

Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual

Rodrigo Marín-Navarrete,^{1,3} Néstor Szerman^{2,3}

Editorial

Diversos estudios epidemiológicos, desde los años 1980, han demostrado la existencia de importantes asociaciones estadísticas que evidencian la elevada prevalencia de la co-ocurrencia entre los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) con Otros Trastornos Psiquiátricos (OTP),^{1,2} misma que oscila entre el 20% y 50% en población general y entre el 40% y 80% en población clínica.² Asimismo los estudios epidemiológicos sugieren que en más de 80% de los casos los OTP iniciaron antes de la aparición de los TCS, de tal forma que las personas con OTP presentan hasta 3 veces más probabilidad de desarrollar TCS posteriormente.³⁻⁶

También se sabe que esta co-ocurrencia en la mayoría de los casos señala la interacción de varias categorías psicopatológicas diagnósticas, es decir que una persona con TCS puede llegar a presentar más de un OTP. A esta co-ocurrencia se le ha denominado de distintas formas como: Trastornos Co-ocurrentes, Diagnóstico Dual, Desorden Dual o como se ha llamado en español: Patología Dual.^{1,2,7,8}

Más allá de las distintas nomenclaturas y a la evidente falta de consenso entre clínicos y científicos, la Patología Dual impacta negativamente la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial de las personas que la presentan, ya que la coexistencia entre TCS y OTP se asocia a elevadas tasas de: gravedad de la adicción y de la sintomatología psiquiátrica co-ocurrente, suicidalidad (ideación y conducta suicida), mayor utilización de servicios de medicina, urgencias, psiquiatría y adicciones, recaídas y abandono de tratamiento, consumo de drogas inyectables, conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas y sexo sin protección), contagio de VIH, VHB, VHC y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), conducta violenta, delictiva, criminal y encarcelamiento, indigencia, vagabundeo y problemas de ajuste social de tipo laboral, escolar, financiero y carga familiar.^{2,8-12}

En síntesis, las personas con Patología Dual presentan altos niveles de deterioro biopsicosocial, situación que incrementa el riesgo de discapacidad y las coloca en un mayor riesgo de marginación social. Pero, ¿por qué hablar de Patología Dual y no sólo de adicción a sustancias?

Históricamente la concepción de las adicciones ha venido adoptando distintas orientaciones filosóficas y conceptuales que van desde las religiosas, las existencialistas, las biologicistas, las psicologicistas, hasta las integrativas como la biopsicosocial.¹³ Por ejemplo, en 1930 Alcohólicos Anónimos (AA) concibió al alcoholismo como una enfermedad alérgica, ya que postuló que la conducta desorganizada, obsesiva y compulsiva es el resultado de la ingesta de alcohol como alérgeno.

Esta temprana concepción del alcoholismo impactó no sólo la manera de definir la adicción al alcohol y a otras drogas, sino que también impactó en los modelos y programas para su atención por décadas. Tras la influencia de la filosofía de la ayuda-mutua, pasó mucho tiempo para que la psicología y la psiquiatría lograran adoptar e integrar metodologías y conceptos de otras disciplinas científicas que permitieran una mejor comprensión de la complejidad del cerebro y la mente humana, y por ende sobre la adicción.¹²

De tal forma que no fue sino hasta la década de los años ochenta del siglo XX que aparecieron diversas teorías neurobiológicas que intentaron explicar las adicciones.¹⁴ Todas ellas estaban basadas en el paradigma centrado en la sustancia que se explica en función de los mecanismos neurobiológicos y de sus efectos sobre el sistema de recompensa cerebral. Sin embargo, hay evidencia que soporta la idea que, de la inmensa mayoría de personas en riesgo de consumo de sustancias, sólo una parte las consume, y de éstas, una parte aun menor desarrolla una conducta problemática o adictiva. Este supuesto nos lleva a proponer y a reforzar el paradigma de la vulnerabilidad individual.⁸

Este paradigma sostiene la existencia de factores neurobiológicos, genéticos, epigenéticos y psicopatológicos pre-existentes que vulnerabilizan a las personas a desarrollar un consumo problemático y adictivo a sustancias, así como comportamientos impulsivos y/o compulsivos como el juego patológico.^{8,15}

Por ejemplo, resultados preliminares de genética conductual reportan aproximaciones de vulnerabilidad

¹ Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.

² Servicios de Salud Mental Retiro. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

³ Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

Correspondencia: Rodrigo Marín-Navarrete. Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, DF. Tel. +52 (55) 4160 - 5480. E-mail: rmarin@inprf.gob.mx

pre-mórbida donde las personas con TCS presentan asociaciones más robustas con los llamados trastornos externalizantes (trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastornos de personalidad, etc.) predominantemente en hombres; mientras que los denominados trastornos internalizantes (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, etc.) se presentan co-ocurrentemente con los TCS con una mayor frecuencia en las mujeres.¹⁶ Adicionalmente, la epidemiología clínica indica que los OTP se inician a edades muy tempranas y predominantemente antes que los TCS.^{3,5} Estos hallazgos son una parte de la evidencia creciente que apoya la hipótesis de la Patología Dual como una forma de trastorno del neurodesarrollo y no como un proceso de neuroadaptación exclusivamente.⁸

Por otra parte, esta evolución teórica también ha marcado tendencias en la forma de estructurar los servicios de atención de los TCS, de ahí que se evidencien transiciones que van de los modelos de tratamiento basados en la ayuda-mutua, hasta los basados en paradigmas psicosociales.¹⁷ No obstante, y sin dejar de ver las grandes aportaciones de los modelos vigentes, la evidencia científica sustenta la necesidad repensar la conceptualización de la adicción, así como en la manera de prevenirla y tratarla.

A manera de ejemplo, el hecho que una gran porción de pacientes adultos con TCS y co-ocurrencia con el trastorno de personalidad antisocial reporten haber presentado en la infancia y en la adolescencia trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial;¹⁸ no es una casualidad, sino que probablemente estemos hablando de una causalidad. De tal forma que pensar en el desarrollo e implementación de modelos preventivos basados en el tratamiento de los trastornos precedentes a los TCS podría ser una estrategia costo-efectiva.¹⁵

No obstante, la Patología Dual como un nuevo paradigma requiere y exige de modelos de prevención y tratamiento integrados para ser exitosos; lo que pondría en entredicho el hasta hoy vigente modelo de servicios asistenciales (públicos y privados), que sustenta una marcada escisión en el tratamiento de los TCS y de los OTP, favoreciendo la operación de modelos de atención secuencial o paralela, situación que sólo ha generado altos costos y deficiente efectividad.¹⁵

Actualmente no se tienen respuestas a todas las interrogantes, pero repensar el concepto de la adicción desde la evidencia científica es el primer paso hacia un nuevo paradigma. Es así que, al emplear a la ciencia como motor de cambio, no sólo se revolucionaría el concepto de adicciones, sino que se impactaría positivamente en los programas de prevención, tratamiento, de formación de recursos humanos y de políticas públicas vigentes; lo anterior con la meta de redirigir toda la infraestructura sanitaria disponible para ser más efectivos y eficaces a favor de las personas afectadas por el fenómeno de la Patología Dual.

REFERENCIAS

1. Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatr Serv.* 2000;51(9):1126-1129.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) and Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders: A treatment Improvement Protocol Vol. 42. Rockville:U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
3. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank R, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry.* 1996;66(1):17-31.
4. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry.* 2004;56(10):730-736.
5. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Eliosa-Hernández A, Nanni-Alvarado R, Ayala-Ledesma M et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda- Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment.* 2013;36(6):471-479.
6. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict;* 2013;22(2):93-98. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.00304.x.
7. Osher FC, Drake RE. Revising a historia of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *Am J Orthopsychiatry.* 1996;66(1):4-11.
8. Szerman N, Martínez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruíz P et al. Rethinking dual disorders/pathology. *Addict Disord Their Treat.* 2013;12(1): 1-10. doi: 10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a
9. Volkow ND. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *Am J Psychiatry.* 2001;158(8):1181-1183.
10. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones.* 2008;20(4):315-319.
11. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Mesías B, Basurte I, Vega P, Baca-García E. (2011). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse.* 2012;47(4):383-389. doi: 10.3109/10826084.2011.636135
12. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME. Comorbilidades en los Trastornos por Consumo de Sustancias: Un desafío para los servicios de salud en México. In: Medina-Mora ME: La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: Academia Nacional de Medicina de México A. C.; 2015. pp. 39-58.
13. World Health Organization. Programme on Substance Abuse: Approaches to Treatment of Substance Abuse. EE.UU: World Health Organization. 1993.
14. Badiani A, Belin D, Epstein D, Calu D, Shaham Y. Opiate versus psychostimulant addiction: the differences do matter. *Nat Rev Neurosci.* 2011;12(11):685-700.
15. Szerman N, Martínez-Raga J. Dual disorders: two different mental disorders?. *Adv Dual Diagn.* 2015;8(2). doi.org/10.1108/ADD-03-2015-0004
16. Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC. Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry.* 2003;160(4):687-695.
17. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME, Tena-Suck A. Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. In: Tena-Suck A, Marín-Navarrete, R. Temas Selectos en Orientación Psicológica VIII: Orientación Psicológica y Adicciones. Distrito Federal: México: Manual Moderno; 2014. pp. 1-7.
18. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence?. *Biol Psychiatry.* 1998;44(4):269-273.