiares de adicciones. ▪ Remite con la abstinencia. ▪ Curso menos recurrente (si no hay consumo). ▪ Clínica atípica (cuadros mixtos, síntomas contusionales, síntomas inhabituales). ▪ Síntomas que se corresponden con el perfil de la droga consumida. ▪ Mayor desestructuración familiar en relación con la adicción.

Arias Horcajada, 2009.

- *Modelo del trastorno psiquiátrico primario*: el segundo trastorno aparece para mitigar los problemas asociados al primero. Mediante la resolución del primero, el segundo trastorno desaparece.

Los diferentes estudios demuestran que los pacientes adictos al alcohol con patología dual tienen mayor facilidad para las recaídas en consumo, mayor resistencia a los tratamientos por el trastorno mental y peor pronóstico. El principal problema de la patología dual asociada al alcoholismo es distinguir cuándo está relacionada con la ingesta o la abstinencia y cuando se trata de trastornos independientes.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) establecen tres categorías para especificar el diagnóstico:

1. Primarios: Trastornos mentales no inducidos por sustancias ni debidos a enfermedad médica.
2. Efectos esperados: Son los síntomas considerados habituales en situación de intoxicación o abstinencia de una sustancia.

3. Inducidos por drogas: Síntomas excesivos en relación con lo esperado tras intoxicación o abstinencia de una sustancia.

En la **TABLA 4-1** podemos diferenciar los trastornos primarios de los inducidos.

Los estudios epidemiológicos muestran una alta concurrencia en un mismo individuo de trastornos mentales y consumo de alcohol. La adicción al alcohol ocurre con frecuencia en individuos que sufren trastornos del humor, de ansiedad y de personalidad, así como los que sufren los efectos del abuso de otras drogas.

Estos trastornos a menudo comienzan en la adolescencia o incluso a una edad más temprana, periodos en los que el cerebro experimenta cambios en su desarrollo. La exposición temprana a las drogas también puede cambiar al cerebro de tal manera que el riesgo de sufrir trastornos mentales sea más alto.

Los estudios más amplios en este campo son (ver **TABLA 4-2**):

TABLA 4-2 Prevalencia de trastornos mentales en población con adicción al alcohol

		PREVALENCIA (%)	ODDS RATIO (OR)
Estudio ECA	Otros trastornos mentales.	36,6	2,3
	T. ansiedad.	19,4	1,5
	T. afectivos.	13,4	1,9
	Esquizofrenia.	3,8	3,3
	T. antisocial.	14,3	21,0
Estudio NCS	T. afectivos.	29,2	3,6
	T. ansiedad.	36,9	2,6
Estudio NESARC	T. afectivos.	–	4,1
	T. ansiedad.	–	2,6
	T. personalidad.	–	4,0

- CA (1990).
- NCS (*National Comorbidity Survey*, 1997-2005).
- NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, 2004).

En la Comunidad de Madrid se realizó un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de Patología Dual en dispositivos asistenciales de adicciones y salud mental promovido por la **Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)** con 847 pacientes. Según el estudio, las prevalencias más frecuentes en pacientes con trastornos mentales y adicción al alcohol pueden verse en la **TABLA 4-3**.

Los trastornos mentales asociados a la adicción al alcohol más frecuentes son:

TRASTORNOS AFECTIVOS

La prevalencia a lo largo de la vida en población general de trastornos depresivos en sujetos dependientes

de alcohol está entre un 30 y un 50%. En el estudio NCS, según diferencia de género las prevalencias son el doble en mujeres, de un 48,5% frente a un 24,3%. En trastornos bipolares, el 46% tiene adicción al alcohol.

Tanto la adicción al alcohol como los trastornos afectivos comparten mecanismos neurobiológicos (**TABLA 4-4**).

La relación etiopatogénica entre depresión y TUS que explica que en un mismo individuo se den ambos trastornos mentales sería que las alteraciones del estado de ánimo pueden:

- Predisponer al consumo de sustancias, lo que conocemos como *hipótesis automedicación*.
- Ser el resultado de las dificultades psicosociales de la adicción.
- Ser consecuencia de los cambios neuroquímicos producidos por la intoxicación y la abstinencia
- Coexistir con el consumo de sustancias en un sujeto con otro trastorno subyacente.

Factores predisponentes a la aparición de episodios depresivos en alcohólicos: sexo femenino, historia familiar de trastornos afectivos, comienzo temprano de consumo abusivo de alcohol, divorcio, nivel socioeconómico bajo, antecedentes personales de trastorno de ansiedad, uso de otras drogas e intentos de suicidio. Los trastornos depresivos generalmente aparecen después del alcoholismo.

TABLA 4-3 | Prevalencias más frecuentes en pacientes con trastornos mentales y adicción al alcohol

TRASTORNO	PREVALENCIA
Riesgo de suicidio.	34,3%
Trastorno bipolar.	25,9%
Trastorno de ansiedad.	23,1%
Trastorno de ansiedad generalizada.	22,5%
Distimia.	19,3%
Depresión mayor.	15,0%

Las características clínicas de estos pacientes son: peor curso clínico, mayor riesgo de suicidio, inicio precoz, más hospitalizaciones, más tratamientos y dependencia más rápida.

Los factores predictores de recaída son: edad de inicio de consumo precoz (*OR*: 2,3) y presencia de episodios depresivos mayores (*OR*: 2,1).

En el caso del trastorno bipolar en alcohólicos, se observa un mayor número de ciclos rápidos y una mayor frecuencia de episodios depresivos.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los estudios epidemiológicos muestran una alta comorbilidad entre trastorno de ansiedad y el TUS. El estudio ECA demuestra, en población general, que alrededor de un 19% de los individuos con adicción al alcohol desarrollarán un trastorno de ansiedad asociado (**TABLA 4-5**).

Los estudios demuestran que más de uno de cada tres de los adictos al alcohol presentan sintomatología

TABLA 4-4 | Mecanismos neurobiológicos en la adicción al alcohol y en los trastornos afectivos

Sistemas primarios de neurotransmisión implicados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRF. ▪ Serotoninérgico. ▪ Hipotálamo/extrahipotálamo. ▪ Glutamatérgico. ▪ Dopaminérgico. ▪ Actividad de la MAO.
Efectos en regiones cerebrales primarias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ↓ Actividad en circuitos frontal-límbico. ▪ ↓ Actividad en cíngulo anterior. ▪ ↑ Actividad amígdala. ▪ ↓ Niveles de MAO-A y MAO-B en cerebro de fumadores.
Interacciones clave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hallazgos similares de neuroimagen en DM y TUS. ▪ Alteraciones comunes en la respuesta al estrés en DM y TUS. ▪ La inhibición de la MAO relacionada con fumar contribuye al efecto antidepressivo de fumar en DM.
<p>CRF: factor liberador de corticotropina. MAO: enzima monoaminooxidasa. DM: depresión mayor. TUS: trastorno por uso de sustancias.</p>	

ansiosa. Los trastornos de ansiedad suelen preceder al inicio del consumo de sustancias. Los trastornos fóbicos preceden a la adicción del alcohol. Por el contrario, los trastornos de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico aparecen después del uso patológico del alcohol.

Desde el punto de vista neurobiológico, el alcohol se caracteriza por tener efectos sedativo-hipnóticos, con estímulo GABAérgico e inhibiendo sistema N-metil-D-aspartato (NMDA).

Con el alcohol se ha propuesto la existencia de un círculo vicioso en el que la disminución, a corto plazo, de la ansiedad (inducida por el alcohol) favorece su

TABLA 4-5 | Comorbilidades del alcoholismo

	ECA (Regier y cols., 1990)		NESARC (Conway y cols., 2006, Hasin y cols., 2007)		ESEMED (Alonso y cols., 2004)	
	Prevalencia a lo largo de la vida	Odds ratio	Prevalencia	Odds ratio a lo largo de la vida	Prevalencia 12 últimos meses (Odds ratio)	
					Abuso	Dependencia
TUS y trastorno de ansiedad	19,4%	1,5	–	2,3	–	–
Fobia:	–	1,4	–	–	–	–
Fobia social	–	–	–	2,3	2,7%	2,7%
Fobia específica	–	–	–	2,2	2,0%	3,3%
T. pánico	–	2,6	–	2,4	3,3%	6,8%
Con agorafobia	–	–	–	2,5	–	–
Sin agorafobia	–	–	–	2,3	–	–
Agorafobia	–	–	–	–	2,9%	10,7%
T. ansiedad generalizada	–	–	–	2,2	2,5%	11,2%
T. obsesivo compulsivo	–	2,1	–	–	–	–
T. estrés postraumático	–	–	–	–	1,9%	3,1%

consumo, mientras que el consumo crónico y su abstinencia inducen síntomas de ansiedad, reforzando los consumos. Esto puede agravar trastornos como la fobia social y el trastorno por estrés postraumático.

En el caso del trastorno por estrés postraumático se puede usar el alcohol para aliviar u olvidar el acontecimiento traumático, pero el alcoholismo puede producir síntomas similares a los del trastorno por estrés postraumático y puede empeorar su evolución.

Insomnio y alcoholismo están asociados de manera significativa: entre el 36 y el 72% de los pacientes con alcoholismo padecen insomnio.

La comorbilidad entre ambos trastornos conlleva implicaciones en el pronóstico, con más fracasos

terapéuticos, mayores costes sanitarios por ingresos, más consultas, mayor tiempo de tratamiento, etc. La presencia de ansiedad dual es un marcador de riesgo de recaída en el tratamiento del alcoholismo.

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Existen diversas teorías que podrían explicar la frecuente asociación de los trastornos psicóticos y consumo de otras sustancias como el alcohol, que incluirían desde las hipótesis de la automedicación hasta las teorías sobre la drogoinducción de las psicosis crónicas.

El alcohol podría ser utilizado por los pacientes con esquizofrenia para controlar o minimizar la sintomatología alucinatoria y la ansiedad, para manejar los estados

emocionales negativos o para contrarrestar la sintomatología negativa y sentirse integrados en su grupo de referencia. El alcohol, además, pueden producir sintomatología psicótica en los momentos de abstinencia.

El consumo de alcohol es más prevalente en pacientes con esquizofrenia (hasta 3 veces más) que en la población general, entre un 33,7% y un 60%, según los estudios, aunque recientemente se ha descrito una tendencia a la disminución de estas prevalencias.

Los efectos subjetivos del alcohol más frecuentemente apuntados por los propios pacientes son la mejora del humor, de sus relaciones sociales y de los síntomas negativos de la enfermedad. También podrían usar el alcohol con el objetivo de controlar otros síntomas, como las alucinaciones, aunque en algunos pacientes se pueden provocar los efectos contrarios.

Los pacientes con esquizofrenia paranoide y alucinaciones desarrollan adicción alcohólica más frecuentemente que los demás tipos de esquizofrenia. El patrón de consumo de alcohol en los pacientes con esquizofrenia es más irregular que en los alcohólicos sin esquizofrenia. Presentan más alteraciones conductuales, comportamiento hostil y conductas suicidas. El alcoholismo es un factor de predicción de suicidio en los pacientes con esquizofrenia, al igual que en la población general.

El consumo de alcohol, el *craving* y la sensación de *high* tras su uso son menores en los pacientes con esquizofrenia con más síntomas negativos. Los pacientes con esquizofrenia que consumen alcohol presentan mayor comorbilidad con otras enfermedades médicas

y presentan menor eficacia de los neurolépticos, al aumentar el alcohol su metabolismo hepático y disminuir sus valores séricos, precisándose más dosis.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

El estudio *NESARC* (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), demuestra una vez más la importante relación entre trastorno de la personalidad y adicción al alcohol, encontrando que, entre los consumidores de alcohol, el 28,6% tenía al menos un trastorno de la personalidad, mientras que el 16,4% de sujetos con al menos un trastorno de la personalidad presentaba un trastorno por uso de alcohol comórbido. Los trastornos relacionados con el alcohol mostraban más trastorno de la personalidad antisocial, histriónica y dependiente.

Los estudios epidemiológicos muestran una elevada comorbilidad entre ambos trastornos, especialmente en el *cluster B*, y dentro de este, trastorno límite de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad, aunque también hay estudios que señalan una asociación con trastornos del *cluster C*; en especial con el evitativo y dependiente, y también se ha visto asociación frecuente con trastorno paranoide.

Trastorno límite de la personalidad. Casi 50% de los individuos con este trastorno, además tiene una adicción al alcohol a lo largo de su vida. (Wilson y cols., 2006).

Se caracterizan por elevada impulsividad e inestabilidad emocional, rasgos que comparten con el abuso de alcohol.

Trastorno antisocial de la personalidad. Es el más relacionado con esta adicción. Los estudios epidemiológicos demuestran una prevalencia entre el 50-75%, siendo entre 15-25% de las personas con problemas por alcohol los que presenta un trastorno antisocial. Determinadas características psicológicas y biológicas de este trastorno explican una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas con el alcohol.

Trastorno de la personalidad dependiente. El alcohólico con frecuencia mantiene relaciones afectivas inmaduras y pasivo-dependientes. Tiene la necesidad de que su entorno le atienda, cuide y asuma sus propias responsabilidades, tiene miedo a la separación o el abandono. Lo manifiestan de forma pasiva en el descuido y negligencia que caracterizan su comportamiento y que obliga a terceras personas a hacerse cargo de ellos.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El diagnóstico de TDAH en la infancia se asocia con un aumento significativo en el riesgo de desarrollar un trastorno por uso de alcohol, de modo que los niños con TDAH presentan un riesgo de 1,35-1,7 veces mayor de presentar abuso o dependencia de alcohol en la edad adulta que los niños sin TDAH. Este riesgo

relativamente bajo podría reflejar las diferencias en el período de seguimiento en los diversos estudios. De hecho, en los estudios con muestras de pacientes adultos con TDAH se han encontrado tasas de abuso o dependencia de alcohol del 17-45%, superiores a las encontradas en población general. Así mismo, se ha detectado una elevada prevalencia de TDAH, entre el 19 y el 42%, en muestras clínicas de pacientes con un trastorno por uso de alcohol.

En pacientes adultos con abuso o dependencia de alcohol, un diagnóstico de TDAH se asocia con un inicio significativamente más temprano de los problemas con el alcohol, una ingesta diaria de alcohol significativamente más alta, mayor gravedad de su trastorno adictivo y la aparición de otros problemas asociados.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Existe una alta prevalencia de adicción entre los pacientes con TCA, presentando una comorbilidad con el alcoholismo del 24,5%. También se han encontrado mayores tasas de alcoholismo en familiares de pacientes con TCA que en controles. Hay una mayor asociación con conductas bulímicas que con anorexia.

Presentan características clínicas específicas con: mayor frecuencia en mujeres, comúnmente diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad, más impulsivos, antecedentes de conductas autoagresivas y abuso de otras drogas.

LUDOPATÍA

El 70% jugadores patológicos presentan trastorno por consumo de sustancias a lo largo de su vida y el alcohol es la más común: entre el 15 y el 55% de los individuos con problemas con el alcohol son jugadores patológicos

Cuando la ludopatía ocupa un lugar más relevante, el consumo de alcohol puede descender, aunque de forma temporal, volviendo a emerger cuando el individuo deja de jugar.

OTRAS DROGAS

El 60% de los pacientes que asisten a los centros comunitarios de salud mental tiene comorbilidades con el abuso del alcohol y de otras drogas. Pacientes que sufren de ambos desórdenes tienen pobres resultados del tratamiento y es más probable que dejen el mismo.

En el tema 2, "Neurobiología del alcoholismo", se tratan las diversas combinaciones entre alcohol y otras sustancias en detalle.

DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DUALES

La **entrevista clínica** es el principal elemento en la evaluación del paciente con un trastorno adictivo. Hay que tener en cuenta en cualquier caso que, a menudo, los sujetos con adicción al alcohol niegan o minimizan

su problema. Con frecuencia buscan ayuda cuando empiecen a experimentar problemas serios en algunos de los siguientes aspectos:

- Problemas médicos.
- Dificultades laborales (p. ej., absentismo repetido o disminución en la actividad laboral).
- Problemas financieros o económicos.
- Problemas legales.
- Dificultades familiares, de pareja o de relaciones sociales.
- Por experimentar sintomatología psiquiátrica.

Como instrumento complementario a la entrevista clínica se utiliza el Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA). Es un instrumento desarrollado en nuestro país para facilitar la identificación sistematizada y precoz de bebedores de riesgo, fundamentalmente en AP.

Es fundamental una buena relación terapéutica. La intervención del médico de AP se orientará a persuadir al paciente para que se implique en el tratamiento. Para ello el médico deberá explorar lo que el paciente quiere y necesita.

Herramientas diagnósticas en pacientes con patología dual y adicción alcohol:

- Instrumentos de Cribado: **AUDIT**, **CAGE**.
- Cuestionarios autoadministrados para la detección de comorbilidad psiquiátrica **PDSQ**.
- Entrevistas clínicas estructuradas (**PRISM**, **CIDI**, **MINI**, **DIGS**).

Los abordajes tipo Intervenciones breves son muy adecuados para hacerlos dentro del marco de la AP sin olvidar que, frecuentemente, precisan un abordaje multidisciplinar de aspectos médicos, psicológicos y sociales.

En la atención diaria el médico se puede encontrar con pacientes que se niegan a ser derivados a un psiquiatra, ante lo cual habrá que intentar un seguimiento más continuado, siempre que las condiciones psicopatológicas del paciente no indiquen la necesidad de hacer un ingreso involuntario (como sería el caso de esquizofrénicos que están bebiendo en un momento de descompensación o en casos de serio riesgo suicida)

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

Es imprescindible el abordaje psicoterapéutico integral de ambas patologías.

Se deben plantear una serie de objetivos prioritarios para la intervención:

- Elaborar un programa terapéutico individualizado con objetivos realistas a corto y largo plazo.
- Establecer y mantener la alianza terapéutica.
- Favorecer el cumplimiento farmacológico y la adhesión terapéutica.
- Conseguir la estabilización del trastorno mental.
- Favorecer la abstinencia o la reducción del consumo.
- Trabajar la conciencia de enfermedad de ambos trastornos.
- Prevenir recaídas.

- Psicoeducación del paciente y la familia, aportando información acerca de ambos trastornos y las alternativas terapéuticas.
- Mejorar el funcionamiento interpersonal y social del paciente, promoviendo el cuidado de la enfermedad y una vida independiente dentro de la comunidad.
- Rehabilitación de las incapacidades psicosociales secundarias a la enfermedad.

Los enfoques terapéuticos con mayor validez empírica se enmarcan dentro de la orientación cognitivo-conductual. Se pueden aplicar individual como en grupo, ya que la eficacia terapéutica de ambas modalidades de intervención es similar. Siempre hay que tener en cuenta que la terapia grupal es menos costosa.

TRATAMIENTO

Los pacientes con patología dual y adicción alcohol deben recibir un tratamiento integrado para ambos trastornos. Los utilizados en pacientes con comorbilidad son semejantes a los que se utilizan cuando se presenta una sola patología.

Tratamiento para la adicción alcohol:

Para la desintoxicación:

- BZD en dosis descendente hasta finalizar, siendo recomendables las de vida media prolongada (menor riesgo de adicción) como el diazepam o el clorazepato, salvo en ancianos o pacientes con insuficiencia hepática, en los que se usará el lorazepam que no

tiene metabolización hepática. Siempre con tiempo limitado por especial riesgo de abuso.

- En Insuficiencia respiratoria se utilizara el tiapride.
- Anticomociales en dosis descendentes como la gabapentina, la oxcarbamacepina o la pregabalina.
- Complejo vitamínico B y ácido fólico.
- Recomendación: Intentar evitar el clormetiazol por excesiva sedación y riesgo de dependencia.

Para la deshabituación:

- Interdictores de alcohol: disulfiram (Contraindicación relativa: cardiopatía, insuficiencia hepática, I. R. aguda, embarazo y T. psicóticos descompensados) y cianamida cálcica (Contraindicación relativa en cardiopatía y embarazo).
- Naltrexona: antagonista opiáceo para reducir deseo de beber y pérdida de control al inicio de la ingesta.
- Nalmefeno: antagonista opiáceo para la reducción del consumo de alcohol.
- Acamprosato: reducción del deseo de beber y pérdida de control al inicio de la ingesta.
- Anticomociales: para reducir deseo de beber y disminuir el *craving*.

Tratamiento para el otro trastorno mental:

Trastornos afectivos:

DEPRESIÓN

- Antidepresivos:
 - Inhibidores recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina, escitalopram, etc.

- Antidepresivos duales: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (ISRN): venlafaxina y duloxetina.
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRDN): bupropión.
- Antidepresivos tricíclicos: eficaces pero con muchos efectos secundarios y riesgos de sobredosis.
- Recomendación: No utilizar los IMAO.

TRASTORNO BIPOLAR:

- Anticomociales como el valproato (con monitorización hepática por hepatotoxicidad) o la oxcarbazepina.
- Recomendación: Evitar el litio por la potencial toxicidad y el aumento de riesgo de suicidio.
- Antipsicóticos atípicos.

Trastornos de ansiedad:

- Anticomociales: pregabalina, gabapentina, etc. Preferibles aquellos con acción fundamental en el sistema GABA.
- Recomendación: Evitar las BZD por el riesgo de abuso.

Trastornos psicóticos:

- Antipsicóticos atípicos por su menor capacidad para producir efectos extrapiramidales, efecto anti-*craving* y reducción del riesgo de conductas impulsivas.
- Antipsicóticos de larga duración si hay baja adherencia.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

- La atomoxetina reduce el consumo de alcohol.

Trastorno de la conducta alimentaria:

- La fluoxetina disminuye los vómitos autoinducidos.
- El topiramato disminuye los vómitos y atracones.

Trastorno por uso de sustancias:

- Anticomociales como el topiramato y la oxcarbazepina para la disminución del *craving* y de las conductas impulsivas. 🍷

BIBLIOGRAFÍA

- Alegría AA, Hasin DS, Nunes EV, Liu SM, Davies C, Grant BF, Blanco C. Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2010 Sep; 71 (9): 1187-95.
- Arias Horcajada F. Prevalencia. En: Bobes García J, Casas Brugué M, coord. Manejo clínico del paciente con patología dual. Barcelona: Socidrogalcohol; 2009. p. 25-40.
- Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1483-93
- Casas, M; Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones* 2002; Vol 14. Supl 1.
- Hasin DS, Stinson Frederick S, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 830-42.
- Grant BF, Muthen BO et al. DSM-IV alcohol dependence and abuse: Further evidence of validity in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 86 (2-3): 154-66
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Dufour MC, Compton W et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:807-816. Vol. 61 No. 8, August 2004
- Gual A. Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*. 2007; 26 (1): 65-71
- Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: an overview. *Alcohol Research*. 2002; 26 (2): 81-89
- Sáiz PA, G-Portilla MP, Paredes MB, Basarán MT, Bobes, J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*. 2002; 14 (1): 387
- Schuckit MA. Chapter 11.2. En: Sadock BJ, Sadock, VA, Ruiz P, editores. *Alcohol-Related Disorders*. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition; 2009.
- Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006; 101: 76.
- Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Basurte I, Vega P, Baca-García E. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse*. 2012; 47 (4): 383-9
- Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 78: 1-22.

ENLACES WEB DE INTERÉS

- http://www.patologiadual.es/formacion_protocolos.html
- <http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=co>