

Introducción



La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), consciente de las necesidades de los clínicos de disponer de herramientas tanto prácticas como formativas en nuestro campo, presenta este ambicioso y creemos necesario e interesante proyecto.

PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL

Un problema y un desafío en el campo de los trastornos mentales es la necesidad de formular criterios diagnósticos compartidos, a pesar del estado incipiente de la investigación científica relevante y de la falta de pruebas objetivas. Ante la falta de puntos de referencia claros, el consenso clínico ha cumplido un papel importante y, en este sentido, la patología dual desempeña un liderazgo claro.

Situación actual de la patología dual

Definición

La patología dual, denominación arbitraria como otras pero que todos los clínicos reconocen, se puede definir como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones. Hoy en día es una realidad clínica que ya nadie puede desconocer.

En la terminología anglosajona es más usual el término «diagnóstico dual», que en realidad hace referencia a dos diagnósticos independientes o, en el mejor de los casos, no se pronuncia sobre esta relación, pese a los datos que viene aportando la investigación. Pero también es apoyado por aquellos que creen que los síntomas comórbidos generalmente son sólo producto de la neurotoxicidad ocasionada por las drogas sobre el sistema nervioso central.

En cambio, el término «patología dual» está más cercano al modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de alteraciones que hace a las sustancias más placenteras que para el resto de los individuos, y estas deficiencias, genéticamente determinadas, son corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación (1). En algunas circunstancias, los sujetos con enfermedades mentales pueden comenzar, por ensayo y error, a usar y abusar de sustancias como tentativa de automedicación y aliviar así los síntomas de la enfermedad, con lo que se enfrentan a un riesgo mayor que es la adicción.

Epidemiología

En las últimas décadas, mediante estudios epidemiológicos, se ha clarificado la íntima y

también significativa relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos (2). La elevada prevalencia de esta comorbilidad indica que no puede ser desconocida por cualquier clínico que trate las enfermedades mentales.

En un estudio prospectivo sobre la prevalencia de la patología dual hecho recientemente (2008) en la Comunidad de Madrid, se ha encontrado que, en las redes sanitarias públicas relacionadas con la materia (salud mental y drogodependencias), el 53,2% de los pacientes que reciben tratamiento presenta patología dual y que en las de drogodependencias este porcentaje llega al 63% (3).

Pese a estos conocimientos que comienza a aportar la investigación en neurociencias, en general sigue existiendo bastante confusión respecto a la relación de las conductas adictivas y otros trastornos mentales.

Redes clínicas

Esta confusión ha dado lugar, entre otras consecuencias, a la existencia de dos redes clínicas que tratan las enfermedades mentales, la de salud mental y la de drogodependencias. Tal disociación ha generado suspicacias por parte de los profesionales y sufrimiento para nuestros pacientes, que padecen el llamado «síndrome de la puerta equivocada». Los pacientes con patología dual no aciertan con la entrada correcta para su trastorno y deambulan de una red a la otra, la mayor parte de las veces sin una respuesta adecuada.

La existencia de dos redes asistenciales es hoy una realidad consolidada, de forma que

un número importante de excelentes profesionales de todos los dispositivos se ven necesitados de una actualización de los conocimientos para tratar pacientes complejos, en un momento en el que la investigación en neurociencias aporta un caudal de conocimientos difícil de procesar.

Uso-abuso-dependencia

Como reflejo de este estado de la asistencia, la opinión pública, los médicos de atención primaria y 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.

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, la patología dual, que es esencial conocer para un adecuado abordaje terapéutico. Sin embargo, y sin ir tan lejos, la delimitación de ambos criterios diagnósticos, abuso-dependencia, no siempre correctamente empleada, es fundamental. Algunos trabajos científicos han defendido que el abuso de sustancias puede producir dependencia, aunque trabajos recientes aclaran que sólo el 6-11% de los abusos terminan en dependencia (4) y que algunos trastornos por dependencia no cumplen criterios de abuso. Estudios recientes originados en el National

Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (*NESARC*) muestran que la *odds ratio* entre trastorno psiquiátrico y por uso de drogas fue más alta para dependencia que para abuso (5).

La pregunta, repetida estos últimos años, de cuál es el motivo por el que algunos sujetos dan el salto cualitativo del uso-abuso a la adicción comienza a contestarse desde la investigación: los factores sociales son los determinantes para el contacto inicial de la población con las sustancias de abuso, pero son factores individuales, genéticos, de personalidad y otros trastornos mentales los determinantes para la aparición de la conducta adictiva que, cuando aparece, suele instalarse rápidamente, sin necesidad del paso de muchos años o la repetición de ciclos de intoxicación-abstinencia.

Neurobiología


Es probable que esta estrecha relación entre conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos refleje factores y sustratos cerebrales comunes, basados en una probable diátesis genética, precipitante de ambas manifestaciones psicopatológicas. Una de las teorías más globales es que las sustancias y sus efectos psicotrópicos se utilizan para hacer frente al sufrimiento emocional, lo que se denomina «automedicación» (6). Asimismo, el efecto de las sustancias de abuso sobre el cerebro produce cambios neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar posiblemente trastornos mentales (7). Las neuroadaptaciones en las vías cerebrales del estrés y la recompensa asociadas al estrés

crónico, y no sólo la impulsividad como tanto se ha repetido, predisponen a una vulnerabilidad a ambos tipos de trastornos o a enmascarar dicha vulnerabilidad (8).

En patología dual existe una relación compleja entre influencias genéticas y factores medioambientales, en la que intervienen fenotipos influenciados genéticamente, como el bajo nivel de respuesta a la sustancia, los llamados síntomas de externalización (impulsividad) y características de internalización como síndromes ansioso-depresivos. (9). De hecho, los únicos endofenotipos identificados hasta este momento en el campo del uso de sustancias están relacionados a otros trastornos, como es el caso del trastorno por déficit de atención y el trastorno de conducta. Otra cuestión objeto de debate es la posible tendencia de los sujetos con baja actividad dopaminérgica en el córtex prefrontal, y por tanto con tendencia a la anhedonia, apatía, disforia y comorbilidad psiquiátrica diversa, a buscar drogas que produzcan una corrección a la euforia (10). Por tanto, la naturaleza de la relación entre trastornos psiquiátricos y trastornos por consumo de sustancias es compleja, y es probable que sean conceptos unificadores.

Dificultad diagnóstica

A pesar del gran avance de la investigación en este campo y de la mayor sensibilidad hacia el estudio de estos pacientes en los últimos años, todavía existen dificultades diagnósticas, debido a la existencia de síntomas graves, huérfanos de localización en los sistemas diagnósticos categoriales, como el



DSM-IV y la CIE-10, que ha obligado a «deconstruir» los trastornos en complejos de síntomas que pudieran tener sustratos neuronales y etiológicos variados. Pese a estas evidencias, la patología dual sigue siendo una realidad clínica infradiagnosticada, con el correlato de un curso clínico más tórpido y mayor morbimortalidad.

El camino recorrido hasta conseguir que se empiece a hablar de patología dual ha sido largo y seguramente queda aún mucho por recorrer. Se trata de un concepto que no sólo permanece controvertido, sino que a menudo no es fácilmente aceptado, e incluso es rechazado, por una parte de los profesionales implicados en su tratamiento. Las razones son complejas y probablemente están vinculadas a aspectos históricos de la ubicación nosológica y nosográfica de los trastornos por uso de sustancias (TUS), con el comentado desarrollo de redes específicas y monográficas para su tratamiento.

Esta confusión conceptual dio lugar también, junto al desconocimiento, a efectuar diagnósticos transversales, la adicción y en ocasiones el otro trastorno psicopatológico, en lugar de un diagnóstico longitudinal, como hacemos habitualmente en el trastorno bipolar o el trastorno límite de personalidad.

Nueva entidad clínica

La patología dual se constituye en muchas ocasiones en una nueva entidad clínica sindrómica, que requiere conocimientos que van más allá de la suma de las habilidades y

competencias necesarias para el adecuado tratamiento de ambos trastornos por separado. Sabemos que es diferente tratar una esquizofrenia, un trastorno del espectro bipolar, una depresión, un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), un trastorno por estrés postraumático o un trastorno de personalidad, cuando se acompañan de una conducta adictiva. También, que muchos pacientes con conductas adictivas no se benefician de un diagnóstico adecuado de los «otros» trastornos psicopatológicos, que permita una comprensión conjunta y, por tanto, de un adecuado tratamiento de esta realidad clínica.

El reconocimiento de la patología dual en los últimos años ha generado un robusto debate sobre el adecuado diagnóstico, la eficacia de las intervenciones y, en última instancia, sobre la planificación de la asistencia sanitaria. Hoy en día no se puede desconocer que, en cualquier dispositivo asistencial, debe incluirse la patología dual entre las prioridades, ya que, obviando esta perspectiva, no podremos tratar adecuadamente las enfermedades mentales.

Las altas tasas de prevalencia de patología dual nos orientan a afirmar que todos los programas dirigidos a individuos con enfermedad mental grave deberían organizarse como programas de patología dual, ya que ésta es la norma más que la excepción.

Néstor Szerman

Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual
Psiquiatra Adjunto. Hospital Virgen de la Torre
Madrid