

Consumo de sustancias y depresión

Substance abuse and depression

D. Miguel Arias

Psiquiatra. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Juan Canalejo - Marítimo de Oza. A Coruña

Resumen:

Durante los últimos años, el estudio sobre la comorbilidad entre el abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (diagnóstico dual) ha alcanzado un enorme interés. Los trastornos depresivos son una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en los drogodependientes. Esta comorbilidad determina un peor curso y pronóstico para ambos trastornos, sobre todo si no son detectados y tratados adecuadamente. El diagnóstico es muy difícil por los cambios psicopatológicos inducidos por las sustancias psicoactivas, el estilo de vida y comportamiento de estos pacientes. No obstante, es necesario el tratamiento de ambas patologías simultáneamente y, si es posible, por el mismo equipo terapéutico. Los antidepresivos son muy útiles en estos pacientes, tanto para el tratamiento de los síntomas depresivos como de otro tipo (ansiedad, craving, conducta impulsiva...).

Palabras clave:

Drogodependencia, depresión, diagnóstico dual, antidepresivos.

Summary:

During the last years, the study about comorbidity between substance abuse and the other psychiatric disorders (dual diagnosis) have reached great interest. Depressive disorders are one of the most frequent psychiatric pathologies in substance abusers. This comorbidity causes a worse course and prognosis for both disorders, above all if they are not detected and treated suitably. The diagnosis is very difficult because of the psychopathological changes brought about by the psychoactive substances, live style and behaviour by these patients. Nevertheless, it is necessary to treat both pathologies simultaneously and, if it is possible, by the same therapeutic team. Antidepressant medication is very useful in these patients, both for the treatment of the depressive symptoms and of another type (anxiety, craving, impulsive behaviour...).

Key words:

Substance abuse, depression, dual diagnosis, antidepressant.

Introducción

El estudio de la patología dual ha despertado gran interés en los últimos años tanto en el campo de la psiquiatría como en el de las adicciones. Este término hace referencia a la coincidencia de un trastorno relacionado con sustancias junto a otro trastorno psiquiátrico (1). Todos los estudios al respecto parecen coincidir en la elevada

prevalencia de este tipo de comorbilidad, si bien las cifras aportadas varían de forma notable de unos a otros. Se han apuntado diversos factores para tratar de explicar esa amplia variabilidad de resultados (2): selección de la muestra, diseño del estudio, predisposición y formación del investigador, duración del seguimiento, etc..., a lo que habría que añadir las enormes dificultades para realizar el diagnóstico correcto de la patolo-

gía psiquiátrica en pacientes drogodependientes. La coincidencia de estos dos tipos de trastornos condiciona importantes dificultades de manejo y determina un peor pronóstico de ambos (3) por lo que resulta de especial interés su correcto diagnóstico y tratamiento.

Se han apuntado diversas hipótesis para tratar de explicar la elevada prevalencia de esta comorbilidad:

- Hipótesis de la automedicación (4): según la cual los pacientes con un trastorno psiquiátrico previo recurrirían al consumo de sustancias psicoactivas con el fin de aliviar el malestar derivado de sus síntomas psicopatológicos o de los efectos secundarios de los psicofármacos usados en su tratamiento.
- Mayor vulnerabilidad de los pacientes psiquiátricos, en relación con las discapacidades derivadas de su enfermedad, para desarrollar un consumo problemático de sustancias una vez que contactan casualmente con ellas.
- Gran concentración de estresores motivado por el estilo de vida propio del drogodependiente (problemática social, familiar, legal, etc...).
- Alteraciones estructurales y/o funcionales a nivel del sistema nervioso central (SNC) por el consumo continuado de sustancias psicoactivas.
- Afectación del SNC por enfermedades orgánicas asociadas a determinadas pautas de consumo de sustancias (Ej: SIDA).

Aunque los pacientes drogodependientes pueden presentar cualquier tipo de patología psiquiátrica asociada, los trastornos encontrados con mayor frecuencia son los siguientes (5): trastornos de la personalidad (37-65%), trastornos depresivos (17-60%) y trastornos de ansiedad (11-28%).

Depresión y consumo de sustancias

Los trastornos depresivos constituyen la patología psiquiátrica del eje I diagnosticada con mayor frecuencia en pacientes drogodependientes.

Además de los factores apuntados anteriormente para explicar la elevada prevalencia de la patología dual en general, hay que tener en cuenta que muchas drogas psicoactivas producen sus efectos a través de las mismas vías de neurotransmisión que parecen implicadas en los trastornos depresivos: noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica (6). No existe acuerdo acerca de si estos trastornos depresivos que aparecen en pacientes drogodependientes son primarios, es decir previos y/o independientes de la toma de las sustancias o secundarios al consumo de las mismas. Lo cierto es que en el 95% de los casos el consumo de sustancias precede a la aparición de clínica depresiva.

La sintomatología depresiva puede aparecer en contextos muy diferentes en estos pacientes: intoxicación, abstinencia, trastorno afectivo inducido por sustancias, etc... En cualquier caso, su aparición complica la situación general del paciente, interfiriendo en su proceso de deshabitación y aumentando el riesgo de recaídas. De ello la importancia de diagnosticar los trastornos depresivos siempre que aparezcan, así como tratarlos adecuadamente.

Prevalencia

Como ya se ha señalado las cifras de prevalencia varían ampliamente de unos trabajos a otros. Así, en el estudio ECA (7) realizado en población general encontraron que en el 26% de pacientes consumidores de sustancias aparecía un trastorno afectivo comórbido, mientras que el 32% de pacientes diagnosticados de trastorno afectivo y el 60,7% con trastorno bipolar presentaban un trastorno por consumo de sustancias asociado.

Por otro lado, los estudios realizados en población en tratamiento en unidades psiquiátricas (8) encuentran consumo de sustancias en el 30% de pacientes con depresión mayor, en el 25% con trastorno bipolar y en el 50% de pacientes esquizoafectivos.

Y por último, si las muestras estudiadas procedían de población en tratamiento en unidades

de atención a drogodependientes las cifras de comorbilidad de trastornos depresivos oscilan entre 17-62% en dependientes de opiáceos (9,10) y entre 5-50% en consumidores de cocaína (11,12,13).

Diagnóstico

El diagnóstico correcto de los trastornos afectivos en pacientes drogodependientes presenta importantes dificultades. Hay que tener en cuenta que este se basa en buena medida en la información aportada por el paciente que suele ser incompleta y en ocasiones interesada, como puede suceder en los casos en que busca medicación psicotrópica. Por otro lado, las sustancias psicoactivas a través de su acción directa sobre el SNC pueden producir o por el contrario enmascarar síntomas afectivos. De hecho, en los pacientes drogodependientes podemos encontrar síntomas depresivos en contextos tan diversos como la intoxicación crónica o el síndrome de abstinencia, además de cuadros más específicos como el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. La propia definición de intoxicación aguda incluida en la CIE-10 (14) considera la alteración del estado afectivo como una característica propia de ese cuadro clínico producido directamente por la ingestión o asimilación de las sustancias psicotropas.

Tampoco los criterios que el DSM-IV (15) establece para el episodio depresivo mayor nos permiten determinar claramente la presencia de trastornos afectivos. Si aplicamos sin el adecuado rigor esos criterios a los pacientes drogodependientes corremos el riesgo de sobrediagnosticar depresión ante situaciones que son propias de una conducta de consumo repetido. Así, no es raro encontrar en ellos una pérdida de interés o capacidad para el placer en la mayor parte de las actividades (con la excepción del propio consumo de la sustancia), pérdida de peso, alteración importante del sueño, agitación (en situaciones de abstinencia de depresores o intoxicación por estimulantes) o entrecimien-

to psicomotor (en las circunstancias inversas), sentimientos de culpa, y disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, entre otros. Todo ello derivado directamente del consumo crónico de la sustancia, sin que exista realmente un cuadro propiamente depresivo.

Conviene recordar que la enfermedad depresiva es un estado que impregna toda la vida de la persona que la padece y cambia implacablemente su existencia (16), y no se puede considerar como una mera suma de síntomas que pueden tener un origen muy variado. El propio DSM-IV establece dentro de sus criterios que los síntomas no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, pero más para diferenciarlo del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias que de las circunstancias habituales derivadas de la propia dependencia.

Se considera trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias aquel trastorno caracterizado por una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que aparece durante o en el mes siguiente a un cuadro de intoxicación o abstinencia y que, aunque no cumpla todos los criterios de episodio depresivo mayor, provoca un malestar clínicamente significativo. El trastorno afectivo se considera producido por el efecto fisiológico directo de la sustancia y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico. Las sustancias con capacidad para inducir estos cuadros pueden ser muy variadas (fármacos, sustancias industriales, tóxicos, etc...), y entre las consideradas como drogas se incluyen: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos y sedantes/ hipnóticos.

Dentro de ellos, y quizás uno de los más característicos y frecuentes es el trastorno depresivo que aparece en relación con el consumo de cocaína. Aunque la intoxicación aguda por esta sustancia produce un cuadro maniforme, el consumo crónico y sobre todo la abstinencia suelen provocar sintomatología depresiva. No obstante, solo se diagnostica trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en aque-

llos casos en los que la sintomatología afectiva excede en intensidad y/o duración la habitual en esos trastornos (intoxicación o abstinencia). El cuadro puede revestir importante gravedad con riesgo autolítico, precisando en ocasiones hospitalización.

El DSM-IV establece que los opiáceos pueden inducir trastorno del estado de ánimo únicamente en situaciones de intoxicación, pero en la clínica se observa con más frecuencia la aparición de sintomatología depresiva en el contexto de la abstinencia. Tras la supresión de su consumo muchos pacientes refieren un estado de apatía, pérdida de interés y anhedonia, sensación de vacío, acompañado de ciertas alteraciones vegetativas (cambios bruscos de temperatura, sudoración, escalofríos, alteración del sueño, náuseas, etc...). Puede durar desde unas semanas a varios meses, tras lo cual tiende a remitir espontáneamente. En ocasiones los pacientes lo atribuyen a la medicación pautada para la deshabitación (naltrexona), contribuyendo de forma importante al abandono del tratamiento y reinicio del consumo. A pesar de su frecuente presentación clínica, este cuadro, que algunos autores han denominado síndrome de abstinencia tardío, no se encuentra claramente reconocido ni recogido dentro de las clasificaciones internacionales.

Todo lo expuesto anteriormente da una idea de las dificultades con las que se encuentra el clínico a la hora de determinar las diferentes entidades patológicas que pueden presentarse en estos pacientes. Sin embargo, existen ciertas pautas (17) que pueden ayudarnos en esta tarea:

- Buscar fuentes adicionales de información: familiares, historia clínica, determinaciones analíticas, etc...
- No confundir síntomas con síndromes. Los síntomas depresivos, como ya señalamos, aparecen con gran frecuencia en pacientes drogodependientes, pero solo podemos establecer el diagnóstico de trastorno depresivo en aquellos casos en los que los síntomas

afectivos constituyen la alteración principal (14).

- Establecer claramente la cronología de aparición de los diferentes síntomas.
- Realizar una atribución etiológica adecuada de los mismos. Algunos autores recomiendan establecer todos los diagnósticos posibles sin tener en cuenta su origen (4) mientras que otros, por el contrario, consideran más adecuado atribuir al consumo de drogas todos los síntomas que aparecen tras la instauración del consumo.
- Considerar los antecedentes psiquiátricos personales y familiares.
- Realizar seguimientos prolongados.
- Establecer los diagnósticos psiquiátricos en situaciones de estabilidad en el consumo (abstinencia o consumo continuado estable).
- Utilizar instrumento estandarizados de evaluación del consumo de drogas y de los trastornos psiquiátricos y realizar los diagnósticos por personal experimentado.

Tratamiento

El abordaje terapéutico de esta patología dual presenta importantes dificultades derivadas de las particulares características de estos trastornos, con tendencia a la recidiva y cronicidad, y de los patrones de conducta y relación interpersonal propios de los pacientes drogodependientes. La presencia de otra patología psiquiátrica comórbida dificulta aun más el tratamiento y determina un peor pronóstico para ambos trastornos (3,13), especialmente en aquellos casos en los que alguno de estos trastornos no es diagnosticado y tratado adecuadamente. Son diversos los problemas que suelen plantearse en este sentido:

- Dificultad para establecer un diagnóstico correcto de ambos trastornos en función de los factores ya comentados anteriormente.
- No está claramente establecido donde y por quien deben ser tratados estos pacientes

- dando lugar con cierta frecuencia a una derivación del paciente de unos dispositivos a otros sin que en ninguno de ellos se de una respuesta integrada a sus patologías.
- Son pacientes que presentan menor grado de adhesión y cumplimiento de los tratamientos e indicaciones terapéuticas y existe mayor riesgo de abuso de los fármacos psicótropos prescritos. En la práctica este problema se plantea casi exclusivamente con las benzodiazepinas y algún otro fármaco sedante (clorometiazol), no encontrándose casos significativos de abuso de antidepresivos o neurolépticos.
 - La concomitancia de un trastorno adictivo y un trastorno depresivo supone mayor riesgo autolítico del que ya existe en cada uno de ellos.

En todos aquellos casos en los que se detecte un trastorno psiquiátrico asociado al consumo de sustancias es necesario tratarlo de forma simultánea e integrada con el tratamiento de la propia drogodependencia. Independientemente de cual sea el trastorno primario o secundario, una vez establecidos ejercen una influencia mutua por lo que el no abordaje de alguno de ellos determina una pobre respuesta terapéutica del otro y condiciona un mayor índice de recaídas. Para evitar carencias o duplicidades, así como para asegurar un mejor control del paciente, lo más recomendable es que el tratamiento de ambas patologías sea realizado por el mismo terapeuta o equipo terapéutico.

Con frecuencia es necesario recurrir a la hospitalización debido a los importantes problemas de manejo ambulatorio de estos pacientes y su elevado riesgo autolítico. En este sentido las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias integradas en los servicios de Psiquiatría constituyen el marco idóneo para el manejo de este tipo de patología dual.

A pesar de los resultados presentados por numerosos estudios, en la práctica clínica no es

tan frecuente encontrar trastornos depresivos francos en los pacientes drogodependientes, pero si es bastante habitual la presencia de síntomas depresivos en una gran variedad de situaciones que pueden influir en alguna medida en la aparición de recaídas.

La tendencia a la cronicidad y recaídas de la drogodependencia junto a los escasos recursos psicofarmacológicos disponibles para su tratamiento hace que deba tenerse en cuenta cualquier tratamiento que pueda reportar algún beneficio. En este sentido, los antidepresivos por sus diferentes perfiles farmacodinámicos constituyen fármacos de gran utilidad en estos pacientes. Constituyen el tratamiento de elección en aquellos casos en los que se detecte un trastorno depresivo, así como en aquellos en los que aparezcan síntomas depresivos aislados de cierta intensidad.

Por otro lado, los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) parece ser que reducen las conductas de autoadministración en estudios realizados en animales de experimentación (18), incluso se cree que disminuyen el deseo intenso por la droga (“craving”) y pueden disminuir el efecto euforizante de algunas sustancias. Además, estos fármacos han mostrado su utilidad en diversos trastornos relacionados con el control de impulsos (ludopatía, bulimia, etc...). La impulsividad es un rasgo que aparece con frecuencia en pacientes drogodependientes y hay que tener en cuenta que el trastorno límite de personalidad, uno de cuyos rasgos más característicos es la impulsividad, es uno de los que con mayor frecuencia se asocia a los trastornos adictivos.

Así mismo, el perfil sedativo de numerosos antidepresivos (amitriptilina, trazodona, mirtazapina, nefazodona, etc...) permite su uso en el control de los síntomas de ansiedad e insomnio evitando o reduciendo el empleo de benzodiazepinas, fármacos con un elevado riesgo de abuso por estos pacientes.

Por el contrario, los IMAO deben de evitarse

ya que el consumo simultáneo de estimulantes (bastante habitual en estos pacientes) puede desencadenar crisis hipertensivas graves.

Los antidepresivos clásicos provocaban importantes efectos secundarios por lo que eran mal tolerados y su uso más restringido, pero la aparición de los nuevos antidepresivos que carecen de esos efectos indeseables ha permitido una mayor difusión de sus uso. Por todo ello, los antidepresivos constituyen fármacos de gran utilidad en el tratamiento de pacientes drogodependientes con o sin síntomas depresivos asociados.

Bibliografía

1. Stowell RJ. Dual diagnosis issues. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 98-104.
2. Raskin VD, Miller NS. The Epidemiology of the Comorbidity of Psychiatric and Addictive Disorders: A Critical Review. *Journal of Addictive Diseases* 1993; Vol. 12, 3: 45-57.
3. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 620-625.
4. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorder: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1259-1264.
5. Pérez de los Cobos J, Casas M. Dependencia de opiáceos y psicopatología concomitante. En Cadafalch J, Casas M. "El paciente heroínómano en el Hospital General". Bilbao 1993; 149-167.
6. Velasco A. Investigación en drogodependencias, líneas concretas sobre receptores de membrana. *Adicciones* 1991; Vol. 2, 3: 251-257.
7. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2512.
8. Miller NS. Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorder: interactions and independent status. *Journal of Addictive Diseases* 1993; Vol. 12, 3: 5-16.
9. Khantzian EJ, Treecce C. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 1067-1071.
10. Milby JB, Sims MK, Khuder S, Schumacher JE, Huggins N et al. Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22: 95-107.
11. Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 107-113.
12. Kleinman PH, Miller AB, Millman RB et al. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1990; 178: 442-447.
13. Rounsaville BJ, Foley S, Carroll K et al. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 43-51.
14. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
15. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
16. Hirschfeld R, Goodwin FK. Trastornos del estado de ánimo. En: Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ancora, 1989. 401-438.
17. Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML. Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. *Br J Adict* 1992; 87: 179-187.
18. Carroll ME. y cols. "Fluoxetine reduces intravenous cocaine self-administration in rats". *Pharmac Biochem Behav*, 1990; Vol. 5: 234-237.

Correspondencia:

Domingo Miguel Arias
Hospital Marítimo de Oza
As Xubias, 84
15006 - A Coruña