

# D **Diagnóstico Dual y Adicción a Drogas.**

**Emilio Sánchez Hervás**

*Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.*

*Universidad de Valencia.*

## RESUMEN

Se entiende por «diagnóstico dual» la co-ocurrencia, coexistencia, comorbilidad y simultaneidad de un trastorno adictivo y un trastorno psiquiátrico. En el siguiente artículo se revisan las distintas posibilidades que pueden darse en la clínica cuando tratamos a pacientes con adicción a sustancias psicoactivas y un trastorno asociado. Se apunta la importancia que en estos casos conlleva el realizar un diagnóstico detallado, dadas las implicaciones pronósticas y terapéuticas que se derivan de ello.

## PALABRAS CLAVE

**diagnóstico dual, adicción a drogas, trastorno psiquiátrico**

## INTRODUCCIÓN

Pueden encontrarse en la bibliografía numerosos estudios sobre la asociación entre el abuso de drogas y diferentes trastornos mentales. Weiss, Mirin y Griffin, (1992) en un estudio realizado con adictos a cocaína, encuentran que el 50% de los sujetos presentaban un trastorno afectivo (criterios DSM), siendo los más frecuentes la depresión mayor (20%) y el trastorno ciclotímico (16,7%). Inman (1985), informa de un 56% de sujetos con trastorno límite de personalidad, en una muestra de sujetos policonsumidores tratados en un contexto residencial. Para Rousanville, Weissman, Kleber y Wilber (1982), sólo el 13% de los adictos a opiáceos carecen de un trastorno mental concomitante, mientras que el 52% sufren al menos dos. Para Khantzian y Trece (1985), el 65% sufre además un trastorno de personalidad y el 77% otro trastorno mental.

El significado de esta asociación es motivo de discrepancias

entre consideran que los trastornos mentales están presentes antes de iniciarse el uso de drogas, y por tanto los consideran como un factor de riesgo para desarrollar conductas de abuso de drogas; aquellos que opinan que el trastorno mental es una consecuencia de la adicción y, los que consideran que ambos fenómenos son coexistentes. Es más que probable que nos encontremos con pacientes cuyo diagnóstico pueda ajustarse a cualquiera de los planteamientos mencionados.

En este sentido, se ha venido constatando en la práctica clínica, y en la bibliografía sobre la adicción a drogas, la importancia del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y abuso de sustancias psicoactivas. Los términos que se han utilizado para denominar a estos pacientes varían desde: enfermo mental consumidor de drogas, drogadicto con enfermedad mental, enfermo mental drogadicto, trastornos duales y pacientes con comorbilidad

**(Solomon, Zimberg y Shollar, 1993). La dificultad de realizar un diagnóstico correcto deriva del hecho de que muchos de estos paicentes presentan más de dos diagnósticos coexistentes en el eje I, trastornos de personalidad en el eje II y trastornos orgánicos en el eje III (siempre según nomenclatura DSM).**

## DIAGNÓSTICO DUAL

El término «diagnóstico dual» no está reconocido oficialmente en la nomenclatura de los sistemas de clasificación diagnóstica actuales (DSM y CIE). De forma general, podríamos decir que se refiere a aquellos sujetos que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. De forma más específica, el término se ha convertido en la actualidad en sinónimo de un tipo específico de comorbilidad diagnóstica, concretamente la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias (First y Gladis, 1993).

Para Weiss, Mirim y Griffin (1992), llaman mucho la atención las diferencias existentes entre las tasas observadas para el diagnóstico de patología dual, según se estudien en un servicio de drogodependencias o en un centro de salud mental. En este sentido, Raskin y Miller (1993), encuentran un 5% de depresión comórbida y adicción a drogas en centros de drogodependencias, frente a un 30% en los dispositivos de salud mental. Para los autores, una posible explicación sería que los dispositivos de salud mental tenderían a orientar el diagnóstico hacia los trastornos psiquiátricos (Eje I según nomenclatura DSM), infradiagnosticando, en algu-

nos casos, los trastornos por abuso de sustancias. Por otra parte, los centros específicos de drogodependencias enfocarían la evaluación hacia los problemas derivados de la adicción a drogas, a la vez que prestarían menor atención a los trastornos psiquiátricos.

La relación existente entre los trastornos que conforman el diagnóstico dual, podría resumirse en dos presupuestos básicos (Pérez de los Cobos, 1996): por una parte, la posición defendida por Khanzian (1985), en lo que se conoce como «hipótesis de la automedicación». Para el autor, el uso de sustancias psicoactivas se iniciaría por parte de los sujetos como una forma de autotratamiento de un trastorno psiquiátrico previo. La elección del tipo de sustancia se basaría en sus efectos específicos sobre la automedicación. Frente a esta posición, se situaría el planteamiento de Miller (1993), según el cual los trastornos psiquiátricos serían una consecuencia del abuso de sustancias psicoactivas. Finalmente Meyer (1986), propone seis formas posibles de relación entre psicopatología y adicción a sustancias: 1) algunos trastornos del Eje I y II pueden ser considerados como factores de riesgo para el desarrollo posterior de conductas adictivas; 2) el trastorno psiquiátrico puede agravar el pronóstico general de una adicción; 3) la adicción a drogas puede ocasionar un trastorno psiquiátrico que a su vez puede remitir con la abstinencia a drogas; 4) la adicción a drogas puede ocasionar un trastorno psiquiátrico que persista más allá de la abstinencia a drogas; 5) la adicción a drogas puede aparecer como una forma de automedicación de un trastorno psiquiátrico previo y; 6) la adicción a drogas y el trastorno psiquiátrico pueden presentarse simultáneamente sin relación entre ambos.

El motivo principal para efectuar una evaluación diagnóstica detallada de los casos de diagnóstico dual es, para Osher

y Kofoed (1989), su importante implicación pronóstica y terapéutica. En este sentido los pacientes con diagnóstico dual presentan, de forma característica, una mayor dificultad de tratamiento y un peor pronóstico.

Un diagnóstico adecuado y preciso puede tener consecuencias terapéuticas positivas en la estrategia terapéutica a utilizar. En los pacientes con un trastorno psiquiátrico primario y un trastorno por uso de drogas secundario, el abordaje terapéutico óptimo consiste (First y Gladis, 1993) en tratar la patología psiquiátrica porque es de esperar que, una vez solucionado el trastorno psiquiátrico, el uso de sustancias mejorará espontáneamente o presentará una mejor respuesta al tratamiento. Por el contrario, en los pacientes con un uso de sustancias primario y trastorno psiquiátrico secundario, el tratamiento del abuso de sustancias puede dar como resultado la desaparición de los síntomas psiquiátricos.

La reticencia de algunos individuos para admitir el uso y/o abuso de distintas sustancias y la tendencia de algunos de ellos a minimizar sus problemas psicológicos, pueden según McLellan y Druley (1977), dificultar la identificación del diagnóstico dual. Se hace necesario por parte del clínico el realizar una evaluación detallada que incluya análisis toxicológicos de orina, uso de entrevistas, revisión si es posible de historias clínicas antiguas, e información detallada por parte de miembros de la familia, e incluso pedir información a antiguos terapeutas.

Una consideración con respecto al diagnóstico de este tipo de pacientes, es la necesidad de observar a éstos durante un período de tiempo comprendido entre tres y seis semanas, en los que el sujeto este abstinentemente a la sustancia de abuso. La razón de ello es que las posibles señales que pueden alertar sobre la presencia de trastornos mentales estén enmascaradas por

el abuso de sustancias (los pacientes se presentan con frecuencia en estado de intoxicación, o bajo los efectos del síndrome de abstinencia).

Después de detectar la presencia de alteraciones psicológicas y problemas derivados por el uso y/o abuso de drogas, el siguiente paso consistiría en delimitar la relación etiológica entre las dos problemáticas. Es posible la existencia de tres tipos de relaciones: 1) un trastorno psiquiátrico primario ocasiona un trastorno por uso de sustancias secundario; 2) un trastorno por uso de sustancias primario ocasiona sintomatología psiquiátrica de forma secundaria y, 3) tanto la sintomatología psiquiátrica como el abuso de sustancias constituyen trastornos primarios (ninguno de ellos aparece de forma secundaria a la existencia del otro, aunque sí pueden ocasionarse por la presencia de un factor subyacente (First y Gladis, 1993).

Para los autores, en la mayoría de los casos, el dato fundamental para seleccionar la posibilidad diagnóstica más adecuada, es la relación temporal entre el abuso de sustancias y la sintomatología psiquiátrica, lo que implicaría la necesidad de determinar si el inicio del cuadro psiquiátrico precedió al uso de sustancias (o viceversa).

### **Trastorno psiquiátrico primario y trastorno por uso de sustancias secundario**

Según este modelo, el trastorno psiquiátrico es primario y el trastorno por uso de sustancias, consecuencia del mismo. En un subgrupo de pacientes, la conducta de consumo de sustancias puede considerarse como una forma de automedicación, según la hipótesis de Khantzian (1985). Por ejemplo, un sujeto con un trastorno de ansiedad, podría desarrollar una conducta de consumo excesivo de alcohol en busca de efectos sedantes y ansiolíticos. Como comentábamos anteriormente, la elección de la sustancia de abuso se

realizaría en base a sus efectos específicos sobre la automedicación. En este sentido sujetos con trastornos específicos, eligen con frecuencia sustancias concretas. Por ejemplo, los sujetos con esquizofrenia negativa suelen preferir el consumo de estimulantes (Scheneir y Siris, 1987). Mientras que los sujetos con trastornos de estado de ánimo se inclinan por sustancias con efectos depresores (DiSalver, 1987). En otros casos, el uso y/o abuso de sustancias psicoactivas puede constituir un mecanismo de afrontamiento, aunque éste pueda ser desadaptativo.

La característica principal de un trastorno psiquiátrico con un uso de sustancias secundario es que el primero aparece en un momento de la vida del individuo en que no consume sustancias psicoactivas. En esta situación, si los síntomas psiquiátricos persisten en ausencia de consumo de sustancias psicoactivas, puede considerarse que el trastorno psiquiátrico es primario; si por el contrario los síntomas desaparecen, se considera que el abuso de sustancias es el trastorno primario.

### **Trastorno por uso de sustancias primario y trastorno psiquiátrico secundario**

En este caso, el abuso de sustancias psicoactivas constituye el trastorno primario, considerando que los síntomas psiquiátricos aparecen como consecuencia del consumo de sustancias.

La característica principal de un trastorno por uso de sustancias primario con sintomatología psiquiátrica secundaria, es la presencia de un período en el que se consume la sustancia de manera significativa, y que precede al desarrollo de los síntomas psiquiátricos. Los síntomas psiquiátricos que aparecen en el contexto de una intoxicación o abstinencia a una sustancia, se deben a los efectos de la sustancia sobre el sistema de neurotransmisión. Una vez desaparecen estos efectos (después de

un período de abstinencia), los síntomas deben de remitir de una forma espontánea. La persistencia de sintomatología psiquiátrica durante un período significativo y fuera del contexto de una intoxicación o abstinencia, sugiere la presencia de un trastorno psiquiátrico primario (First y Gladis, 1993).

### **Trastorno por uso de sustancias primario y trastorno psiquiátrico primario**

Según este modelo (denominado «dualidad primaria»), el trastorno psiquiátrico y el trastorno por uso de sustancias son independientes y no se relacionan inicialmente. No obstante, ambos trastornos podrían interactuar, potenciándose entre ellos. La hipótesis de dualidad primaria, puede aplicarse en aquellos sujetos en los que las conductas de abuso de sustancias psicoactivas y los síntomas psiquiátricos presentan un curso independiente, es decir, con períodos en los cuales únicamente se presentan síntomas psiquiátricos en ausencia de uso de sustancias, o bien abuso de sustancias sin sintomatología psiquiátrica (First y Gladis, 1993).

## **PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL**

En los centros de atención a drogodependencias, los sujetos que demandan atención, suelen presentarse en estado de intoxicación y menos frecuentemente de abstinencia, con lo cual es frecuente que manifiesten respuestas de ansiedad, estén desestructurados cognitivamente y presenten diversos problemas de interrelación social y familiar. Aquellos sujetos consumidores que no presenten trastornos psiquiátricos añadidos a su conducta de adicción, presentan a los pocos días de iniciar el tratamiento, una mayor estabilidad, un descenso en sus niveles de an-

siedad y una mejora de sus relaciones interpersonales. Por el contrario, los sujetos con un trastorno psiquiátrico coexistente se mostrarán más ansiosos y agitados y, quizás psicóticos (Fayne, 1993). Aunque ésta es una situación que puede identificarse en poco tiempo, en la mayoría de los sujetos se manifiesta de una forma gradual con el transcurso del tiempo. Estos pacientes presentan con frecuencia dificultades para mantener la abstinencia a largo plazo, por lo que es habitual que presenten numerosas recaídas y, realicen numerosos intentos de deshabituación en distintos programas de tratamiento.

### DISCUSION

Algunos autores sugieren la necesidad de plantearse que en aquellos sujetos que fracasan repetidamente en los programas de tratamiento de deshabituación a drogas, la posibilidad de que exista un trastorno coexistente que no haya sido diagnosticado. Lehman (1996), apunta a la necesidad de que los profesionales que trabajan en centros específicos de drogodependencias consideren la posibilidad de que los sujetos que demandan atención en sus unidades puedan presentar, además del diagnóstico por abuso de sustancias, un trastorno coexistente. Por otra parte, apunta el mismo autor, los profesionales de los centros de salud mental deberían considerar que algunos de los pacientes que son diagnosticados con trastornos psiquiátricos, presentan además un abuso de sustancias psicoactivas encubierto, que puede ser la causa de la sintomatología psiquiátrica.

Si la intervención en aquellos sujetos que presentan adicción a drogas se presenta tremendamente complicada, parece que los casos de diagnóstico dual tienen un pronóstico todavía más incierto. Tal y como se ha sugerido a lo largo de este artículo, la realización de un diagnóstico preciso que incluya el

abuso de sustancias psicoactivas y, además, la posibilidad de un trastorno psiquiátrico coexistente, conllevará en la mayoría de los casos a un mejor pronóstico y a un tratamiento más eficaz con este tipo de pacientes.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**DISALVER, S.C. (1987):** «The psychophysiology of substance abuse and affective disorders: An integrative model?». *Journal of Clinical Pharmacology*, 7: 1-10.

**FAYNE, M. (1993):** «Identification patients of dual diagnosis». En: *Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment, Training and Program Development*. Solomon, J. Zimberg, S. y Shollar, E. (eds). New York: Plenum Press.

**FIRST, M. B. y GLADIS, M. M. (1993):** «Diagnosis and differential diagnosis in dual patients». En: *Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment, Training and Program Development*. Solomon, J. Zimberg, S. y Shollar, E. (eds). New York: Plenum Press.

**INMAN, D.J. (1985):** «Identification of borderline personality: Disorders among substance abuse». *J. of Substance Abuse Treatment*, vol 2: 1067-1071.

**KHANTZIAN, E.J. (1985):** «The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence». *American Journal of Psychiatry*, 142: 1259-1264.

**LEHMAN, A.F. (1996):** «Heterogeneity of person and place: assessing co-occurring addictive and mental disorders». *American Journal of Psychiatry*, 66:32-41.

**MCLELLAN, A. T. y DRULEY, K. A. (1977):** «Non-random relationship between drugs of abuse and psychiatric diagnosis». *Journal of Psychiatry Research*, 13: 179-184.

**MEYER, R.E. (1986):** «How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders». *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York: Guildorf Press.

**MILLER, N. S. (1993):** «A tale of two diagnoses: revisited». *Journal of Addictive Diseases*, 12(3): 1-3.

**OSHER, F.C. y KOFOED, L.L. (1989):** «Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders». *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1025-1030.

**PEREZ DE LOS COBOS, J.C. (1996):** «Depresiones aducidas (por el paciente) e inducidas (por las drogas) en las adicciones». *Opinión*, 5: 27-32.

**RASKIN, V.D. y MILLER, N.S. (1993):** «The epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders: a critical review». *Journal of Addictive Diseases*, 12(3): 45-57.

**ROUSANVILLE, B.J. WEISSMAN, M.M. KLEBER, H. y WILBER, C. (1982):** «Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treatment of opiate addicts». *Archives of General Psychiatry*, 39: 161-166.

**SCHENEIDER, F.R. y SIRIS, S.G. (1987):** «A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: Patterns of drug choice». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175: 641-652.

**SOLOMON, J. ZIMBERG S. y SHOLLAR, E. (1996):** «Dual diagnosis: general concepts». En: *Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment, Training and Program Development*. Solomon, J. Zimberg, S. y Shollar, E. (eds). New York: Plenum Press.

**WEISS, R. D. MIRIN, S. M. y GRIFFIN, M. L. (1992):** «Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers». *British Journal of Addiction*, 87: 179-187.