

CASOS CLÍNICOS

Trastornos duales. Mecanismos etiopatogénicos

M.R. BAENA LUNA^a Y J. LÓPEZ DELGADO^b

^aMédico. Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones de Lebrija. Sevilla. España.

^bPsicólogo. Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones de Lebrija. Sevilla. España.

RESUMEN. *Objetivo.* Analizar la gran variabilidad existente en el curso de los trastornos duales y la gran complejidad de sus tratamientos.

Material y métodos. Se analiza la historia de tres pacientes en los que se puede detectar la diversidad en cuanto a los mecanismos etiopatogénicos de los cuadros clínicos de patología dual que presentan, así como la dificultad en el diagnóstico y tratamiento de los mismos.

Resultados. El estudio de los pacientes en cuanto a sus historias toxicológicas y psiquiátricas coincide con la mayoría de los estudios realizados acerca de la patología dual: mecanismos etiopatogénicos múltiples, dificultad en la detección de los casos y gran complejidad en los tratamientos, que además han de ser multidisciplinarios.

Conclusiones. La patología dual engloba una serie de casos en los que coexiste un trastorno por uso de drogas junto a una alteración de tipo psiquiátrico. Se han realizado múltiples intentos para explicar la génesis de estos cuadros y la relación entre psicopatología y consumo de drogas. Se ha detectado una gran variabilidad en cuanto a los factores que pueden influir en su etiopatogenia. Todo ello, junto a las dificultades diagnósticas, hace que el abordaje terapéutico sea muy dificultoso, tanto en su aspecto farmacológico como en el psicológico, e implicaría la intervención de un equipo multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE: patología dual, etiopatogenia, intervención multidisciplinar.

Dual upheavals. Etiopatogenic mechanisms

ABSTRACT. *Objective.* To assess the great existing variability in the course of the dual upheavals and the great complexity of its treatments.

Material and methods. the history of three patients is analyzed in whom it is possible to be detected the diversity as far as the etiopatogenic mechanisms of the clinical pictures that present/display, as well as the difficulty in the diagnosis and treatment of such.

Results. The study of the patients as far as its toxicologic histories and psychiatric it agrees with most of the studies made about the dual pathology: multiple etiopatogenic mechanisms, difficulty in the detection of the cases and great complexity in the treatments, that in addition they have to be you will multidiscipline.

Conclusions. The dual pathology includes a series of cases in which it coexists upheaval by drug use next to an alteration of psychiatric type. Multiple attempts have been made to explain the origin of these pictures and the relation between psychopathology and drug consumption. A great variability as far as the factors has been detected that can influence in his etiopatogenia. All it, next to the diagnostic difficulties, it causes that the therapeutic boarding is very difficult, as much in its pharmacologic aspect as in the psychological one, and it would imply the intervention of an equipment to multidiscipline.

KEY WORDS: dual pathology, etiopatogenia, intervention to multidiscipline.

Correspondencia:

M. REYES BAENA LUNA
Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones.
Ayuntamiento de Lebrija
C/ Antonio de Nebrija, 7
41740 Lebrija. Sevilla. España
Correo electrónico: Cadlebrija@aytolebrija.org

Recibido: 06-04-2005

Acceptado para su publicación: 02-02-2006

Introducción

El término trastorno dual hace referencia a la coexistencia en un mismo sujeto de una historia de uso-abuso de drogas junto a un trastorno psiquiátrico¹. Autores como Dixon et al² y Lehman et al³ han pretendido elaborar modelos que expliquen la interrelación entre ambos tipos de entidades clínicas. Sin embargo, es más operativo considerar tres mecanismos como posibles, que son:

1. Dependencia de drogas como trastorno primario e inductor de la patología psiquiátrica; éste es el mecanismo defendido por la teoría de la neurotoxicidad⁴. Los cuadros que con más frecuencia aparecen a consecuencia del consumo de drogas son depresión, ansiedad y crisis psicóticas, siendo el cannabis, el alcohol, la cocaína y otros estimulantes los responsables en la mayoría de los casos.

2. Psicopatología como factor de riesgo para el desarrollo de una dependencia a sustancias; en este sentido, el consumo de drogas se produciría para aliviar síntomas como la depresión o la ansiedad; puede, por tanto, considerarse como una modalidad de automedicación⁴.

3. El último mecanismo consiste en la existencia de una vulnerabilidad especial del sujeto para padecer ambos trastornos; es el ejemplo clásico de los trastornos de personalidad⁵.

Se estima que la prevalencia de los trastornos duales es elevada⁶; no obstante, los resultados de los diversos estudios no son todo lo uniformes que cabría esperar. Esta variabilidad puede tener su origen en una serie de factores tales como el tipo y tamaño de la muestra a estudiar, momento de la medición de la psicopatología (crisis o intercrisis, durante un período de abstinencia, durante el síndrome de abstinencia, en estados de intoxicación aguda, etc.), predisposición y formación del investigador, duración del seguimiento, etc.

Esta gran variabilidad añade una gran dificultad a la hora de realizar un diagnóstico correcto de la patología psiquiátrica en pacientes drogodependientes⁷.

A pesar de la gran cantidad de estudios realizados al respecto, el diagnóstico de enfermedad dual no es fácil, y sobre ello pueden influir diferentes circunstancias: tendencia a la ocultación o negación del consumo de drogas por parte del sujeto y/o sus familiares, formación del terapeuta, escasa claridad en las concepciones teóricas, información distorsionada del paciente sobre su trayectoria clínica debido a los efectos de la droga, modificación de la clínica psiquiátrica a causa del consumo de sustancias, etc.

Para ilustrar los tres mecanismos etiopatogénicos descritos van a ser expuestos tres casos pertenecientes a la actividad del centro donde se desarrolla nuestro trabajo. Para la mejor comprensión de cada caso se describirán de forma sistemática teniendo en cuenta la cronología de los acontecimientos.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 24 años que acude al centro para tratamiento de su drogodependencia en junio de 1999.

Historia toxicológica (sustancia y año de inicio del consumo)

- Cannabis 1994.
- Cocaína 1996.
- Heroína 1997.

Historia en Centro de Drogodependencias

- Junio de 1999: ingreso en comunidad terapéutica no acreditada.
- Octubre de 2001: tratamiento con codeína.
- Noviembre de 2001: ingreso en comunidad terapéutica no acreditada por las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma.
- Enero de 2002: inicia tratamiento con olanzapina (5 mg/día) y fluoxetina (20 mg/día).
- Febrero de 2002: inicia seguimiento psicológico y se tramita protocolo para ingreso en comunidad terapéutica pública.

Historia en Centro de Salud Mental

- Abril de 1996: trastorno depresivo mayor (296.22) tras el servicio militar, que fue tratado con amitriptilina más perfenacina y tioridazina.
- Diciembre de 1997: brote psicótico tras un cambio de residencia que vivió como traumático; fue tratado con antipsicóticos variados y biperideno.
- Octubre de 2001: intento de autolisis tras un conflicto familiar (ingesta de psicotropos y autolesiones).
- Marzo de 2002: nuevo intento de autolisis.
- Agosto de 2002: nuevo intento de autolisis.

En la historia del paciente no existe ningún dato psicopatológico preciso, salvo el diagnóstico reciente de dependencia a la cocaína (235, según DSM-IV), lo

cual demuestra la gran dificultad existente para establecer un diagnóstico definitivo. Actualmente el paciente se encuentra completando su programa de rehabilitación con una evolución favorable y no sigue tratamiento farmacológico.

Anamnesis familiar

El paciente es el hermano mayor de tres que componen la familia. Las dos hermanas, de 16 y 18 años, estudian y el paciente trabaja en un taller de carpintería desde que tenía 10 años. Tanto el padre como la madre trabajan fuera de casa y la relación entre ellos se limita a encuentros ocasionales los fines de semana para hablar del problema de drogodependencias que existe en casa.

La madre se responsabiliza cuando el hijo no avanza en la superación del problema y cree que ella es la única que puede ayudarlo. La comunicación con el hijo es directa, clara y, a veces, insultante; culpa al hijo constantemente del bienestar/malestar de la familia.

El padre ignora lo que ocurre en casa, según su esposa. No está en casa durante toda la semana por motivos de trabajo y son la madre y las hermanas menores quienes comunican las incidencias que ocurren.

Las hermanas muestran miedo, inseguridad y ansiedad permanentes, en gran parte transmitidas por la inestabilidad emocional de la madre, quien expresa continuamente su idea de huir de la casa si el problema continúa y por las constantes amenazas del hermano de agredir e intentos de suicidio.

Las relaciones entre los miembros se pueden etiquetar de frías y con reservas cuando existe un consumo prolongado por parte del paciente y cuando éste emite una conducta agresiva y de aislamiento, y receptivas entre todos los miembros de la familia y de ayuda mutua cuando el paciente hace lo que la madre desea.

Características psicológicas

El paciente presenta dificultades para integrarse en grupos socialmente normalizados porque tiene distorsiones cognitivas tales como *pensamientos de adivinación, lectura de pensamientos y personalización*. Cree que los demás lo rechazan por su problema de consumo de drogas, adivina que no será capaz de hablar con los demás y cree que las experiencias negativas vividas se deben a su persona.

Es una persona fácil de influenciar por los demás, no actúa críticamente valorando consecuencias negativas. Su deseo de estar con los demás le hace imitar conductas para igualarse. Se siente deprimido y frus-

trado cuando no tiene constancia en el cumplimiento de objetivos terapéuticos. Los resultados desfavorables le generan sentimientos de culpa, un autoconcepto negativo y una baja autoestima.

Caso 2

Varón de 25 años que demanda asistencia por su adicción en noviembre de 2001.

Historia toxicológica (sustancia y año de inicio del consumo)

- Cannabis y cocaína 1996.
- Alucinógenos de forma ocasional.
- Heroína, psicofármacos y alcohol 1998.

Historia en Centro de Drogodependencias

- 1999: cura de sueño de una semana de duración en recurso no acreditado.
- 1999 a 2001: seguimiento en un recurso no acreditado donde refiere haber permanecido abstinentes.
- Noviembre de 2002: apertura de historia en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias.
- Diciembre de 2002: reinicio del consumo de cocaína tras haber ingerido alcohol en grandes cantidades.

Historia en Centro de Salud Mental

Demanda intervención psiquiátrica en el año 2000, cuatro años después de iniciarse en el consumo de sustancias. Se indica tratamiento, en principio, con una mezcla de fármacos que incluye paroxetina, venlafaxina, alprazolam, cloracepato y quetiapina, que luego se ha ido modificando hasta ser suspendido. Comienza tratamiento con olanzapina y fluoxetina en abril de 2002.

En el centro de salud mental se ensayan tratamientos de forma empírica sin un diagnóstico único establecido previamente. Los informes emitidos durante esta época reflejan trastorno de la personalidad, depresión, síndrome ansioso, sin precisar.

Anamnesis familiar

El paciente ocupa el tercer lugar de los cuatro hermanos que componen la unidad familiar. El problema del consumo de drogas es el centro de interés en la familia; ésta es receptiva a la ayuda permanente que sea necesaria.

La madre del paciente presenta un estilo de educación totalitario y democrático en función del estado de ánimo en el que se encuentre; no valora qué estilo es el más adecuado en cada momento. Tiene una actitud de víctima ante los problemas que se generan en la casa. Muestra una conducta débil, sensible y con necesidad constante de ayuda.

El padre del paciente se mantiene al margen de la familia cuando se hace necesario compartir las responsabilidades del cuidado de los hijos. Según él, la madre es la encargada de esta tarea.

Los hermanos se alarman de las dificultades que presenta el sujeto cuando consume y muestra una conducta inmadura en casa; le ayudan acercándolo a los recursos de tratamiento médico y psicológico. A su vez valoran la situación de la madre y piensan que los problemas tiene que resolverlos él porque la cabeza de familia está agotada. Ante estas circunstancias se mantienen aislados e ignoran los problemas del hermano.

Características psicológicas

El paciente es diagnosticado en varias ocasiones de trastorno de personalidad y depresiones varias. Actualmente presenta un cuadro de ansiedad que le genera ideas hipocondríacas y depresivas, además de síntomas físicos tales como dificultades para respirar, pérdida de apetito, exceso de sudor, tensión muscular e insomnio.

En toda intervención psiquiátrica y psicológica muestra una actitud de víctima, de no saber qué le ocurre, de debilidad, de sentir de manera negativa todos los reproches de su familia y amigos. Verbaliza que no quiere dar una imagen social de «niño bueno y educado»; se siente identificado con grupos de ideología neonazi aunque no practique actividades y muestre agresividad social. Le gusta el riesgo y el desafío. No quiere aceptar que tiene problemas aunque los utiliza para llamar la atención y conseguir la ayuda de los demás.

Caso 3

Varón de 33 años que demanda atención por consumo de diferentes sustancias en abril de 1991.

Historia toxicológica (sustancia y año de inicio del consumo)

- Alcohol 1983.
- Cannabis 1985.
- Cocaína 1990.
- Heroína y psicotropos 1991.

Historia en Centro de Drogodependencias

— 1990: desintoxicación ambulatoria (realizada en Salud Mental).

— 1991: desintoxicaciones domiciliarias repetidas con deshabitación a base de naltrexona sin consolidar abstinencia.

— 1995: ingreso en recurso no acreditado donde permaneció 10 días y sufrió una importante alteración emocional.

— 1998: inclusión en programa de mantenimiento con metadona.

Historia en Centro de Salud Mental

Se analizan diferentes etapas:

— Escolar: alteraciones de la conducta con constantes llamadas de atención por parte del profesorado (aislamiento, no integración en el grupo, etc.), con adecuado rendimiento escolar. Los padres no deciden consultar a un psiquiatra, sin bien el comportamiento del paciente en este período mostraba aspectos relacionados con algún tipo de trastorno mental.

— 1983 (17 años): inicia consumo de alcohol con embriaguez patológica en varias ocasiones (agresividad, alucinaciones).

— Servicio militar (18 años): se inicia en el consumo de otras sustancias (cocaína, heroína) para paliar los efectos indeseables del alcohol; por primera vez se establece un diagnóstico psiquiátrico de trastorno esquizoafectivo (295.6 CIE-9) y consumo de tóxicos (305 CIE-9).

A partir de este diagnóstico protagoniza varios ingresos en Unidad Hospitalaria de Psiquiatría por descompensación de su enfermedad mental, el último en 1998, fecha en la que el paciente fue incluido en programa de mantenimiento con metadona y, tras consumir heroína y cocaína, se instaura cuadro consistente en gran malestar físico, abatimiento, inquietud, anorexia, irritabilidad, disforia, conducta desorganizada, pérdida de control de impulsos e ideación delirante vaga de tipo autorreferencial.

Anamnesis familiar

Al paciente lo acompaña la madre, quien en todo momento ofrece una actitud de dependencia y de proteccionismo hacia él. Todo lo que sugiere el hijo es valorado por la madre aunque en alguna ocasión manifieste su desacuerdo.

La entrega al hijo es el apoyo de una madre que se refugia de un trastorno emocional originado por la

frustración permanente de no poder ser correspondida por la persona con quien comparte su vida: su marido. Verbaliza la relación de insoportable, de dejadez por parte del padre, carente de atención hacia los hijos y la esposa. Todo contacto posible es para pedir ayuda para resolver sus problemas y olvidarse de la responsabilidad familiar.

La madre habla poco de su hijo; centra el tema, motivo de consulta, en el esfuerzo permanente por mantener la familia unida, en conseguir que marido y mujer sean capaces de compartir lo común de una pareja.

El problema del hijo se convierte en el apoyo perfecto, en la excusa adecuada para que la esposa se acerque al marido y establecer el eslabón que le lleve a conseguir su deseo: la unión a él.

Los hermanos del sujeto no aparecen en ningún momento como personas de referencia, de figuras a imitar, de contacto familiar para la solución de problemas. Ni madre, ni padre, ni paciente han nombrado a los demás miembros de la familia.

El paciente, cuando asiste a consulta con los padres, muestra una actitud fría, despreocupada, carente de atención.

Características psicológicas

El paciente acude a consulta desmotivado y nada receptivo ni colaborador porque piensa que no tiene problema alguno. No le atrae el ambiente de la drogadicción; de hecho no tiene contacto con otros consumidores nada más que cuando necesita comprar la droga. Es una persona solitaria, consume en casa a escondidas, no habla con la familia, no tiene contactos sociales ni familiares. Es introvertido y no muestra expresión de alegría ni tristeza. De las pocas responsabilidades laborales que tiene (trabaja en tareas agrícolas con el padre), éstas se basan en desempeñar su trabajo de manera constante y obediente y conseguir su contraprestación: el dinero para el consumo. Tiene respuestas de evitación, de huida y de escape. Carece de habilidades sociales necesarias para integrarse con sus iguales y una conducta no asertiva.

Discusión

Se define la patología dual como un conjunto de cuadros clínicos en los que coexisten un trastorno por uso de drogas y una alteración de tipo psiquiátrico¹.

Existen múltiples factores que pueden influir sobre la aparición de una enfermedad dual, sin embargo, se pueden resumir en tres los mecanismos de produc-

ción. Los casos descritos intentan ilustrar cada uno de ellos.

En el primer caso se trata de un sujeto que, sin haber manifestado ninguna alteración en su conducta durante la infancia, comienza con un cuadro depresivo que coincide con la realización del Servicio militar (que vivió como traumático) y el inicio en el consumo de drogas. Con posterioridad el paciente presentó episodios de trastornos mentales muy variados (brotos psicóticos, repetidos intentos de autolisis, etc.) siempre relacionados con el consumo desmedido de sustancias, en unas ocasiones alcohol y en otras cocaína. Se correspondería, por tanto, con la existencia de una circunstancia individual que favorecería la aparición del trastorno mental y el uso-abuso de sustancias⁵.

El segundo caso corresponde a un paciente que empieza a consumir diferentes sustancias sin un factor desencadenante aparente; según refiere, el inicio tuvo lugar dentro del grupo de iguales por curiosidad y para mejorar sus propias habilidades sociales. A los cuatro años de este acontecimiento demanda atención psiquiátrica; todas sus manifestaciones hacen referencia a su drogodependencia y el sentimiento de culpa/arrepentimiento que ésta le provoca, sumergiéndole en un importante síndrome depresivo. Parece evidente la implicación del abuso de drogas como factor determinante en la etiopatogenia del trastorno mental⁴.

Por último, el tercer caso describe la historia de un individuo que presenta trastornos de la conducta desde edades tempranas y el consumo de sustancias se desencadena en la evolución de su psicopatología; además se detecta sintomatología atípica (embriaguez patológica) y el uso de determinadas sustancias para calmar los efectos indeseables causados por otras sustancias, lo que puede ser considerado como una modalidad de automedicación⁴.

Como ya se ha expuesto en diferentes apartados de este trabajo, se proponen varias teorías para explicar este fenómeno; podría estar causado por la toxicidad que sobre las neuronas tienen las sustancias consumidas, desarrollándose una serie de efectos directos e indirectos, responsables de la psicopatología presente en estos pacientes⁴.

Otros autores defienden la idea de la automedicación⁴: el sujeto utilizaría los tóxicos para paliar situaciones que le resultan desagradables, como es el caso de la timidez o el dolor. En otros casos se piensa que la predisposición a padecer una enfermedad mental y el consumo de drogas aparecen al unísono en un solo individuo⁵. Probablemente una sola teoría no explica todos los trastornos psiquiátricos que pueden presentar los toxicodependientes; por ello es importante in-

tentar conjugar las diferentes teorías para diseñar estrategias de intervención acertadas.

La gran variabilidad de asociaciones posibles entre enfermedades mentales y el consumo de diferentes sustancias, así como sus repercusiones, hace muy laborioso el abordaje de estos casos⁵. Es imprescindible que el seguimiento se lleve a cabo dentro de un equipo multidisciplinar^{6,8} que atienda los aspectos psicológico, médico y social del paciente y su entorno.

En general, los pacientes de este grupo suelen tener una evolución más tórpida que los puramente mentales, con peor cumplimiento de las pautas de tratamiento⁹, más necesidad de internamiento en recursos especializados y con complicaciones más severas, como la mayor incidencia de intentos de autolisis y suicidios consumados^{10,11}.

A toda la problemática individual se añade una importante influencia negativa sobre la familia y la sociedad en general, con alto grado de peligrosidad por parte del paciente y temor en los convivientes. Es preciso disponer de técnicos correctamente formados y una

red asistencial adecuada que responda a las necesidades de estos pacientes y permita su abordaje de manera integral. Sin embargo, el gran problema que se plantea es la escasez de estos dispositivos, lo cual obliga en gran medida a los familiares a buscar desesperadamente soluciones que no llegan a encontrar y a iniciar un largo peregrinaje por múltiples instituciones sin éxito.

Con base en nuestra experiencia profesional se confirma la presencia de una comorbilidad psiquiátrica muy heterogénea en el toxicodependiente, que se traduce en variabilidad en cuanto al pronóstico, y se establece la necesidad de plantear diferentes abordajes por optimizar los tratamientos; podemos concluir considerando que la patología dual es uno de los grandes retos que se presentan en cuanto a diagnóstico y tratamiento, que ya no sólo implica la actuación de médicos y psicólogos especializados, sino también trabajadores sociales, monitores ocupacionales, educadores e incluso familiares directamente relacionados con estos pacientes. Hay que coordinar todos estos estamentos para conseguir una actuación realmente eficaz.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Barcelona: Masson; 1995.
2. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*. 1999;141:224-30.
3. Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:1019-25.
4. Rubio G. ¿Qué es la patología dual? Alteraciones de la conducta y abuso de sustancias. *Rev Esp Sanid Penit*. 2000;2:74-6.
5. Fernández JJ, Gutiérrez E, Marina PA. Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Barcelona: Aula Médica Ediciones; 2002. p. 421-73.
6. Ávila Escribano JJ, Álvarez Navares A. Tratamiento de los trastornos comórbidos en pacientes dependientes de opiáceos. *Monografías Psiquiat*. 1999;4:41-8.
7. Stowell RJ. Dual diagnosis issues. *Psychiatr Ann*. 1991;21:98-104.
8. Marina A. ¿Es posible un tratamiento diferente de las adicciones? *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2001;21:9-53.
9. Peñate M. Patología dual. *Hojas Informativas de los Psicólogos de Las Palmas*; 1999. p. 15-6.
10. Johnson S. Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *Br J Psychiatry*. 1997;171: 202-8.
11. Neeleman J, Farrell M. Suicide and substance misuse. *Br J Psychiatry*. 1997;171:4-5.