

Diagnóstico Dual

Rodrigo Santis Barros¹ y Miguel Casas²

¹ Unidad de Adicciones. Departamento de Psiquiatría.
Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción:

Los términos utilizados para designar la comorbilidad entre un Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) y un Trastorno Mental (TM) han sido diversos¹, si bien el más ampliamente difundido es el de “Diagnóstico Dual” (DD). En un sentido estricto se refiere a la coexistencia de un TM y un TCS, ambos primarios e independientes en su génesis. Sin embargo, dadas las dificultades existentes para establecer tal independencia etiológica se acepta, actualmente, el término en una acepción más amplia, incluyendo todas las posibles relaciones entre ambas entidades nosológicas.

Es habitual observar que los psiquiatras generales no acostumbran a diagnosticar los Abusos de Sustancias concomitantes a un TM y, en el caso de ser diagnosticados, la mayoría de las veces no prescriben un tratamiento adecuado². La situación inversa también es frecuente y muchos especialistas en adicciones no detectan, o no manejan adecuadamente, cuadros psiquiátricos mayores³. Si a este sesgo, muy probablemente ligado a la formación teórica de los profesionales, se une el hecho de que los centros de tratamiento no están diseñados ni preparados para manejar simultáneamente dichos cuadros (muchos programas de Salud Mental tienen como criterio de exclusión la coexistencia de un Trastorno por Consumo de Sustancias y viceversa), se pueden explicar las enormes dificultades y los constantes retrasos que sufren estos pacientes en recibir una ayuda adecuada, con el consiguiente agravamiento del pronóstico y deterioro de la calidad de vida.

La interrelación entre psicopatología y abuso de sustancias es una problemática que cada vez preocupa más a los profesionales que desarrollan su labor en Salud Mental. Dado que es evidente que antes de indicar un tratamiento es necesario efectuar un diagnóstico adecuado que, a su vez, requiere de la sospecha previa sistemática de un DD, en este capítulo se efectuará una revisión general del tema, resaltando los problemas concretos y cotidianos que tales patologías presentan. La creciente evidencia empírica acumulada en las últimas dos décadas está demostrado que el adecuado manejo de las dos patologías comórbidas es

esencial para la óptima evolución de ambos cuadros⁴, lo que ha llevado a que en Estados Unidos y Europa se estén creando unidades especializadas en Diagnóstico Dual².

Importancia de los DD:

Durante muchos años la psiquiatría general ha minimizado la importancia de los DD. Sin embargo, en la actualidad están bien establecidos los siguientes datos:

1. La presentación concomitante o consecutiva de un Trastorno Relacionado con Sustancias y otro Trastorno Mental no es explicable sólo por azar⁵.
2. En la práctica clínica de las drogodependencias los DD representan la mayoría de los pacientes que toman contacto con los servicios de salud, llegando casi al 80% en Estados Unidos⁶.
3. En la práctica psiquiátrica general un 30-50% de los pacientes presentan, además, un trastorno relacionado con el consumo de alcohol o drogas⁶.
4. La presencia de un Trastorno Mental es uno de los factores de riesgo de mayor peso para presentar, adicionalmente, un Trastorno por Consumo de Sustancias⁷⁻⁸.
5. La presencia de un Trastorno Relacionado con Sustancias es, así mismo, un poderoso factor de riesgo para presentar otro Trastorno Mental⁹.
6. Los DD presentan con mayor frecuencia recaídas en el Trastorno por Consumo de Sustancias y resistencia a los tratamientos del Trastorno Mental concomitante, lo que conlleva a un empeoramiento del pronóstico de ambos trastornos^{3,10}.
7. Los DD utilizan muy frecuentemente los servicios de salud, generando costes muy elevados a los Sistemas Sanitarios¹².
8. Algunos DD presentan riesgos específicos sobreañadidos, como es el caso de la concomitancia de un Episodio Depresivo Mayor y Alcoholismo, combinación que muestra, consistentemente, un elevado riesgo de suicidio¹³.

Dificultades clínicas en el manejo de los DD:

Si bien cada vez es más evidente la necesidad de valorar la existencia de un abuso de sustancias en el proceso de diagnóstico y tratamiento de los diversos Trastornos Psiquiátricos

y de considerar, por otro lado, la presencia de otros Trastornos Mentales en el abordaje terapéutico de los Trastornos por Consumo de Sustancias³, existen importantes dificultades clínicas en la forma práctica en que ambos cuadros pueden ser evaluados y en los criterios que definen la existencia o ausencia de un Trastorno Comórbido, lo que condiciona, naturalmente, el proceso de toma de decisiones a seguir⁴.

Las clasificaciones de los Trastornos Mentales actualmente en uso, DSM IV¹⁶ y CIE-10¹⁹, aceptan la existencia de los DD al reconocer la posibilidad de comorbilidad entre los diversos trastornos. En este sentido, el DSM IV propone criterios diagnósticos y recomendaciones para diferenciar los trastornos drogoinducidos de los primarios (consultar el apartado de evaluación).

Las dificultades clínicas que plantean los DD están relacionadas, principalmente con los siguientes factores:

1. La forma de presentación clínica, por enmascaramiento y atipicidad de los síntomas⁴.
2. La fiabilidad de los métodos y criterios diagnósticos¹⁴.
3. La compleja coordinación de las intervenciones terapéuticas que demandan².

La evaluación de la secuencia temporal de aparición de los trastornos es, muchas veces, difícil de obtener¹¹ y los datos aportados por un informador externo, como amigos o familiares, suelen ser inexactos en el momento de definir los inicios del abuso, dada la habitual minimización y negación de los consumos por parte de los pacientes¹⁴. Por ello, con frecuencia, solamente puede valorarse el hecho ya constatado de la co-existencia del trastorno mental y el abuso de sustancias. Por otro lado, la evaluación prospectiva de un adicto con DD requiere de un período de abstinencia completa de las sustancias consumidas, lo cual es muy difícil de lograr si no se le puede mantener en un ambiente controlado (hospitalización, comunidad terapéutica, etc.).

En los DD es frecuente observar la manifestación simultánea de enfermedades orgánicas¹⁵, ya sean secuelas del consumo de las sustancias (p.ej: Daño Hepático por Alcohol), estén relacionadas con la vía de administración (p.ej.: SIDA o Hepatitis Virales en usuarios endovenosos) o sean el resultado de una alimentación y calidad de vida precarias. Esta situación, denominada Trastorno Mental debido a Enfermedad Médica en el DSM IV, condiciona, muchas veces, la aparición de psicopatología, lo cual debe tenerse muy presente en el momento de efectuar el diagnóstico diferencial. Por otra parte, dado que los pacientes con DD consultan a los sistemas de salud más frecuentemente que los pacientes con un sólo Trastorno Mental⁸⁻⁹, son, habitualmente, pacientes que han recibido tratamientos previos o se encuentran, actualmente, tomando medicación. En este contexto es obligatorio considerar, también, los efectos indeseables de los fármacos y sus interacciones en la producción de

psicopatología.

La tendencia a la superespecialización en medicina ha determinado que trastornos complejos como son los DD, sean abordados, frecuentemente, de una forma incompleta o bien muy compartimentalizada, es decir, haciéndose cargo cada especialista del trastorno específico de su competencia. Esta manera de abordar los DD entraña serios riesgos de descoordinación y demora en las intervenciones. No debe olvidarse que la peculiaridad de los trastornos duales radica en que los problemas clínicos se originan, precisamente, de la interacción de diversos trastornos, por lo que la compartimentalización asistencial impide una visión global del proceso.

La búsqueda de patrones clínicos en la presentación de los síntomas es un elemento clave en el momento de establecer las características de una entidad nosológica. En relación con los DD se han descrito una serie de asociaciones sintomatológicas que son de gran utilidad a la hora de efectuar la exploración individual^{8-9,17}. Sin embargo, las interrelaciones entre Trastornos por Consumo de Sustancias y otros Trastornos Psiquiátricos Mayores son más dinámicas de lo que sería deseable para facilitar la práctica clínica cotidiana. Factores tales como disponibilidad de sustancias psicotropas, estrés psicosocial, hábitos juveniles, cultura, etc., pueden influir en la prevalencia de los DD en una determinada población. Es así como, por ejemplo, Weiss y cols. han podido evidenciar la disminución de la prevalencia de Depresión Mayor en cocainómanos en un lapso de 5 años¹⁸, lo que parece estar en relación con el aumento en la prevalencia del Abuso de Sustancias en EEUU, muy probablemente determinada por una mayor disponibilidad de cocaína en los años objeto de estudio. Hechos como éste obligan al clínico a estar atento a las modificaciones en la epidemiología de los DD si se pretende detectarlos sistemáticamente.

Hipótesis etiológicas:

En los últimos años se han analizado ampliamente las diversas formas con que pueden relacionarse los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias, tanto si son procesos de abuso o cuadros de dependencia^{4,18}. Las principales posibilidades son:

1. Un Trastorno Mental primario y preexistente determina la aparición de un Abuso de drogas o alcohol. Ejemplo de este tipo de relación sería la preexistencia de Trastornos de Ansiedad en el Alcoholismo²⁰, de trastornos por déficit de atención en cocainómanos o de sintomatología psicótica en heroínómanos. Una hipótesis que intenta explicar esta forma de relación es la denominada Hipótesis de la Automedicación²¹.
2. Un Trastorno por Consumo de Sustancias preexistente determina la aparición de un

Trastorno Mental. En esta categoría se incluye:

- 2.1 La precipitación o desencadenamiento de un trastorno mental para el cual el individuo era previamente vulnerable. Por ejemplo, el inicio de un Trastorno de Angustia²² o de un Trastorno Depresivo Mayor²³ desencadenado por el abuso de cocaína. Este tipo de comorbilidad es la que algunos autores consideran como verdadera o genuina²³.
- 2.2 La presentación de psicopatología no preexistente durante la intoxicación o abstinencia de sustancias. Esta opción, recogida por el DSM IV como Trastornos Mentales inducidos por Sustancias¹⁵, es incluida como una forma de diagnóstico dual por algunos autores como Zimberg bajo la denominación de Diagnóstico Dual tipo II⁴. Sin embargo, los estudios epidemiológicos más importantes efectuados hasta la fecha⁷⁻⁹ parecen excluir esta alternativa.
3. Los trastornos se presentan de una manera primaria e independiente en su inicio. Posteriormente ambas entidades pueden influirse mutuamente. Es posible que trastornos altamente prevalentes se presenten en un mismo individuo por azar. Sin embargo, esta opción es planteable sólo para la asociación de abuso de alcohol con trastornos de ansiedad (en particular en hombres) o, en el caso de abuso de drogas, con los trastornos del estado de ánimo, dado que para la mayoría del resto de las asociaciones los estudios epidemiológicos⁷⁻⁹ han podido establecer que el riesgo de comorbilidad (odds ratios) es superior a uno.
4. Es posible que un factor etiológico subyacente determine la génesis de ambos trastornos. El concepto de espectro de trastornos se basa en esta posibilidad²³. Existiría una alteración (p.ej. genética) que compartirían varios miembros de una familia y que se podría expresar, clínicamente, como distintos trastornos. Se planteó inicialmente que la comorbilidad entre alcoholismo y trastornos depresivos podría corresponder a este tipo de relación. Estudios posteriores basados en epidemiología genética han mostrado que la asociación entre dichos cuadros no está determinada genéticamente²⁴. Esta opción se ha planteado, también, para la asociación alcoholismo-trastorno de pánico²³ y tabaquismo-depresión²⁵.

Todas las posibilidades descritas se presentan con mayor o menor frecuencia en las asociaciones específicas de DD^{7-8,20} y, muchas veces, en la clínica cotidiana se observan múltiples combinaciones que contribuyen a complicar en gran manera el diagnóstico (p.ej. Déficit de Atención residual que facilita el abuso de psicoestimulantes que, a su vez, provocan un Trastorno del Estado de Ánimo).

Una distinción muy frecuente de observar en la literatura relacionada con los DD, es la de trastorno primario – trastorno secundario. Tal distinción se refiere al orden de aparición de los síntomas en la vida de un sujeto pero no lleva implícito atribuciones causales

específicas²³. La distinción primario-secundario se presta a confusión con la denominación “Trastorno Mental Primario” que el DSM IV utiliza para designar a aquellas alteraciones que no son producto del efecto fisiológico directo de Sustancias o de Enfermedad Médica¹⁶. Es decir, el concepto de primario hace alusión al mecanismo etiopatogénico de los trastornos mentales considerados. Es por este motivo que al analizar los criterios que el DSM IV utiliza para diferenciar un Trastorno Mental Inducido por Sustancias de uno “Primario”, aparece que la permanencia de la psicopatología más allá de cuatro semanas del último consumo, en ese sentido temporalmente “secundaria” al trastorno adictivo, debe orientar a pensar en un Trastorno Mental Primario desde un punto de vista etiológico.

De acuerdo con esta distinción temporal, un Trastorno Adictivo secundario no necesariamente se explicaría como la automedicación de un Trastorno Mental primario, sino que podrían existir diversos motivos que justificarían el consumo sin tener que argumentar la búsqueda de alivio para síntomas y emociones displacenteras. Este sería el caso del alcoholismo que, frecuentemente, se asocia con el Trastorno Bipolar y que presentándose, preferentemente, en fases maníacas, estaría determinado por la euforia y la desinhibición²⁶.

Sin embargo, uno de los modelos explicativos más comúnmente argumentados al relacionar los Trastornos por Consumo de Sustancias con otros Trastornos Mentales es la Hipótesis de la Automedicación.

Hipótesis de la Automedicación:

Khantzian en 1985²¹, desde una perspectiva dinámica, reformuló una idea psicoanalítica de principios de siglo que proponía que los efectos farmacológicos de las sustancias psicotropas serían utilizados por individuos con estados emocionales precarios y dolorosos para automedicarse y fortalecer la integridad del “yo”. La elección de la sustancia estaría determinada por los efectos específicos sobre el trastorno primario. Estas hipótesis, si bien no han sido contrastadas adecuadamente desde una perspectiva psicométrica²⁷⁻²⁸, encuentran apoyo empírico indirecto en algunos patrones clínicos específicos como son, entre otros, el papel de los síntomas depresivos en las recaídas de la dependencia de opiáceos²⁹, la frecuente preexistencia de trastornos de ansiedad en relación al trastorno adictivo evidenciada en los estudios de comorbilidad^{7-8, 20} y en la favorable evolución del Trastorno por Consumo de Sustancias observada en pacientes en los cuales es tratado un Trastorno Depresivo³⁰. Críticas frecuentes a estas hipótesis se efectúan desde los estudios animales y humanos que muestran la búsqueda de euforia y placer, más que el alivio de malestar psicológico, en el desarrollo de las conductas adictivas³¹.

Una corriente biológica de la hipótesis de la automedicación ha sido propuesta por Blum³². Esta variante plantea que la conducta de búsqueda de sustancias psicoactivas es un

trastorno más dentro de un espectro de trastornos conductuales asociados: alcoholismo, abuso de sustancias, tabaquismo, obesidad e hiperfagia compulsiva, déficit atencional, síndrome de Tourette y juego patológico. Blum ha denominado a este conjunto de trastornos asociados “Síndrome de Deficiencia de la Recompensa”. Existiría, en todos ellos, un sustrato biológico común que se traduciría en un desequilibrio químico en el proceso de producción habitual de placer frente a determinados estímulos naturales y comunes (alimentación, sexo, calidez emocional, etc.). De este modo, individuos con una incapacidad para experimentar placer, que puede ser variable en severidad, tendrían vivencias de ansiedad e incomodidad emocional que intentarían mitigar mediante el consumo de sustancias. Este autor y sus colaboradores plantean que el alelo A1 del gen del receptor de Dopamina D2 en el cromosoma 11, inicialmente asociado al alcoholismo³³, sería una de las posibles aberraciones genéticas que explicarían la alteración del desencadenamiento neuroquímico del placer en las estructuras implicadas en los procesos de recompensa a nivel del S.N.C. La evidencia empírica que apoyaría esta hipótesis es la pretendida mayor prevalencia de dicho alelo en adictos a alcohol, cocaína, nicotina y polidependientes con relación a los que no tienen tales trastornos³². Las principales críticas radican en la metodología empleada y en la falta de replicación de los estudios³⁴.

Epidemiología:

Los numerosos estudios realizados⁴ con el objetivo de evaluar las características epidemiológicas de los DD han arrojado datos difíciles de comparar dadas las diferentes metodologías aplicadas. Factores como el tipo de muestra (clínica o de población general), oportunidad de la evaluación (tiempo de abstinencia), tipo de instrumento de evaluación utilizado (entrevistas estructuradas o no), tipo de tasa a analizar (p.ej. prevalencia del último mes v/s prevalencia de vida) y diferentes criterios diagnósticos, explican la gran variabilidad de los resultados obtenidos. Otro factor que se ha argumentado es la aparente relación dinámica entre los Trastornos por consumo de Sustancias y los Trastornos Mentales¹⁸ que pueden modificar, con gran rapidez, la patoplastia de presentación de los DD.

Prevalencias Globales:

Existen dos grandes estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica que examinan los DD grupalmente⁷⁻⁹. El primero de ellos es el “Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study”⁹. Este estudio basado en criterios DSM III, utilizó una entrevista estructurada (DIS) sobre una población de 20.291 personas, considerando tanto sujetos en la comunidad como en instituciones (de salud mental y prisiones). Es destacable que se excluyeron aquellos trastornos mentales que se presentaron exclusivamente en el contexto de consumo de sustancias, con lo que se pretendió detectar predominantemente los trastornos mentales primarios. Este estudio si bien fue efectuado en una gran muestra de población de cinco ciudades de E.E.U.U., no fue diseñado para ser representativo de dicho país. El segundo de

ellos, es el “National Comorbidity Survey (NCS)”⁷⁻⁸ efectuado en una muestra nacional de 8.098 sujetos entre los 15 y 54 años, basado en criterios DSM III-R y realizado con la utilización de la entrevista estructurada CIDI. Este estudio, a diferencia del ECA, fue diseñado de una manera representativa de la población no institucionalizada de Estados Unidos. En la tabla 1 se describen las principales prevalencias globales de ambos estudios. Es evidente que dada la naturaleza y características de ambos estudios, difícilmente sus resultados podrán ser extrapolados a otros países o continentes, por lo que sus datos deben considerarse como simplemente orientativos.

En el estudio ECA se determinó que la prevalencia de vida de los trastornos por consumo de sustancias, en el grupo que presentaba cualquier trastorno mental (22.5% de la muestra total), era de casi 29%, 2.7 veces mayor que la prevalencia observada en sujetos sin un trastorno psiquiátrico. De aquellos individuos que presentaban un trastorno por consumo de alcohol (13.5 % de la muestra total), casi un 37% presentó, al menos, un trastorno mental adicional, el doble de la prevalencia observada en los que no tenían trastornos por consumo de alcohol. De las personas con cualquier trastorno por consumo de drogas (6.1% de la muestra), un 53.1% presentó otro trastorno mental, 4.5 veces lo observado en las que no presentaban trastornos por consumo de drogas.

Al analizar las tasas de prevalencia⁹ de los 6 meses previos, en el caso de los pacientes que buscaron tratamiento, se observó que el 20% de aquellos que padecían un trastorno mental cualquiera presentaron, además, un trastorno por consumo de sustancias (alcohol o drogas), el doble en comparación a los que no buscaron tratamiento. Al considerar los pacientes con trastornos por consumo de alcohol, el 55% presentaba un trastorno mental comórbido, el doble comparado con los trastornos por alcohol no tratados. Un 64.4% de los pacientes con trastornos por consumo de drogas que buscaron tratamiento presentaron, asimismo, otro trastorno mental, en comparación con el 29.9% de los que no lo buscaron.

En el NCS, se encontraron prevalencias de comorbilidad mayores, en general, a las del estudio ECA, en gran parte debido a mayores frecuencias de los trastornos específicos y a diferencias en la metodología, tales como la restricción etárea (15 a 54 años), la representatividad nacional y el perfeccionamiento de la entrevista CIDI⁸ (superando los problemas de la entrevista DIS del estudio ECA). Al analizar la edad de inicio de ambos trastornos se observó que en la gran mayoría de los DD el trastorno mental se presentaba antes que el primer trastorno adictivo, lo que es particularmente significativo para los trastornos de conducta y para las fobias⁸.

Tabla 1. Principales Prevalencias de Vida y Razones de Probabilidad (Odds Ratio) en los estudios Epidemiologic Catchment Area (ECA) y National Comorbidity Survey (NCS).

Categoría	ECA (n= 20.291)			NCS (n= 8.098)		
	%	DE	OR	%	DE	OR
Global						
Cualquier Tr. Mental	32.7	0.5	---	48.0	1.1	---
Tr. por Uso de Drogas	6.1	0.2	---	11.9	--- ^b	---
Tr. por Uso de Alcohol	13.5	0.4	---	23.5	--- ^b	---
Cualquier Otro Tr. Psiquiátrico	22.5	0.4	---	21.4 ^a	--- ^b	---
Comorb. en Tr. por Drogas						
Cualquier Tr. Mental	71.6	1.9	6.5 ^c	--- ^b	--- ^b	--- ^b
Cualquier Tr. por Alcohol	47.3	1.9	7.1 ^c	--- ^b	--- ^b	--- ^b
Cualquier Otro Tr. Mental	53.1	2.0	4.5 ^c	58.8 ^a	--- ^b	--- ^b
Comorb. en Tr. por Alcohol						
Cualquier Tr. Mental	45.0	1.4	2.9 ^c	73.2 ^a	--- ^b	--- ^b
Cualquier Tr. por Drogas	21.5	1.1	7.1 ^c	37.8 ^a	--- ^b	--- ^b
Abuso	--- ^b	--- ^b	--- ^b	13.3 ^a	--- ^b	--- ^b
Dependencia	--- ^b	--- ^b	--- ^b	24.5 ^a	--- ^b	--- ^b
Cualquier Otro Tr. Mental	36.6	1.4	2.3 ^c	49.4 ^a	--- ^b	--- ^b
Comorb. en Otro Tr. Mental						
Cualquier Tr. por Uso Sust.	28.9	0.9	2.7 ^c	50.9	--- ^b	2.4 ^d
Cualquier Tr. por Drogas	14.7	0.8	4.5 ^c	12.3	--- ^b	--- ^b
Abuso	--- ^b	--- ^b	--- ^b	8.5	--- ^b	1.6 ^d
Dependencia	--- ^b	--- ^b	--- ^b	14.7	--- ^b	3.7 ^d

Cualquier Tr. por Alcohol	22.3	0.8	2.3 ^c	23.3	--- ^b	--- ^b
Abuso	--- ^b	--- ^b	--- ^b	18.0	--- ^b	1.2 ^d
Dependencia	--- ^b	--- ^b	--- ^b	27.0	--- ^b	2.5 ^d

^a Cifra calculada en base a información publicada. ^b Información no publicada.

^c p<0.001. ^d p<0.05.

Prevalencias Específicas en Trastornos Mentales:

En la tabla 2 se listan aquellos trastornos, que de acuerdo con el DSM IV, se asocian frecuentemente con Trastornos por Consumo de Sustancias.

Esquizofrenia:

De acuerdo con el estudio ECA, un 47% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme (1.5% de la muestra) había presentado en algún momento de la vida un trastorno por consumo de sustancias. Este grupo presenta 3 veces más riesgo de presentar abuso o dependencia de alcohol y 6 veces más riesgo de presentar abuso o dependencia de drogas que la población general⁹.

En muestras clínicas se ha observado que las comorbilidades más frecuentes son trastornos relacionados con el alcohol, cocaína y nicotina³⁵. Cerca de un 90% de los pacientes esquizofrénicos tienen, además, dependencia de Nicotina³⁶.

Tabla 2. Trastornos Mentales frecuentemente asociados a Consumo de Sustancias¹⁶.

Esquizofrenia	Insomnio Primario
Trastorno Esquizoafectivo	Insomnio asociado a otro Trastorno Mental
Trastorno Depresivo Mayor	Hipersomnia Primaria
Trastorno Bipolar I, II y Trastorno Ciclotímico	Hipersomnia asociada a otro Trastorno Mental
Trastorno de Angustia	Narcolepsia
Fobia Social	Trastorno del Ritmo Circadiano
Trastorno Obsesivo Compulsivo	Terrores Nocturnos
Trastorno por Estrés Postraumático	Sonambulismo
Trastorno de Somatización	Juego Patológico
Trastorno por Dolor	Trastorno Paranoide de la Personalidad
Trastorno Facticio	Trastorno Antisocial de la Personalidad
Fuga Disociativa	Trastorno Límite de la Personalidad
Trastorno de Identidad Disociativo	Trastorno Narcisista de la Personalidad
Trastorno de la Erección	Trastorno Disocial ¹
Trastorno de la Identidad Sexual	Trastorno Negativista Desafiante ¹

Anorexia Nerviosa (tipo purgativo)
Bulimia Nerviosa

Trastorno Posconmocional²
Trastorno por Atracón²

¹ Una sustancial proporción de niños que sufren estos trastornos también presentan un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

² Categorías propuestas para ser incluidas en futuras ediciones del DSM.

Trastorno de Personalidad Antisocial:

En el estudio ECA se observó que el 83.6% de los que cumplieron criterios para Trastorno de Personalidad Antisocial presentaron, además, algún trastorno por consumo de sustancias. Se constató la tendencia de este grupo a presentar, con mucha mayor frecuencia, dependencia que abuso de sustancias⁹.

Trastornos de Ansiedad:

Un 23.7% de los sujetos que indicaron algún trastorno de ansiedad (14.6% de la muestra) en el estudio ECA, presentaron, también, un trastorno por consumo de sustancias. Destaca en este grupo la alta asociación de Trastorno de Pánico (35.8%) y Trastorno Obsesivo Compulsivo (32.8%) con trastornos por consumo de sustancias. En particular, el trastorno de pánico se asoció tres veces más con dependencia de drogas que con trastornos por alcohol u otros trastornos por consumo de drogas⁹.

En muestras clínicas, las asociaciones más frecuentes lo son con trastornos por alcohol, cocaína y cannabis. Entre un 15% y un 25% de las muestras ambulatorias de trastornos de ansiedad presentaron un abuso o dependencia de alcohol a lo largo de la vida³⁷, siendo particularmente elevado en el caso del trastorno de pánico con agorafobia y fobia social³⁸. Alrededor de un 30% de los Trastornos de Pánico se iniciaron asociados al consumo de sustancias ilícitas, en particular marihuana y cocaína^{22,37}.

Trastornos del Estado Ánimo:

El 32% de las personas que describieron algún trastorno afectivo (8.3% de la muestra) en el estudio ECA⁹ presentaron, también, un trastorno por consumo de sustancias. El trastorno Bipolar tipo I se asoció en un 60.7% de los casos con trastornos por consumo de alcohol. Así mismo, el riesgo de presentar una dependencia de sustancias en un Trastorno Bipolar fue el doble a la observada en el trastorno depresivo unipolar. En el NCS³⁹ se observó que las comorbilidades de vida más frecuentes del Trastorno Depresivo Mayor son los Trastornos Ansiosos y los Trastornos por Consumo de Sustancias, en particular la dependencia de Alcohol (23.5%). Otra frecuente comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor es la dependencia de Nicotina⁴⁰. Glassman et al. en 1990⁴¹, analizan 3.200 sujetos incluidos en el estudio ECA y describieron que el 65% de las mujeres y 80% de los hombres que tenían

antecedentes de depresión mayor habían sido fumadores regulares, en comparación con el 47% de las mujeres y 68% de los hombres que no tenían tal antecedente.

Trastornos de la Conducta Alimentaria:

Esta categoría diagnóstica ha sido menos explorada en relación a su comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, diversos estudios han comunicado que entre un 5% y 49% de los trastornos de la Conducta Alimentaria presentan un trastorno por consumo de sustancias comórbido⁴². Esta variabilidad es atribuible a las pequeñas muestras analizadas y a los diferentes criterios diagnósticos considerados⁴². Se ha descrito un mayor riesgo de presentar comorbilidad con estos trastornos para las pacientes bulímicas y para las pacientes con Anorexia Nerviosa tipo Purgativo⁴³⁻⁴⁴.

Prevalencias Específicas en Trastornos por Consumo de Sustancias:

Trastorno por Consumo de Alcohol:

El trastorno mental más frecuentemente asociado con un Trastorno por Consumo de Alcohol⁹ es el trastorno de ansiedad (un 19.4% considerados grupalmente). Sin embargo, este porcentaje sólo representa 1.5 veces mayor riesgo que la población sin trastornos por alcohol, comparado con el riesgo 21 veces superior para el trastorno de personalidad antisocial. Los trastornos afectivos se observaron en el 13.4% y la esquizofrenia en el 3.8%⁹. El “National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES)”⁴⁵ realizado en Estados Unidos en 1992 sobre una muestra de 42.862 sujetos, examinó la comorbilidad entre trastorno depresivo mayor y trastornos por consumo de sustancias. El hallazgo principal fue que los sujetos con un Trastorno por Alcohol en el último año, buscaron tratamiento con una frecuencia dos veces superior cuando presentaron comorbilidad con una Depresión Mayor u otro trastorno por consumo de drogas. Otro hallazgo importante es que poco menos de un 10% de los sujetos con un Trastorno por Consumo de Drogas o Alcohol buscó tratamiento, cifra sustancialmente menor a la observada en otros estudios poblacionales⁴⁶.

Trastorno por Consumo de Drogas:

Los trastornos de ansiedad⁹ son, nuevamente, los más frecuentemente asociados con un Trastorno por Consumo de Drogas (28.3%, odds ratio: 2.5). Los trastornos afectivos se observaron en un 26.4% de este grupo con un riesgo casi 5 veces superior a la población general. El trastorno de personalidad antisocial se constató en el 17.8% (odds ratio: 13.4) y la esquizofrenia en el 6.8% (odds ratio: 6.2). Con relación al consumo de tabaco, la asociación más frecuente es con el Trastorno Depresivo Mayor⁴¹.

Evaluación y diagnóstico:

La evaluación de un paciente con un trastorno mental debe siempre contemplar, la posibilidad de coexistencia de otro trastorno mental. En el caso particular de las drogodependencias, dicha evaluación tiene una serie de dificultades metodológicas que es necesario considerar, sobre todo en el momento de intentar establecer relaciones causales.

Obtención de la Historia de Consumo de Sustancias:

La cuantificación del consumo de sustancias es una tarea difícil de realizar en todo paciente y, en particular, en los casos de comorbilidad psiquiátrica¹⁴. El poder analizar el orden cronológico de aparición de psicopatología requiere que se establezca la edad de inicio del consumo, el tipo de sustancias consumidas, la presencia de abuso o dependencia para cada una de ellas y la severidad de cada dependencia. La obtención de tal información, en la mayoría, de los casos se efectúa de modo retrospectivo y basándose principalmente en la descripción del paciente. Este método ha demostrado mayor validez en el alcoholismo que en la dependencia de drogas, siendo la fuente más frecuente de distorsión las dificultades para recordar y la minimización¹⁴. Una manera de corroborar y complementar dicha información es recurrir a un informante externo, la mayoría de las veces los padres o la pareja. Este método que ofrece buenos resultados en el alcoholismo, se ve limitado por el ocultamiento y negación del paciente y, muchas veces, por la codependencia del propio informante¹⁴. La detección de drogas en pelo puede ser de utilidad ya que es posible detectar las sustancias hasta 10-12 meses después del consumo. Esta metodología no informa respecto de la intensidad de la dependencia, pero permite tener una aproximación temporal de, por lo menos, el último año⁴⁷.

Urgencia de la Intervención:

Frecuentemente el contacto de un paciente dependiente de sustancias con los sistemas de salud ocurre en una situación de crisis en la cual se ve obligado a pedir ayuda, o bien es forzado, por la familia o la justicia. De esta forma el terapeuta se encuentra frente a un paciente que desea se solucione la crisis (p.ej. una patología médica intercurrente, expedición de un certificado de “enfermo”, etc.) y frente a una familia agobiada que desea que todo se resuelva lo más rápidamente posible. Es frecuente que, en este escenario, a medida que los síntomas de abstinencia ceden y mejora el aspecto general del paciente, la gravedad de la crisis es minimizada tanto por él mismo como por la misma familia. Así el clínico puede, en un primer momento, verse impelido a intervenir y en un segundo momento realizando intervenciones mínimas y tangenciales por falta de colaboración (o franco boicot). Es en este contexto que el terapeuta no debe perder de vista que la correcta evaluación es necesariamente una de las piedras angulares en el tratamiento del paciente. Esto no significa

que no se deba estabilizar el cuadro, pero intentando no realizar intervenciones que puedan entorpecer la adecuada evaluación psicopatológica como, por ejemplo, añadir antidepresivos, sin una indicación precisa, que puedan llegar a complicar el cuadro clínico (p.ej. viraje a un cuadro maniaco).

Otros aspectos importantes de evaluar:

La interrelación entre un Trastorno Mental y un Trastorno por Consumo de Sustancias va más allá del simple diagnóstico. Durante la evolución, la descompensación de un trastorno determina frecuentemente la desestabilización del otro (p.ej. síntomas depresivos o ansiosos pueden desencadenar “craving” al ser confundidos por el paciente con síntomas de abstinencia) lo que determina que la aparición de psicopatología en los DD sea un problema recurrente. La anticipación es la estrategia más adecuada para evitar tal recurrencia. Anticipación significa, en la práctica, la inclusión de evaluaciones periódicas del DD en el plan de tratamiento, así como la evaluación de los factores biopsicosociales que pudiesen afectarles. Una actualización periódica del “estatus” mental del paciente permitirá detectar y dilucidar el origen de síntomas que aparecen frecuentemente en la evolución, como síntomas ansiosos y depresivos, trastornos del sueño, trastornos cognitivos, impulsividad, agresividad o agitación, entre otros. Más adelante se plantea una metodología de análisis de estos problemas clínicos específicos.

El DSM IV¹⁶, considera en su capítulo de Trastornos Relacionados con Sustancias dos grupos: Trastornos por Consumo de Sustancias (Dependencia y Abuso) y Trastornos Inducidos por Sustancias (Intoxicación, Abstinencia, Delirium Inducido, Demencia Persistente Inducida, Trastorno Amnésico Inducido, Trastorno Psicótico Inducido, Trastorno del Estado de Ánimo Inducido, Trastorno de Ansiedad Inducido, Disfunción Sexual Inducida, Trastorno del Sueño Inducido y Trastorno Perceptivo Persistente por Alucinógenos). En la tabla 3 se describen los trastornos relacionados con cada clase de Sustancia.

Tabla 3. Trastornos Mentales Inducidos asociados a la clase de Sustancia (DSM IV).

	Intoxi Cación	Absti nencia	Deli rium	Demen cia	Amné sico	Psicó tico	Est. Ánimo	Ansie dad	Sueño	Sexual
Alcohol	I	A	I/A	P	P	I/A	I/A	A	I/A	I
Anfetam.	I	A	I			I	I/A	I	I/A	I
Cafeína	I							I	I	
Cannabis	I		I			I		I		
Cocaína	I	A	I			I	I/A	I	I/A	I
Alucinóg.	I		I			I*	I	I		
Inhalante	I		I	P			I	I		
Nicotina		A								
Opioides	I	A	I			I	I		I/A	I

PCP	I		I			I	I	I		I
Sedantes	I	A	I/A	P	P	I/A	I/A	A	I/A	I
Otros	I	A	I/A	P	P	I/A	I/A	I/A	I/A	I

*También Trastorno Perceptivo Persistente por Alucinógenos (flashbacks).

I, A, I/A, o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-IV. Además, I indica inicio durante la intoxicación; A, indica inicio durante la abstinencia; I/A, indica que puede tener inicio durante la intoxicación o durante la abstinencia, y P, indica que el trastorno es persistente.

Además de intentar determinar las relaciones causales en un DD, es importante recordar que estos pacientes pueden presentar durante su evolución psicopatología derivada de distintas fuentes. Se deben plantear dos niveles de análisis:

1. Un primer nivel de análisis se centra en intentar definir el origen actual de la psicopatología y determinar si ésta se constituye o no en un Trastorno Mental. Es muy importante en este análisis definir si se está o no en presencia de un Abuso o Dependencia de Sustancias Psicotropas.
2. Un segundo nivel se refiere a determinar las relaciones temporales de aparición, curso y remisión del Trastorno Mental y del Trastorno por Consumo de Sustancias.

Primer Nivel de Análisis:

Los posibles orígenes de los síntomas psicológicos ante la presencia de un Trastorno por Consumo de Sustancias son los siguientes:

- Derivados de la Intoxicación por Sustancias.
- Derivados de la Abstinencia de Sustancias (tanto temprana como tardía).
- Derivados del efecto persistente de Sustancias.
- Derivados de la presencia de otro Trastorno Mental.
- Derivados de la presencia de una enfermedad médica.
- Derivados de los efectos secundarios y interacciones de fármacos.
- Derivados de problemas o condiciones que no son Trastornos Mentales

Psicopatología derivada de la Intoxicación o de la Abstinencia de Sustancias:

Para la intoxicación y la abstinencia de sustancias, el DSM IV establece criterios generales y específicos¹⁶ para cada sustancia. Lo central de la psicopatología asociada a la Intoxicación es un síndrome característico para cada sustancia, reversible y que se presenta después de su consumo. En el caso de la abstinencia, lo característico es la aparición de un síndrome específico después de la interrupción o de la disminución sustancial de un consumo prolongado. En ambos casos la psicopatología es parte de un síndrome y no se presenta de forma preeminente. Además, los síntomas van disminuyendo a medida que se suspende el consumo o cede la abstinencia (en general pocos días). Una fuente frecuente de confusión la plantea el consumo de varias sustancias que puede determinar mezclas de síntomas o prolongación en el tiempo de la psicopatología. En este caso orienta el observar la disminución gradual de la psicopatología con el transcurso de los días.

Cuando aparecen síntomas más intensos y abigarrados a los comúnmente observados en los síndromes asociados a la intoxicación o abstinencia de una determinada sustancia y estos son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente, se debe diagnosticar un Trastorno Inducido por Sustancias (p.ej. Delirium Inducido por Sustancias o Trastorno del Estado de Ánimo inducido por Sustancias). Lo central de estos cuadros es la aparición de síntomas que son característicos de otros trastornos mentales y que son resultado del efecto fisiológico directo de la sustancia, por lo que para su diagnóstico es necesario:

- La demostración de la intoxicación o de la abstinencia de la sustancia específica.
- Una estrecha relación temporal con el consumo. Los síntomas no deben preceder al inicio del consumo ni deben persistir en períodos prolongados después de la abstinencia.
- No se deben explicar mejor por otro trastorno mental (p.ej. preexistente). Orienta hacia un Trastorno Drogainducido la aparición de síntomas a edades atípicas para un Trastorno Mental Primario.

Como punto de corte para la diferenciación de los Trastornos Mentales Inducidos de los Trastornos Mentales Primarios, el DSM IV y diversos autores sugieren considerar como trastorno primario a aquel que persiste más de 4 semanas desde la abstinencia aguda o la intoxicación¹⁶. Sin embargo, se debe tener cautela en casos de dependencia a sustancias de vida media larga, como algunas benzodiazepinas, que puedan manifestar un síndrome de abstinencia muchos días después de la interrupción del consumo, induciendo a error en el inicio del período de observación.

Psicopatología derivada del Efecto Persistente de las Sustancias:

Las sustancias psicoactivas pueden producir psicopatología persistente más allá del curso

habitual de la intoxicación o de la abstinencia. Esta psicopatología se considera derivada del daño directo (p.ej. neurotoxicidad de inhalantes) o indirecto (p.ej. lesiones y espasmos vasculares por cocaína) del Sistema Nervioso Central. El DSM IV describe tres cuadros persistentes: Demencia Persistente, Trastorno Amnésico Persistente y el Trastorno Perceptivo Persistente por Alucinógenos. Se requiere la demostración por la historia clínica, examen físico o de laboratorio, de que los síntomas se relacionan etiológicamente con los efectos de la sustancia. De acuerdo con el DSM IV, síntomas persistentes de otra esfera que no sean los descritos previamente, deben ser diagnosticados como primarios o como Trastorno Relacionado con Sustancias no especificado (en caso de no ser mejor explicado por un Trastorno Mental Primario).

Psicopatología derivada de la presencia de otro Trastorno Mental:

Los síntomas pueden ser mejor explicados por la presencia de otro Trastorno Mental y no como efecto directo de la sustancias en las siguientes situaciones:

- a. La psicopatología precede al inicio del consumo.
- b. La psicopatología persiste más allá de 4 semanas después de la intoxicación o de la abstinencia aguda.
- c. La psicopatología es excesiva a la esperable para el tipo, cantidad y duración del consumo (p.ej. presencia de alucinaciones o ideas delirantes en una intoxicación con sedantes).
- d. Existen antecedentes de episodios previos no ligados al consumo de sustancias (p.ej. crisis de pánico o depresiones recurrentes previas).

Psicopatología derivada de la presencia de una enfermedad médica:

Diversas enfermedades médicas pueden asociarse a la aparición de psicopatología a través de distintos mecanismos: el estrés psicosocial de una enfermedad orgánica puede desencadenar síntomas psicológicos; la psicopatología puede ir asociada al tratamiento de la enfermedad médica; simple coexistencia o efecto directo de la enfermedad en la aparición de psicopatología. Esta última situación es lo que el DSM IV conceptualiza como Trastorno Mental debido a Enfermedad Médica y para tal diagnóstico ha propuesto los siguientes criterios:

- a. Demostración del efecto fisiológico directo de la enfermedad orgánica en la presentación del Trastorno Mental. Este criterio es difícil de cumplir ya que, frecuentemente, existe un desfase en la evolución de ambas entidades o el diagnóstico de la enfermedad médica se efectúa con posterioridad. Algunas asociaciones ayudan a sospechar la relación de causalidad⁴⁸ (tabla 4). Es indispensable la constatación de una

enfermedad a través de la historia clínica, el examen físico o de laboratorio. Además, el efecto fisiológico directo puede ser evidenciado a través de:

- La relación temporal entre la aparición, agudización o desaparición de los síntomas psicológicos y la enfermedad.
 - Tipicidad y edad de presentación de la psicopatología. Edades inhabituales o síntomas poco frecuentes en un trastorno mental primario deben orientar a que los síntomas son mejor explicados por el efecto de la enfermedad médica.
- b. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro Trastorno Mental. Se debe descartar un trastorno mental primario que pudiese tener una relación no fisiológica con la enfermedad médica y los trastornos inducidos por sustancias.
- c. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un Delirium.

Tabla 4. Etiología más frecuente de los Trastornos Mentales Debidos a Enfermedad Médica.

<p>Delirium:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades Infecciosas - Trastornos Metabólicos - Trastorno Hidroelectrolíticos - Déficit de Tiamina - Enfermedades Hepáticas 	<p>Trastorno del Estado de Ánimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiper o Hipotiroidismo - Infecciones Virales (p.ej. VIH) - Accidente Vascular cerebral - Carcinoma de Páncreas
<p>Demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad Cerebrovascular - SIDA - Traumatismo Encefalocraneano - Enfermedad de Parkinson 	<p>Trastorno de Ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiper o Hipotiroidismo - Hipoglicemia - Feocromocitoma - Déficit de B₁₂ - Limitación Crónica al Flujo Aéreo
<p>Trastorno Amnésico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo Encéfalocraneano - Hipoxia - Infarto Arteria Cerebral Posterior - Encefalitis por Herpes Simple 	<p>Trastorno del Sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primoinfección VIH - Enfermedad de Parkinson - Hiper o Hipotiroidismo - Accidente Vascular cerebral
<p>Trastorno Psicótico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones SNC 	

- Tumores SNC
- Hiper o Hipotiroidismo
- Hipoxia
- Hipoglicemia

Psicopatología derivada de los efectos secundarios y interacciones de fármacos:

Una gran cantidad de fármacos pueden producir síntomas psicológicos dentro de sus efectos indeseables. Afortunadamente, en la mayoría de los casos son leves y suelen relacionarse con la dosis. Sin embargo, pueden producirse reacciones idiosincráticas que se prestan a confusión en el momento de analizar el origen de la psicopatología. En la tabla 5 se listan los síntomas más frecuentemente inducidos por los fármacos de uso habitual en el campo de las drogodependencias⁴⁸⁻⁴⁹.

Por otra parte, la interacción tanto farmacodinámica como farmacocinética entre medicamentos puede, también, generar síntomas psicológicos significativos⁵⁰. Es más, la interacción entre medicamentos y sustancias de abuso puede ser la responsable de la aparición de psicopatología (p.ej. Disulfiram-Cocaína que puede generar un cuadro de ansiedad).

El DSM IV considera “sustancia” a drogas de abuso, medicamentos y tóxicos, por lo que en el caso de la psicopatología inducida por medicamentos se deben aplicar los mismos criterios revisados para Trastornos Mentales Inducidos.

Tabla 5. Psicopatología como efecto secundario y toxicidad de Fármacos⁴⁸⁻⁴⁹.

<p>Antidepresivos: Insomnio, inquietud, agitación (ISRS); Sedación, amnesia, desorientación, agitación (tricíclicos); Viraje a manía en T. Bipolar (todos)</p>	<p>Anticolinérgicos: Sedación, desorientación, alteración de memoria, irritabilidad y euforia.</p> <p>Antihistamínicos: Sedación, desorientación, agitación.</p>
<p>Neurolépticos: Ansiedad, inquietud, agitación (acatisia) Sedación, desorientación (S. Neuroléptico Maligno)</p>	<p>Agonistas Opioides: Depresión, ansiedad, inquietud, sedación, desorientación, alucinaciones e ideas delirantes</p>
<p>Anticonvulsivantes: Sedación (A.Valproico y Carbamazepina); Desorientación (Carbamazepina)</p>	<p>Analgésicos: Ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes.</p>

Disulfiram: Depresión, alucinaciones y desorientación	Bloqueadores β-adrenérgicos: Disforia, depresión, insomnio, pesadillas, psicosis.
Litio: Ansiedad, alteración de memoria, afecto aplanado; Desorientación, alucinaciones (toxicidad)	Corticoesteroides Ansiedad, depresión, euforia, alucinaciones e ideas delirantes, hiperfagia, agresividad, agitación

Derivada de estados o problemas que no constituyen Trastornos Mentales:

Es posible que los síntomas observados o referidos por el paciente no se deban a ninguna de las alternativas previas y estén relacionados con situaciones especiales tales como: incumplimiento terapéutico, simulación, embarazo, puerperio, climaterio o duelo. El DSM IV agrupa algunas de tales condiciones en el apartado de “Otros Problemas que pueden ser objeto de Atención”.

Metodología propuesta para la Evaluación de un DD:

Historia Adictiva y Psiquiátrica:

El primer contacto con un paciente dependiente de sustancias representa una oportunidad clave tanto para el diagnóstico como para su vinculación en el futuro tratamiento. En este momento los esfuerzos se deben dirigir a:

- Determinación del consumo reciente de sustancias (tipo, dosis, vía y duración del consumo reciente).
- Valoración del impacto en el estatus Mental y Físico del paciente (¿está intoxicado, en abstinencia, de una o varias sustancias? ¿Cuál es la psicopatología actual?).
- Debe generarse un plan inicial de Tratamiento destinado a estabilizar al paciente, tratando las complicaciones que le pudieran poner en riesgo (p.ej. síndrome de abstinencia con posibilidad de agravarse).
- Es indispensable acordar con el paciente las condiciones que permitan iniciar la abstinencia de sustancias. Es importante generar la posibilidad de observación de la evolución, en el tiempo, de los síntomas psicológicos en una situación de abstinencia,

lo cual será un criterio muy útil en el momento de determinar las relaciones causales en un DD.

- e. Solicitud de exámenes generales y Exploración Cerebral con técnicas de neuroimagen (al menos una Tomografía Axial Computada).
- f. Motivar para una segunda visita, idealmente dentro de la próxima semana (en caso de que la valoración de la gravedad inicial no determine controles más frecuentes u hospitalización) y citar a un familiar que pueda corroborar la información. En este momento deberá valorarse la evolución de los síntomas detectados previamente y la aparición de nuevos síntomas. Se deberá, asimismo, evaluar la presencia de criterios de dependencia/abuso para la o las sustancias primarias en la actualidad.

Determinación de drogas en orina y pelo:

Idealmente, en el primer contacto con el paciente se debiera realizar una determinación de drogas en orina (de ser posible con métodos cuantitativos) y alcohol en aire espirado (o alcoholemia). La presencia de estos datos, en caso de ser positivos, confirmará las sustancias de abuso, facilitará la constatación de la abstinencia (con análisis de orina posteriores) y la observación de la evolución de los síntomas en relación con la desaparición de la sustancia. La realización de análisis de orina para detección de drogas seriados (al menos dos veces por semana en el período de estudio) debe incorporarse en el acuerdo inicial con el paciente. La determinación de drogas en pelo puede ser de gran utilidad, sobre todo, en los casos de discordancia entre el consumo reconocido y el impacto médico-psiquiátrico dado que puede detectar drogas no informadas y ayudar a estimar el período de consumo (al menos en el último año).

Entrevista a un Informante Externo:

Si bien tiene los inconvenientes previamente comentados, esta entrevista tiene utilidad para determinar el orden cronológico de aparición y evolución de los trastornos, corroborar la intensidad de ambos cuadros y, sobre todo, establecer una colaboración que permita objetivar lo mejor posible la abstinencia actual y la evolución de la psicopatología. La obtención de los antecedentes familiares psiquiátricos puede aclarar la sospecha de trastornos primarios. Es importante solicitar historias clínicas pasadas y, eventualmente, obtener información de tratamientos previos.

Entrevista Psiquiátrica Estructurada:

Una vez transcurridas, por lo menos, dos semanas desde el último consumo, tiempo en el cual, probablemente, se han resuelto tanto la intoxicación como la abstinencia, se debe proceder a una Entrevista Psiquiátrica Estructurada destinada a verificar la existencia de criterios diagnósticos para Trastornos Mentales, incluyendo los relacionados con Sustancias,

a lo largo de la vida del paciente. Se puede utilizar la entrevista con la cual el clínico se sienta más familiarizado. Se utiliza frecuentemente para este fin la Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV: SCID⁵¹, aunque existen otras alternativas disponibles⁵².

Evaluación Neuropsicológica:

Indispensable para certificar Trastornos Cognitivos Persistentes o Primarios. Se debe realizar una vez desaparecidos los efectos de la intoxicación o la abstinencia de sustancias e, idealmente, bajo el efecto del menor número de medicamentos posible. Además, será la base de comparación para evaluaciones futuras en abstinencia prolongada.

Eventual Hospitalización para Diagnóstico:

En este grupo de pacientes es frecuente la recaída en los hábitos tóxicos, muchas veces determinada por la propia psicopatología que es objeto de estudio o por falta de motivación. En el caso de que no sea posible dilucidar el origen de la psicopatología actual, dado el consumo mantenido por parte del paciente, se puede plantear su hospitalización con fines diagnósticos. Esta estrategia tiene varias ventajas sobre la valoración ambulatoria ya que permite conseguir una abstinencia total y una observación más cercana de la evolución psicopatológica. La duración de la hospitalización acostumbra a ser de 3 a 4 semanas.

Interpretación de la Información Recogida:

Una vez que se dispone de los resultados de la evaluación del paciente, es preciso aclarar si la psicopatología actual y pasada está generada por trastornos mentales específicos. El proceso que se describe a continuación permite filiar la psicopatología y, al mismo tiempo, orienta respecto del tipo de intervenciones a realizar:

- a. Determinar cual o cuales de los síntomas recogidos se constituyen en un problema clínico, entendiendo como tal a aquellos síntomas que se presentan en un primer plano de la clínica y demandan una intervención por sí mismos.
- b. Realizar un diagnóstico diferencial para cada uno de los problemas identificados. Esta acción demanda conocer de antemano los trastornos que pueden causar los problemas más frecuentes de la clínica de las drogodependencias⁵³. Se ha considerado en la tabla 6, a modo de ejemplo, el diagnóstico diferencial de algunos síntomas frecuentes⁵³. De acuerdo con lo señalado previamente se recomienda pensar siempre en cinco posibles orígenes, siendo frecuente que sea necesario considerar a varios de ellos en la explicación del problema específico:

- Trastornos Relacionados con Sustancias Psicoactivas.
 - Trastornos Mentales Primarios y Debidos a Enfermedad Médica.
 - Enfermedades Médicas Específicas (inductoras de Trastornos Mentales).
 - Medicamentos: efectos adversos del tratamiento, discontinuación e interacciones.
 - Problemas adicionales de atención clínica.
- c. Una vez delimitados aquellos trastornos que pueden explicar la psicopatología, debe procederse a una jerarquización de éstos partiendo con aquellos que puedan explicar el mayor número de problemas.
- d. Corresponde, posteriormente, proceder a la confirmación diagnóstica de las hipótesis (por medio de exámenes complementarios, psicometrías, recopilación de información adicional, etc.). Esta etapa debería estar previamente estandarizada para poder obtener una confirmación lo más válida y definitiva posible⁵³. Con frecuencia, la explicación más probable para la sintomatología que presenta el paciente es una combinación de trastornos o factores desencadenantes.

Segundo Nivel de Análisis:

La correcta filiación de la psicopatología previa y actual unida al análisis detenido, a través de la Historia Clínica, del curso temporal de los síntomas permitirá efectuar el segundo nivel de análisis, es decir, establecer las relaciones entre Trastornos. En la práctica, se aceptará un Trastorno Dual solamente si se presentan alguna de las siguientes posibilidades de coexistencia:

- Trastorno por Consumo de Sustancias primario y Trastorno Mental secundario. Considera la coexistencia del trastorno adictivo con un trastorno mental aunque el consumo de tóxicos es primario. Se excluyen los trastornos mentales inducidos por sustancias o debidos a enfermedad médica.
- Trastorno Mental Primario y Trastorno por Consumo de Sustancias Secundario. La característica central es la aparición del Trastorno Mental en un período en el que no ha existido consumo alguno de sustancias psicoactivas, seguido de un período en el cual coexisten ambos trastornos. Es frecuente, sin embargo, que de acuerdo con la historia clínica se aprecie un inicio simultáneo de ambos cuadros (p.ej. en adolescentes) y la distinción primario-secundario se deba efectuar sólo de manera prospectiva en una situación de abstinencia de sustancias.

- Coexistencia de Trastorno Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias Primarios. Se considerará esta categoría sólo después de descartar razonablemente las dos anteriores. Sugiere una dualidad primaria si a través de la historia clínica se demuestran períodos en que ambos cuadros han evolucionado independientemente. Sin embargo, aunque ambos trastornos sean primarios, son múltiples las formas por las que van a influirse mutuamente.

Definición de Evaluaciones Futuras en el Plan de Tratamiento:

Una vez llevada a cabo la estrategia de evaluación descrita se está en condiciones de definir:

- a. El tipo de escalas psicométricas a administrar periódicamente, en función del tipo de trastorno mental que presente el paciente (p.ej. escalas auto o heteroadministradas para evaluar síntomas depresivos o ansiosos).
- b. La periodicidad de las futuras evaluaciones psicopatológicas, dependiendo de si el trastorno es de presentación recurrente o permanente. En este factor influye, también, el grado de respuesta al tratamiento específico del Trastorno Mental.
- c. Factores biopsicosociales que puedan desencadenar psicopatología.

Tratamiento:

Un hecho de frecuente observación cuando los pacientes con DD son tratados de manera parcial, paralela o secuencial, es que la descompensación de uno de los trastornos determina la posterior descompensación del otro. Esta situación compleja suele demandar una gran necesidad de coordinación y planificación en las intervenciones; aquellos encuadres terapéuticos que no valoren adecuadamente este hecho se verán forzados a actuar por reacción frente a la crisis. En este escenario es frecuente, además, que el paciente o su familia efectúen varios cambios de terapeuta (muchas veces motivado por las normas muy directivas que propone el propio clínico desbordado).

Actualmente es posible afirmar algunos principios básicos en el abordaje terapéutico del DD⁴:

1. Se deben tratar de forma eficaz y completa ambos trastornos. En el plan de tratamiento de cada paciente se debe realizar una jerarquización de los problemas

derivados de la patología dual.

2. El tratamiento debe ser coordinado, idealmente, por una única persona, aunque el paciente esté inserto en un programa asistencial o esté siendo tratado por un equipo terapéutico.
3. Los programas de tratamiento integrales son los que han evidenciado mejores resultados.
4. Valorar siempre el estado anímico y motivacional del equipo terapéutico, ya que la complejidad de estos pacientes demanda esfuerzos importantes del personal tratante.
5. Involucrar a la familia (o al menos a un familiar responsable). El fortalecimiento de la alianza con la familia disminuye la presión sobre el equipo tratante y la posibilidad de intervenciones precipitadas.
6. Procurar que llegue al paciente o a su familia el concepto de que las descompensaciones son posibles y frecuentes, pero enfrentables y solucionables.
7. Anticipación y detección precoz de las recurrencias psicopatológicas y de las descompensaciones de enfermedades médicas.
8. La estructuración previa de un plan de tratamiento, y su periódica actualización, permite un conocimiento y conceptualización del paciente de gran utilidad en los momentos de descompensación. El clínico debiera tener en mente, al trabajar con esta población de pacientes, una metodología definida tanto para la evaluación y diagnóstico como para el tratamiento.
9. Estabilizar al paciente, lo que significa tratar inicialmente sólo aquellos síntomas que entrañan un malestar intenso o un riesgo para el paciente o para terceros. El tener al paciente en ambientes controlados, sea a través de una hospitalización u otra alternativa, ayuda a evitar intervenciones psicofarmacológicas precipitadas que pudieran dificultar el estudio del cuadro clínico.
10. El mejor predictor de éxito del tratamiento es la permanencia en el mismo. Deben hacerse todos los esfuerzos para mantener al paciente en tratamiento el máximo tiempo posible⁵⁴.

Comentario final:

En Europa no existen grandes estudios epidemiológicos al estilo de los existentes en E.E.U.U. que hayan explorado la prevalencia de los DD. La creciente conciencia

internacional sobre la importancia de la comorbilidad en Psiquiatría y, en particular, del diagnóstico dual debería propiciar cambios en este sentido en la asistencia en Salud Mental y Drogodependencias. Son planteables múltiples modificaciones que, en los países más sensibilizados, han comenzado ya a ser implementadas en los últimos años. Sin embargo, la modificación probablemente más difícil de llevar a cabo sea el cambio de actitud hacia los DD que deben efectuar los propios profesionales. Los DD ponen a prueba, frecuentemente, las habilidades clínicas de los terapeutas por lo que el trabajo en equipo parece ser la forma más apropiada de enfrentarlos. La sospecha sistemática unida al empleo de estrategias tales como planes de tratamiento, utilización de instrumentos de evaluación y protocolos de intervención estandarizados pueden facilitar notablemente el manejo de estos pacientes. No cabe la menor duda de que en el siglo XXI la práctica clínica en salud mental, tanto la de psiquiatría general como la de drogodependencias, exigirá a los profesionales una completa formación teórico-práctica en Patología Dual.

Tabla 6.1 Diagnóstico diferencial de algunos síntomas psiquiátricos en drogodependencias⁵³.

Probl.	Tr. Relacionados con Sust. Psicoactivas	Tr.M.Primarios y debidos a Enf. Médica	Enfermedades	Medicamentos	Otros Probls. de atención clínica
Estado Depresivo	Intoxicación, en particular por: Alcohol Sedantes Cannabis	Trs. Del Estado de Ánimo Trs. Psicóticos Demencia con Estado de Ánimo Deprimido Trs. de Ansiedad Trs. de la Conducta	Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Alzheimer Demencia Vascular Epilepsia Accidente Vascular Cerebral	T: Metadona Pentazocina Neurolépticos Disulfiram Estrógenos Antagonistas del Calcio	Duelo Depresión Aducida Puerperio e Interrupción del Embarazo
	Abstinencia, en particular de Psicoestimulantes	Alimentaria Tr. Por Somatización Trs. de Personalidad	Deficiencia de B12 Hiper o Hipotiridismo Hepatopatía Alcohólica Hepatitis Virales SIDA	Antirretrovirales Corticoesteroides Psicoestimulantes	Climaterio Incumplimiento Terapéutico
Estado Ansioso	Trastorno del Estado de Ánimo Inducido Con síntomas depresivos Con síntomas mixtos	Tr. Disfórico Premenstrual Tr. Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo y Mixto Tr. Posconmocional	Cardiopatías Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	D: Psicoestimulantes Antidepresivos Benzodiazepinas Anticolinérgicos	
	Dependencia de Sustancias (craving) Intoxicación, en particular por: Cocaína Anfetaminas Cannabis 7 Xantinas Nicotina. Abstinencia de Sustancias	Trs. de Ansiedad Trs. del Estado de Ánimo Trs. Psicóticos Delirium Demencia Trs. de la Conducta Alimentaria Tr. Somatomorfo Tr. Adaptativo Ansioso y Mixto Trs. de Personalidad Tr. Disfórico Premenstrual Tr. Posconmocional	Hipoglicemia Hiper o Hipotiridismo Embolismo Pulmonar Arritmias Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Neumonía Deficiencia de B12 Enfermedad de Alzheimer Demencia Vascular Encefalitis	T: Metadona (p.ej. Subdosificación) Antidepresivos Neurolépticos Corticoesteroides Estrógenos Antihipertensivos Preparados Tiroideos Analgésicos Simpaticomiméticos Broncodilatadores D: Metadona Benzodiazepinas Zolpidem Zopiclona Antidepresivos Anticolinérgicos I: Disulfiram – Cocaína	Puerperio e Interrupción del Embarazo Climaterio Incumplimiento Terapéutico

T: Tratamiento con D: Discontinuación de I: Interacción

Tabla 6.2 Diagnóstico diferencial de algunos síntomas psiquiátricos en drogodependencias⁵³.

Probl.	Tr. Relacionados con Sust. Psicoactivas	Tr.M.Primarios y debidos a Enf. Médica	Enfermedades	Medicamentos	Otros Probls. de atención clínica
Inquietud	Intoxicación, en particular por: Cafeína Cocaína y Anfetaminas Alcohol y Sedantes Abstinencia, en particular de: Benzodiazepinas Alcohol Heroína Nicotina Dependencia de Sustancias Delirium Inducido por Sustancias	Tr. por Déficit de Atención con Hiperactividad Trs. del Estado de Ánimo Trs. de Ansiedad Trs. Psicóticos Delirium Demencia Trastorno Somatomorfo Tr. de la Conducta Alimentaria (en particular Bulimia Nerviosa) Tr. Disfórico Premenstrual	Hipoglucemia Hiper o Hipotiridismo Síndrome de Piernas Inquietas Encefalopatía Hepática Enfermedad de Alzheimer Demencia Vascular Tr. Motores inducidos por Medicamentos: Acatisia aguda por Neurolépticos	T: Antidepresivos (en Particular Fluoxetina) Neurolépticos Psicoestimulantes Antag. del Calcio Anticolinérgicos Litio Disulfiram D: Metadona Antidepresivos Anticolinérgicos I: Disulfiram – Cocaína	Incumplimiento Terapéutico
Ideas Delirantes	Delirium inducido por Sustancias Trastorno Psicótico Inducido	Trastornos Psicóticos Delirium Demencia Trastornos del Estado de Ánimo Trastorno de la Personalidad Esquizotípico Límite	Hipertiroidismo Hipotiriodismo Hipoglucemia Encefalopatía Hepática Epilepsia Déficit de Vitaminas B1, B12 y Niacina (pelagra) Enfermedad de Alzheimer con Ideas Delirantes Demencia Vascular con Ideas Delirantes Demencia VIH Accidente Vascular Cerebral Infecciones del SNC Trastornos Hidroelectrolíticos	T: Meperidina Disulfiram Anticolinérgicos Anticonvulsivantes Agonist.Dopaminérgico Corticoesteroides Antirretrovirales Ibuprofeno Naproxeno D: Opioides Neurolépticos IMAO	Incumplimiento Terapéutico

T: Tratamiento con D: Discontinuación de I: Interacción

Referencias bibliográficas:

1. Bordwine A, Millman RB. Patients with Psychopathology. En: Substance Abuse: a Comprehensive Textbook, third ed. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.). USA, p551-562. 1997.
2. Johnson S. Dual Diagnosis of Severe Mental Illness and substance Misuse: a Case for Specialist Services? British Journal of Psychiatry 171: 205-208. 1997.
3. Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Alcoholism and Addictions: Substance Abuse Disorders: a Psychiatric Priority. American Journal of Psychiatry 148: 1291-1300. 1991.
4. Introducción y Conceptos Generales del Diagnóstico Dual. Zimberg S. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E (Eds). Diagnóstico Dual. Primera Ed. Ediciones en Neurociencias. España. 1996.
5. McLellan AT, Druley KA. Non-random relationship between drugs of abuse and psychiatric diagnosis. Journal of Psychiatric Research 13: 179-184. 1977.
6. San L. Trastornos Afectivos y Toxicomanías. En: Avances en Trastornos Afectivos. Gutierrez M, Ezcurra J y Pichot P (eds.). Ediciones en Neurociencias, 361-374.1996.
7. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al. Lifetime Co-occurrence of DSM III-R Alcohol Abuse and Dependence with Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 54:313-321. 1997.
8. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, et al. The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders: Implications for Prevention and Service Utilization. American Journal of Orthopsychiatry 66: 17-31. 1996)
9. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264: 2511-2518. 1990.
10. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF. et al. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in Alcoholics. Arch Gen Psychiatry 44: 505-513. 1987.
11. Mueser KT, Drake RE, Miles KM. The Course and Treatment of Substance Use Disorders in Persons with Severe Mental Illness. En: Treatment of Drug-Dependent Individuals with Comorbid Mental Disorders. NIDA Research Monograph 172, 86-

- 109.1997.
12. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE. et al. Service utilization and costs associated with substance use disorders among severely mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181: 227-232. 1993.
 13. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J. et al. Disproportionate Suicidality in Patients with Comorbid Major Depression and Alcoholism. *Am J Psychiatry* 152: 358-364. 1995.
 14. Carey KB. Challenges in Assessing Substance Use Patterns In Persons with Comorbid Mental and Addictive Disorders. En: *Treatment of Drug-Dependent Individuals with Comorbid Mental Disorders*. NIDA Research Monograph 172, 16-32.1997.
 15. Novick DM, Haverkos HW, Teller DW. The Medically Ill Substance Abuser. En: *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook*, third ed. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.). USA. 1997.
 16. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Masson. Barcelona, España. 1995.
 17. Lehman AF, Myers CP, Corty E, et al. Prevalence and Patterns of Dual Diagnosis among Psychiatric Inpatients. *Compr Psychiatry* 35: 106-112. 1994.
 18. Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML. Trastornos por Abuso y Dependencia de Drogas y Psicopatología. En: *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías (I)*. Casas M. (ed). *Monografías en Toxicomanías*, p. 19-31. 1992.
 19. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Editorial Meditor. España. 1992.
 20. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 147: 685-695. 1990.
 21. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive behaviors: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 142: 1259-1264. 1985.
 22. Aronson TA, Craig TJ. Cocaine precipitation of Panic Disorder. *Am J Psychiatry* 143: 643-645. 1986.
 23. Nunes EV, Deliyannides DA. Investigación en el Diagnóstico Dual. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E (Eds). *Diagnóstico Dual*. Primera Ed. Ediciones en Neurociencias. España. 1996.

24. Schuckit MA. Genetic and Clinical Implications of Alcoholism and Affective Disorder. *Am J Psychiatry* 143: 140-147. 1986.
25. Breslau N, Kilbey M, Andresky P. Nicotine Dependence and Major Depression, New Evidence From a Prospective Investigation. *Arch Gen Psychiatry* 50:31-35.1993.
26. Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, et al. Alcoholism in Mani-Depressive (Bipolar) Illness: Familial Illness, Course of Illness, and the Primary-Secondary Distinction. *Am J Psychiatry* 152: 365-372. 1995.
27. Castaneda R, Galanter M, Franco H. Self-medication among Addicts with Primary Psychiatric Disorders. *Comprehensive Psychiatry* 30 (1): 80-83. 1989.
28. Tejero A, Casas M. The Self-Medication Hypothesis of Addictive Behaviours: Addiction as Adaptative Compensations of a Previous Stablished Deficit. 1999 (enviado a publicación).
29. Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. A 2.5 year follow-up of depression, life crises, and treatment effects on abstinence among apioiid addicts. *Archives of General Psychiatry* 43: 733-738. 1986.
30. Markou A, Kosten TR, Koob GB. Neurobiological Similarities in Depression and Drug Dependence: a Self-Medication Hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 18 (3): 135-174. 1998.
31. Meyer RE. Conditioning phenomena and the problem of relapse in opioid addicts and alcoholics. *NIDA Research Monograph* 84, 161-179. 1988.
32. Blum K, Cull JG, Braverman ER, Comings DE. Reward Deficiency Syndrome. *American Scientist* 84(2):132-146. 1996.
33. Blum K, Noble EP, Sheridan A, et al. Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in Alcoholism. *JAMA* 263: 2055-2060. 1990.
34. Guardia J. Epidemiología, genética y factores de riesgo en el Alcoholismo. En: *Psicopatología y Alcoholismo*. Casas M, Gutiérrez M, San L. (eds.). *Monografías de Toxicomanías*. Ediciones en Neurociencias: 67-86. Barcelona, 1994.
35. Buckley PF. Substance Abuse in Schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 59 suppl 3: 26-30.1998.

36. Lohr JB and Flynn K. Smoking and Schizophrenia. *Schizophrenia Research* 8: 93-102.1992.
37. Barlow DH. Anxiety Disorders, Comorbid Substance Abuse, and Benzodiazepine Discontinuation: Implications for Treatment. En: *Treatment of Drug dependent Individuals with Comorbid Mental Disorders*. NIDA Research Monograph 172, 33-51.1997.
38. Kushner MG, Sher KJ, and Beitman BD. The relation between alcohol and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 147: 685-695.1990.
39. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, et al. Comorbidity of DSM III-R Major Depression Disorder in the General Population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl. 30): 17-30. 1996.
40. Hugues JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, and Dahlgren LA. Prevalence of Smoking among Psychiatry Outpatients. *Am J Psychiatry* 143: 993-997.1986.
41. Glassman AH, Heltzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE and Johnson J. Smoking, smoking cessation and Major Depression. *JAMA* 264: 1546-1549. 1990.
42. Trujols J, Toro J. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas. En: *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías (I)*. Casas M. (ed). *Monografías en Toxicomanías*, p. 197-220. 1992.
43. Lacey JH. Self-damaging and addictive behaviour in Bulimia Nerviosa. *Br J Psychiatry* 163: 190-194. 1993.
44. Fernández F, Turón V. Trastornos de la Alimentación: Guía Básica de Tratamiento en Anorexia y Bulimia. Ed. Masson, p. 22-23. 1998.
45. Grant BF, Peterson A, Dawson D and Chou P. Source and Accuracy Statements for the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1992.
46. The Influence of Comorbid Major Depression and Substance Use Disorders on Alcohol and Drug Treatment: Results of a National Survey. Grant B. En: *Treatment of Drug dependent Individuals with Comorbid Mental Disorders*. NIDA Research Monograph 172, 4-15.1997.
47. Verebey KG, Buchan BJ. Diagnostic Laboratory: Screening for Drug Abuse. En: *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook*, third ed. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.). USA, p369-376. 1997.

48. Hyman S, Arana G, Rosenbaum J. Handbook of Psychiatry Drug Therapy. Third edition. Ed. Little, Brown and Company. USA. 1995.
49. García M, González A. Psicopatología y Agentes Biológicos. Editorial Masson S.A. Barcelona, España, p. 177-200. 1998.
50. Ciraulo D, Shader R, Greenblatt D, Creelman W. Drug Interactions in Psychiatry. Second edition. Williams & Wilkins. USA. 1995.
51. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured Clinical Interview for DSM III-R, patient version (SCID-I', 6/1/88). Biometrics Research Department. 1988.
52. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview. CIDI version 1.0. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1990.
53. Pérez de los Cobos J, Santis R y Casas M. Diagnóstico Diferencial y Protocolos Clínicos en Drogodependencias. Unidad de Conductas Adictivas, Hospital Sant Pau. 1999 (en preparación).
54. Shollar E. Tratamiento a largo plazo del paciente con diagnóstico dual. En: Diagnóstico Dual. Solomon J, Zimberg S, y Shollar E (eds.). Ediciones en Neurociencias, p. 97-126. 1996.