

El tratamiento de los trastornos comórbidos en adicciones

Souza y Machorro Mario*

RESUMEN

Se describe la documentada vinculación de los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales graves; la población que los padece y características de su heterogeneidad (tipo y gravedad de los trastornos, habilidades para enfrentarlos, apoyo psicosocial disponible y otros factores). Se revisan las recomendaciones del Proyecto Nacional de Prácticas Basadas en la Evidencia para fomentar su uso en las organizaciones que ofrecen manejo contra las adicciones en México (grupos no estructurados), cuyos esquemas de abordaje reducido no asumen estrategias terapéuticas combinadas de intervenciones psicoterapéuticas, sociales y farmacológicas, agravando los trastornos comórbidos que representen un serio desafío a cualquier sistema asistencial. Tales condiciones en la mayor parte de los servicios no contemplan el manejo de esa interacción, limitando a la mayor parte de los pacientes el acceso al manejo simultáneo de sus trastornos. Se describen las metas de la rehabilitación basadas en intervenciones a propiciar para mejorar las habilidades personales y el uso adecuado de sistemas de apoyo. Se pretende facilitar a los afectados su enfrentamiento a la patología hasta superar su discapacidad, en la meta del logro del proceso individual de generación de esperanza y autonomía. Se concluye señalando algunas acciones que en conjunto representan el manejo de la comorbilidad a favor de un proceso personalizado, a manos de personal calificado y guiado por programas que utilizan lugares y sistemas de fomento a la abstinencia, con apoyo de programas de psicoeducación y el sistema familiar.

Palabras clave: trastornos comórbidos, comorbilidad, tratamiento, adicciones, trastorno mental, trastorno dual.

The treatment of co-morbidity disorders in addictions

ABSTRACT

We describe the documented link between substance use disorders and severe mental disorders; population that suffers and the characteristics of its heterogeneity (type and severity of the disorder, skills for coping, psychosocial support available and other factors involved). We review the recommendations of the National Project of Evidence Based Practice to encourage its use in organizations that provide management against addictions in Mexico, as unstructured groups, whose schemes approach reduced not assume yet the therapeutic strategies combined psychotherapeutic interventions, social and pharmacological, which aggravates co-morbid disorders, representing a serious challenge to any health care system. Such conditions in most of the services related, not even contemplate the management of this interaction, limiting most of the patients access to simultaneous handling of their disorders. It describes the goals of rehabilitation based interventions to promote to improve personal skills and appropriate use of support systems. It is intended to facilitate the affected its confrontation with the pathology to overcome his disability, the goal of achieving individual process of generating hope and autonomy. It concludes by noting some actions which together represent the management of comorbidity in favour of a custom process, at the hands of qualified personnel prepared ad hoc, and guided by programs that use sites and systems to promote abstinence, with support from psychoeducation programs and family system.

Key words: Comorbid disorders, comorbidity, treatment, addictions, mental disorder, dual disorder.

Al menos la mitad de los pacientes que sufren un trastorno mental severo presentan a la vez trastornos por consumo de sustancias. Esta dualidad influye negativamente en su adaptación y en el curso y evolución complicada de ambas patologías. De forma que las modalidades de manejo que tratan en forma separada los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales, ni ofrecen las intervenciones de eficacia requerida para este complejo fenómeno, sólo se dirigen a aliviar una porción del problema (los trastornos por consumo de sustancias) pero sin tener en cuenta –y esto es muy importante–, la necesidad de mejorar la adaptación y la calidad de vida del paciente.

La coexistencia patológica de ambos trastornos, documentada hace casi tres decenios en la literatura mundial, aglutina una enorme población heterogénea, ya sea por el tipo y gravedad de los trastornos, las habilidades para enfrentarlos, o bien, por el apoyo psicosocial que disponen y otros factores participantes para enfrentarlo.¹ El manejo simultáneo de los trastornos comórbidos es un serio desafío a cualquier sistema asistencial tradicional, toda vez que representa un cambio de esquema conceptual y operativo. Además, pocos pacientes en realidad pueden acceder al manejo simultáneo de ambas condiciones en la mayor parte de tales servicios, dado que éstos visualizan la patología en el esquema nosológico indivi-

* Médico Especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis. Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia Médica. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones, CIES/SEP.

dual y asignan, en el mejor de los casos, el manejo alterno por especialidades. Es decir, no contemplan el manejo de tal interacción para ser resuelto a la vez.² De ahí que deban de establecerse y desarrollarse las estrategias terapéuticas combinadas de intervenciones psicoterapéuticas, sociales y farmacológicas requeridas contra el sinérgico fenómeno comórbido.

Las recomendaciones emanadas del Proyecto Nacional de Prácticas Basadas en la Evidencia acerca del proceso de implementación en diversos contextos terapéuticos de servicios asistenciales destinados a personas con trastornos comórbidos,³ ocurrida años atrás, no parecen haberse aplicado a la fecha, bajo directrices específicas para el personal de salud de los distintos grupos clínicos que tratan este problema. De hecho, la mayor parte de las actuales organizaciones e instituciones que ofrecen manejo contra las adicciones en México, en especial los grupos no estructurados, persisten en utilizar esquemas aislados –aunque complementarios–, de abordaje reducido no integral, en sus manejos.⁴

Nosológicamente hablando, un trastorno mental se integra con la convergencia de tres conceptos:

- El **diagnóstico** (de patologías mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar grave o la depresión severa –en no pocas ocasiones psicóticas–).
- La **discapacidad** (relativa a la incapacidad del paciente para realizar funciones laborales, relaciones interpersonales y medidas de autocuidado).
- Y la **duración** (acaecida en un lapso temporal de al menos dos años de afectación continua).⁵

Por su parte, el trastorno por consumo de sustancias se describe clínicamente por su carácter nosográfico (CIE-10, OMS y DSM-IV-TR). De modo que las intervenciones terapéuticas simultáneas que habrán de dirigirse a los trastornos por consumo de sustancias y a los trastornos mentales implicarán el suministro de fármacos a la par de estrategias psicoterapéuticas y sociales dirigidas al control o, en su caso, a la eliminación de la sintomatología y/o a su etiopatogenia. Su rehabilitación, cuyas acciones a menudo se traslapan de forma natural, se basa en intervenciones que tiendan a mejorar las habilidades personales y el uso adecuado de los sistemas de apoyo de la comunidad, que permitan al afectado enfrentar lo más adecuadamente su afectación hasta superar su discapacidad. Así, la recuperación, como proceso de superación del trastorno –no sólo en términos de lograr el control de los síntomas–, pretende desde un principio consolidar en el paciente una vida satisfactoria y con sentido.⁶

Lamentablemente dicha recuperación siempre ha representado la parte débil del proceso rehabilitatorio, pues

casi nunca se logra el proceso individual de generación de auténtica esperanza y autonomía. A ello se asocian además los problemas metodológicos derivados de los abordajes psicoterapéuticos y sociales, a causa de la dificultad para la calificación objetiva de sus resultados, más allá de su cuantificación. El criterio actual, establecido a partir de los resultados de las investigaciones en la materia, señala la falta de evidencia para recomendar alguna intervención específica de psicoterapia individual, toda vez que las acciones de los distintos modelos clínicos utilizados en los distintos países, arrojan resultados semejantes a largo plazo, respecto de una “mejor evolución”. En esa dirección, la técnica de manejo crítico utilizada por algunos grupos parece ser eficaz para reducir el consumo de sustancias y mejorar la evolución, aunque ésta no ha sido investigada a profundidad, ni suele usarse en los programas habituales de los diferentes escenarios terapéuticos. Ahora bien, pese a la heterogeneidad de los modelos empleados, la intervención residencial de larga duración (un año o más) deviene eficaz para reducir los trastornos por consumo de sustancias y mejorar la evolución posterior de los pacientes una vez abstinentes y atendiendo su comorbilidad y complicaciones, en especial aquéllos que no han respondido previamente a los manejos ambulatorios o en aquellos pacientes que viven ciertas condiciones psicosociales deplorables que propician o agravan el consumo de psicotrópicos, como la mendicidad, la participación en pandillas u otras situaciones de alcance antisocial.

Los abordajes que emplean intensivamente la atención terapéutica personalizada, incluyendo el manejo comunitario asertivo, mejoran la continuidad de la estabilidad residencial por una parte y, por la otra, benefician la convivencia grupal, pero no influyen en el control sostenido del consumo de psicotrópicos:⁷ ya que como se sabe, éste depende de la interacción de varias circunstancias interdependientes a la vez. Otras intervenciones de variada estirpe, como la psicoeducación familiar, los programas ambulatorios intensivos (modalidades de hospital diurno, nocturno o de fin de semana), los programas de Ayuda mutua, así como los programas de entretenimiento y ocio utilizados, por cierto, más frecuentemente en las prisiones, han sido poco estudiados, por lo que no se dispone de la suficiente información para calificar su utilidad coadyuvante, sobre todo ésta, medida a largo plazo. Por otro lado, cabe señalar que de entre las estrategias rehabilitatorias, el manejo farmacológico de la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales, constituye un elemento terapéutico decisivo en estos pacientes, como ocurre en la adicción etílica (disulfiram, naltrexona).⁸ De hecho, ciertos antipsicóticos usados contra los trastornos mentales graves como la esquizofrenia y

otras psicosis, reducen a la par la gravedad de los trastornos por consumo de sustancias. Asimismo, los antidepresivos modernos ayudan al adicto étlico deprimido y los estabilizadores del estado de ánimo, útiles principalmente contra la agitación de la manía, lo son también en el control del consumo de alcohol en aquellos pacientes comórbidos bipolares y alcohol-dependientes.⁹ Los antipsicóticos atípicos han mostrado mejoría contra la sintomatología de la esquizofrenia e inducen un efecto sobre el consumo comórbido de sustancias por su eficaz acción contra el deseo/necesidad imperiosa de consumo y su consecuente conducta de búsqueda de la sustancia adictiva (*craving*).

La comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales es considerada una sinergia destructiva que afecta muchas áreas de la vida de los pacientes, baste señalar que las investigaciones demuestran que su recuperación ha de abarcar mecanismos, dominios, estilos, preferencias y patrones de evolución, los cuales son muy distintos de un paciente a otro. Por tanto, un enfoque personalizado de intervención terapéutica, como lo pretenden las recomendaciones de los organismos internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUDD y la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas, CICAD/OEA, ha de considerar los diversos aspectos de la recuperación. Además debe promover las mayores posibilidades de formación de personal e intervención terapéutica y realizar en forma consensual la toma de decisiones, a efecto de permitir al paciente el camino más conveniente para lograr sus metas.¹⁰ De ello deriva la consideración de que los programas serán más eficaces si favorecen, a la vez, un abordaje amplio y un manejo comórbido a largo plazo. Tal sería el caso del tratamiento farmacológico que contempla la evitación de las interacciones riesgosas y el uso de fármacos potencialmente adictivos como las benzodiacepinas, en especial aquéllas que tienen una vida media larga. Por su parte, los servicios dedicados a ofrecer apoyo laboral –otro aspecto importante a considerar en el tratamiento de las afectaciones duales de los pacientes abusadores/adictos para su futuro inmediato y posterior–, deben promover actividades en lugares y sistemas que fomenten la abstinencia, así como la formación y desarrollo de habilidades, encaminarse a la eliminación de relaciones personales y de amistad con personas riesgosas o amenazantes de la estabilidad psicofísica y social general del sujeto.¹¹

El personal de salud, por su parte, necesita imprescindiblemente de la formación básica respectiva, que lo habilite para atender a los pacientes comórbidos respecto de la interacción farmacológica y demás datos e instrumentos para reconocer y evaluar sistemáticamente

los problemas implicados, la condición clínica actual del paciente, los trastornos por consumo de sustancias, las fases de cambio terapéuticas en las que se ubica, así como el desarrollo de habilidades para integrar una mínima planificación terapéutica que incluya la visión de la terapia cognitivo-conductual individual, los abordajes grupales fundamentados en el estímulo a las motivaciones y el entrenamiento en habilidades y la imprescindible terapia familiar.¹² Todo ello, a la par de afrontar otros aspectos problemáticos comunes en estos pacientes como la inestabilidad económica y de vivienda, los problemas legales, sanitarios y demás aspectos relativos a las situaciones traumáticas y de victimación tan frecuentes en ellos.

El logro de la utilidad real de las metas, cada vez más específicas de sus variadas implicaciones, debe alcanzarse y mantenerse en un lapso no muy grande, dada la velocidad amenazante en la que ocurren los impactos a la salud individual y colectiva de este grupo de pacientes. Dada la sensibilidad de estas personas y la historia de sufrimiento que los caracteriza, la tardanza –cuanto más grande más grave–, implica una frustración a la que no están aptos ni dispuestos y cuya psicodinamia de inmediatez les facilita la recaída y el regreso al círculo vicioso.¹³ La anhelada meta del manejo integral “*desde las moléculas hasta la comunidad*”, ha de lograrse con una adecuada psicoeducación, un apoyo familiar estrecho y la buena voluntad y participación de todos los involucrados.

REFERENCIAS

1. Caton CLM. *The new chronic patient and the system of community care.* Hosp Commun Psychiatry 1981; 32: 475-8.
2. Polcin DL. *Issues in the treatment of dual diagnosis clients who have chronic mental illness.* Prof Psychol Res Pract 1992; 23: 30-7.
3. McHugo GM, Drake RE, Whitley R. *Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project.* Psychiatr Serv 2007; 58(10): 1279-84.
4. Souza y MM. *Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso.* Rev Mex Neuroci 2008; 9(3): 215-26.
5. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G. *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness.* Br J Psychiatry 2000; 176: 149-55.
6. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. *Tratamiento de las personas afectadas simultáneamente por una enfermedad mental grave y un trastorno relacionado con sustancias: implicaciones programáticas.* World Psychiatry (Ed. Esp.) 2007; 6: 131-6.
7. Souza y MM. *Adicciones: Clínica y Terapéutica.* México: Editorial Alfil; 2007.
8. Souza y MM. *Acerca del alcohol y su dependencia.* Rev Mex Neuroci 2008; 9(3): 177-9.
9. Essock S, Mueser KT, Drake RE. *Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders.* Psychiatr Serv 2006; 57: 185-96.
10. Mueser KT, Bennett M, Kushner MG. *Epidemiology of substance abuse among persons with chronic mental disorders.* In: Lehman AF, Dixon L (eds.). *Double jeopardy: chronic mental illness and substance abuse.* New York: Harwood Academic Publishers; 1995, p. 9-25.

11. Maslin J, Graham HL, Cawley M. Combined severe mental health and substance use problems: what are the training and support needs of staff working with this client group? *J Ment Health* 2001; 10: 131-40.
12. Graham HL, Copello A, Birchwood MJ. *Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems*. Chichester: Wiley; 2004.
13. Rapp CA, Gosche RJ. *The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities*. New York: Oxford University Press; 2006.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx