

Trastornos psiquiátricos y alcoholismo

Emilio Sánchez Hervás¹, Noemi Molina Bou² y Alba Juan Chornet²

RESUMEN Existen numerosas evidencias en la literatura estableciendo una relación entre los trastornos derivados del uso de alcohol y otros cuadros psicopatológicos. La situación más frecuente en la práctica clínica cuando se trata a personas con problemas de bebida, es que se detecten una gran variedad de síntomas psicopatológicos acompañando a las respuestas típicas del abuso y la dependencia al alcohol. Los clínicos deben de sistematizar sus evaluaciones para establecer la relación entre dicha asociación y mejorar así sus intervenciones. En el artículo que se presenta a continuación se revisan los criterios que delimitan los trastornos inducidos por el alcohol y aquellos otros que tan frecuentemente aparecen asociados a ellos.

PALABRAS CLAVE Alcoholismo, Psicopatología, Trastorno psiquiátrico.

ABSTRACT Numerous evidences exist in the literature establishing a relationship between the derivad disorders of use of alcohol and other disorders psychopathologycs. The most frequent situation in the clinical pratique when it talks to people to drink problems is that they are detectad a great variety of syntoms psychopathologycs accompanying to the typical answers of the abuse an the dependence the alcohol. The clinical ones should systematize their evaluations to establish the relationship among this association and to improve the planning of the treatment. In the article that is presentad next, the approaches are revisad that define the disorders induced by alcohol those other ones that so frequently appear associated to them.

KEY WORDS Elderly, Quality of life, Lifestyle, Health, Residential environment, Assessment

INTRODUCCIÓN

Los problemas derivados del uso y abuso de alcohol constituyen uno de los principales problemas de salud en la sociedad actual. Dada la importancia del problema se ha producido en los últimos años un aumento de la investigación en torno a la evaluación y el tratamiento de las personas con problemas de bebida. La necesidad de contar con criterios objetivos para comprobar el modo en que consumimos alcohol, ha supuesto el desarrollo de nuevas técnicas de medida y procedimientos diagnósticos que contribuyen a mejorar el diseño de los tratamientos. Este avance en la evaluación ha permitido la realización de numerosos estudios que ponen de manifiesto evidencias que apuntan a la presencia de psicopatología en los usuarios de alcohol.

Inicialmente algunos autores entendieron que el deseo de bebida era el fruto de una dimensión obsesiva o impulsiva (Jellinek, 1960). Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo luchan por controlar sus ideas obsesivas, éstas a su vez producen ansiedad que los sujetos tratan de aliviar con comportamientos compulsivos. Según algunos autores

(Modell et al, 1990) este fenómeno sería similar al que ocurre con los sujetos alcohólicos cuando intentan controlar sus deseos de beber. Desde esta óptica podría considerarse la dependencia alcohólica como un trastorno en el control de impulsos, en el que el deseo de bebida se-

ción para determinar: a) son síntomas normales que ocurren durante la intoxicación o abstinencia; b) se trata de un trastorno psiquiátrico inducido o c) es un trastorno psiquiátrico dual, es decir, no inducido.

El término "diagnóstico dual" no está reconocido oficialmente en la nomenclatura de los sistemas de clasificación diagnóstica actuales (DSM y CIE). De forma general, podríamos decir que se refiere a aquellos sujetos que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. De forma más específica, el término se ha convertido en la actualidad en sinónimo de un tipo específico de comorbilidad diagnóstica, concretamente la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias (First y Gladis, 1993).

La relación existente entre los trastornos que conforman el diagnóstico dual, podría resumirse en dos presupuestos básicos (Pérez de los Cobos, 1996): por una parte, la posición defendida por Khanzian (1985), en lo que se conoce como "hipótesis de la automedicación". Para el autor, el uso de sustancias psicoactivas se iniciaría por parte de los sujetos como una forma de autotratamiento

TABLA 1: Trastornos inducidos por alcohol DSM-IV (APA, 1994).

Intoxicación
Síndrome de abstinencia
Delirium por intoxicación o por abstinencia
Trastorno amnésico crónico
Demencia
Trastorno psicótico con alucinaciones
Trastorno del humor
Trastorno de ansiedad
Disfunción sexual
Trastorno del sueño

ría equivalente a la ideación obsesiva y, la conducta de consumo se correspondería con el comportamiento compulsivo (Rubio y López, 1999).

La situación más frecuente en la práctica clínica es la de un paciente dependiente de alcohol en el que apreciamos determinados síntomas psicopatológicos. El clínico debe sistematizar su explora-

¹Unidad de Conductas Adictivas. Centro de Salud Catarroja · Avd. Rambleta s/n - 46470 - Catarroja - Valencia

²Colaboradoras U.C.A.

TEMES D'ESTUDI

trastornos psiquiátricos y alcoholismo

EMILIO SÁNCHEZ HERVÁS, NOEMI MOLINA BOU Y ALBA JUAN CHORNET

de un trastorno psiquiátrico previo. La elección del tipo de sustancia se basaría en sus efectos específicos sobre la automedicación. Frente a esta posición, se situaría el planteamiento de Miller (1993), según el cual los trastornos psiquiátricos serían una consecuencia del abuso de sustancias psicoactivas. Finalmente Meyer (1986), propone seis formas posibles de relación entre psicopatología y adicción a sustancias: 1) algunos trastornos del Eje I y II pueden ser considerados como factores de riesgo para el desarrollo posterior de conductas adictivas; 2) el trastorno psiquiátrico puede agravar el pronóstico general de una adicción; 3) la adicción a drogas puede ocasionar un trastorno psiquiátrico que a su vez puede remitir con la abstinencia a drogas; 4) la adicción a drogas puede ocasionar un trastorno psiquiátrico que persista más allá de la abstinencia a drogas; 5) la adicción a drogas puede aparecer como una forma de automedicación de un trastorno psiquiátrico previo y; 6) la adicción a drogas y el trastorno psiquiátrico pueden presentarse simultáneamente sin relación entre ambos.

El primer paso en el diagnóstico de patología dual es establecer la relación entre los síntomas psicopatológicos y el abuso o dependencia de alcohol. Si no existe ninguna relación, es decir si no hay pruebas de que haya consumido alcohol o que se trate de un síndrome de abstinencia debe indagarse en las características del síndrome psiquiátrico y orientar el diagnóstico en otro sentido. Si se constata que el sujeto presenta algún trastorno por el uso de alcohol debe investigarse si el cuadro presentado por el paciente puede relacionarse con lo que habitualmente aparece durante el síndrome de abstinencia o durante la intoxicación, o si por el contrario su gravedad puede adquirir la categoría de trastorno inducido o comórbido. En este primer paso son necesarias todas aquellas exploraciones que nos orienten sobre las repercusiones del alcohol sobre el funcionamiento corporal. Los datos aportados por la familia suelen ser de considerable importancia en estos casos.

El segundo paso consiste en diferenciar si la patología manifestada por el paciente aparece "normalmente" durante la intoxicación o abstinencia o se trata de síndrome

psiquiátrico que intentamos diagnosticar, así como averiguar, de forma lo más aproximada posible, en que momentos de la vida se cumplían criterios de dependencia alcohólica y/o del otro trastorno psiquiátrico. Los trastornos inducidos aparecen en el contexto de intoxicaciones o de la abstinencia, mientras que los independientes aparecen antes de la dependencia y/o en momentos en los que el sujeto está abstinentes o sin cambios importantes en su consumo. En los segundos suele haber antecedentes familiares del mismo trastorno, no ocurriendo así en los inducidos. Además en el caso de un trastorno inducido, sus síntomas tienden a desaparecer con la abstinencia o cuando desaparece la intoxicación, no ocurriendo así con los trastornos psiquiátricos independientes.

Trastornos inducidos

Los trastornos inducidos por el alcohol según criterios DSM-IV (APA, 1994) aparecen en la tabla 1. Los más frecuentes en la clínica son la intoxicación y el síndrome de abstinencia cuyos criterios aparecen en las tablas 2 y 3.

Otros trastornos como el deterioro cognitivo, los trastornos psicóticos, los trastornos de ansiedad, afectivos, sexuales y del sueño suelen estar presentes en los pacientes que acuden a tratamiento y requerirán un diagnóstico diferencial para distinguirlos de los trastornos independientes.

Patología dual y alcoholismo

La prevalencia de los trastornos duales es variable, en algunos casos suelen presentarse antes de la dependencia alcohólica y son considerados por algunos autores como predisponentes de la misma. Pueden aparecer una vez que la dependencia está establecida o en etapas tardías de la misma, en estos casos se tiende a considerar la dependencia como factor de vulnerabilidad para dichos trastornos.

El motivo principal para efectuar una evaluación diagnóstica detallada de los casos de diagnóstico dual es, para Osher y

TABLA 2: Criterios de intoxicación por alcohol DSM-IV (APA, 1994).

- A. Ingestión reciente de alcohol
- B. Cambios psicológicos desadaptativos clínicamente significativos que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 1. Lenguaje farfullante.
 2. Incoordinación.
 3. Marcha inestable.
 4. Nistagmo.
 5. Deterioro de la atención o de la memoria.
 6. Estupor o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

mes comórbidos inducidos. No existen criterios para distinguirlos, salvo la experiencia clínica que permite valorar dichos síntomas como "más graves de lo que habitualmente podrían observarse" durante la intoxicación o la abstinencia. De ser así hay que pensar en un trastorno inducido.

El tercer paso permitirá diferenciar si se trata de un trastorno inducido o independiente. En este punto los datos de mayor ayuda clínica son el establecimiento de

TABLA 3: Criterios de abstinencia por alcohol DSM-IV (APA, 1994).

- A. Interrupción o disminución del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A:
 1. Hiperactividad autonómica
 2. Temblor distal de las manos
 3. Insomnio
 4. Náuseas y vómitos
 5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias
 6. Agitación psicomotora.
 7. Ansiedad.
 8. Crisis comiciales de gran mal.
- C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

la cronología de los trastornos y la presencia de los determinados factores que se asocian a los trastornos psiquiátricos independientes. Es necesario establecer una línea temporal de ambos trastornos, el de la dependencia y el del síndrome

Kofoed (1989), su importante implicación pronóstica y terapéutica. En este sentido los pacientes con diagnóstico dual presentan, de forma característica, una mayor dificultad de tratamiento y un peor pronóstico.

Un diagnóstico adecuado y preciso puede tener consecuencias terapéuticas positivas en la estrategia terapéutica a utilizar. En los pacientes con un trastorno psiquiátrico primario y un trastorno por uso de alcohol secundario, el abordaje terapéutico óptimo consiste (First y Gladis, 1993) en tratar la patología psiquiátrica porque es de esperar que, una vez solucionado el trastorno psiquiátrico, el abuso de alcohol mejorará espontáneamente o presentará una mejor respuesta al tratamiento. Por el contrario, en los pacientes con un abuso de alcohol primario y trastorno psiquiátrico secundario, el tratamiento del abuso de alcohol puede dar como resultado la desaparición de los síntomas psiquiátricos.

La reticencia de algunos individuos para admitir el uso y/o abuso de distintas sustancias y la tendencia de algunos de ellos a minimizar sus problemas psicológicos, pueden según McLellan y Druley (1977), dificultar la identificación del diagnóstico dual. Se hace necesario por parte del clínico el realizar una evaluación detallada que incluya análisis toxicológicos de orina, uso de entrevistas, revisión si es posible de historiales clínicos antiguos, e información detallada por parte de miembros de la familia, e incluso pedir información a antiguos terapeutas.

Una consideración con respecto al diagnóstico de este tipo de pacientes, es la necesidad de observar a éstos durante un período de tiempo comprendido entre tres y seis semanas, en los que el sujeto este abstinentemente a la sustancia de abuso. La razón de ello es que las posibles señales que pueden alertar sobre la presencia de trastornos mentales estén enmascaradas por el abuso de sustancias (los pacientes se presentan con frecuencia en estado de intoxicación, o bajo los efectos del síndrome de abstinencia).

Trastornos del estado de ánimo

Algunos autores señalan que la asociación abuso de alcohol-trastorno afectivo es la más frecuente en las personas con pro-

blemas de bebida. El abuso de alcohol y los trastornos afectivos confluyen en varios lugares. En algunos casos la depresión precede al alcoholismo y en otros ocurre lo contrario. Entre los factores predisponentes para la aparición de episodios depresivos en dependientes del alcohol se han considerado: sexo femenino, historia familiar de trastornos afectivos, comienzo temprano de su consumo abusivo de alcohol, divorciados, nivel socioeconómico bajo, antecedentes personales de algún trastorno de ansiedad, uso de otras drogas, e intentos de suicidio (Rubio y Santodomingo, 1999).

Existe bastante literatura que relaciona depresión y alcoholismo (Richman et al, 1980; Schukit, 1985; Van Hasselt, 1993; Neff, 1993; Plans y col, 1999, Sánchez Hervás y col, 2000).

Se han encontrado más síntomas depresivos entre bebedores abusivos y abstinentes, y menor sintomatología en bebedores moderados (Doy y Leonard, 1985). Cuando aparecen depresiones secundarias, es decir, aparecidas como cuadro clínico cuando ya existía un abuso de alcohol, parecen diferir de las depresiones de las personas no alcohólicas o primarias dentro del alcoholismo, en el sentido de una menor severidad de los síntomas (Schukit, 1985). En los hombres las depresiones secundarias al alcoholismo son bastante más frecuentes que entre las mujeres, donde es más frecuente ver que la depresión precede al alcoholismo (Goodwin, 1982). La explicación podría ser que al comenzar el alcoholismo más tardíamente en la mujer, aumentan las posibilidades de que aparezca una depresión antes.

Parece que los alcohólicos con depresión comenzaron su cuadro de dependencia a una edad más temprana y la sintomatología alcohólica se instauró con mayor rapidez que en el caso de los alcohólicos sin sintomatología psiquiátrica asociada (Hesselbrock, 1987).

Neff (1993), en un estudio triétnico con 1784 sujetos, examina la función del alcohol en el estrés vital y los síntomas depresivos, encontrando que los efectos amortiguadores del alcohol son más pronunciados entre los varones, en relación a los acontecimientos de estrés y la depresión.

Sayette (1993), en un trabajo con bebedores sociales evalúan el efecto del alcohol sobre la respuesta emocional a los factores de presión social, y encuentran que los sujetos que se encontraban intoxicados en el momento de la prueba, mostraban niveles más altos de ansiedad y depresión.

El humor triste es un sentimiento frecuente en los dependientes del alcohol, además es un factor importante para la búsqueda de tratamiento. Los trastornos depresivos se caracterizan por la existencia de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, junto a una disminución de la vitalidad. Esta sintomatología dura al menos dos semanas y suele acompañarse de dificultades en la concentración, sentimientos de baja autoestima, ideas de culpa, ideas de suicidio, alteraciones del sueño y del apetito. Estas manifestaciones sufren fluctuaciones a lo largo del día, aunque es posible que los pacientes se sientan peor por las mañanas. La gravedad de la sintomatología es variable y vendrá dada fundamentalmente por el grado de discapacidad que produce la depresión en la vida del sujeto y por la existencia de síntomas como las ideas delirantes o las ideas de suicidio persistentes (Rubio y Santodomingo, 1999). No hay síntomas que nos permitan discriminar los episodios depresivos aparecidos en los alcohólicos de los no dependientes. Las clasificaciones actuales distinguen los trastornos unipolares, los bipolares y la distimia. Los primeros se caracterizan por la presencia de episodios depresivos, mientras que los segundos intercambian episodios de manía. La distimia se caracteriza por la cronificación del estado depresivo (más de dos años).

Trastornos de ansiedad

La sintomatología ansiosa es frecuente en los dependientes a alcohol. Algunos autores consideran con 1 de cada 3 pacientes alcohólicos presentan síntomas de ansiedad y que la presencia de los trastornos de ansiedad eleva el riesgo para el alcoholismo hasta más de cuatro veces el presente en la población general. Determinados trastornos de ansiedad pueden representar un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del alcoholismo. El alcohol sujeto

TEMES D'ESTUDI

trastornos psiquiátricos y alcoholismo

EMILIO SÁNCHEZ HERVÁS, NOEMI MOLINA BOU Y ALBA JUAN CHORNET

ansioso o con fobias sociales puede aprender a utilizar el alcohol por sus efectos ansiolíticos o desinhibitorios. El uso continuado de alcohol genera importantes estados de ansiedad y agrava la sintomatología ansiosa previa.

Los trastornos de ansiedad inducidos por el alcohol suelen presentarse en forma de crisis de angustia o de ansiedad generalizada, pero remiten con la abstinencia. La existencia de trastornos ansiosos previamente al desarrollo de los problemas por alcohol o la persistencia de los mismos tras varias semanas de abstinencia son indicativos de la coexistencia de ambos trastornos. En estos casos, la presencia de crisis de angustia que se repiten de forma inesperada son la clave para el diagnóstico del trastorno de angustia. Cuando el sujeto evita lugares o situaciones por temor a que se repitan allí las crisis puede hacerse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Si la ansiedad no se presenta en forma de crisis sino que es persistente y se acompaña de gran preocupación por diferentes acontecimientos, orienta hacia el trastorno de ansiedad generalizada. La existencia de ideas obsesivas y/o de compulsiones son la clave para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Algunos estudios recientes realizados en nuestro país, concluyen la presencia de psicopatología ansiosa en sujetos alcohólicos. Cuadrado (1998), estudia la evolución de un grupo de alcohólicos en tratamiento (n=161). El autor señala que más de un 90% de los pacientes presentaban complicaciones psíquicas y/o somáticas. Ochando y col (1999), en un estudio en el partici-

pan 104 pacientes, encuentran que el 31,8% de ellos presentan indicadores de hipocondría, el 28,6% indicadores de desviación psicopática e indicadores de componentes obsesivo-compulsivos. Sánchez Hervás y col (2000) encuentran síntomas obsesivos, de ansiedad y ansiedad fóbica en una muestra de dependientes que acuden a tratamiento.

Otros trastornos

Otros trastornos aunque con menor frecuencia que los trastornos del estado de

(Rubio y Santodomingo, 1999). De Vicente y col (1999) hallan un 56% de alcohólicos estudiados en su muestra con diagnóstico de trastorno de personalidad.

El significado de la comorbilidad entre el TAP y la dependencia al alcohol no es claro. Se ha señalado que las características psicológicas y biológicas de los primeros, explicarían una mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas por el alcohol, aunque los datos no son concluyentes, puesto que determinadas conductas inducidas por el consumo habitual de alcohol pueden ser

interpretadas como antisociales y explicar así la elevada asociación de ambos diagnósticos. Los resultados sobre la influencia del TAP sobre la evolución del alcoholismo indican que los sujetos con ambos trastornos comienzan antes los problemas por el alcohol y tiene peor pronóstico.

Otro grupo de trastornos en los que se ha señalado la existencia de

dependencia del alcohol son los trastornos de la conducta alimentaria, en especial con la anorexia y la bulimia nerviosa. En el estudio de Eckert y cols. (1979) se encontraba que la prevalencia a lo largo de la vida para alcoholismo en pacientes con anorexia nerviosa era del 6,7%. También se han encontrado mayores tasas de alcoholismo en familiares de primer grado de anorexia nerviosa que en controles. No obstante, en estudios de seguimiento de pacientes con anorexia nerviosa no se ha encontrado una asociación significativa entre ambos diagnósticos. La prevalencia de problemas por alcohol en pacientes bulímicas varía del 9-49% (Goldbloom, 1993).

TABLA 4: Trastornos psiquiátricos en dependientes a alcohol.

Trastornos inducidos por el alcohol	Prevalencia a lo largo de la vida	Trastornos no inducidos o duales
Intoxicación	100%	
Síndrome de abstinencia	100%	
Síndrome de abstinencia complicado (delirium tremens)	5%	
Trastornos con deterioro cognitivo crónico	9%	
Trastornos depresivo inducido	No hay datos	
Trastorno de ansiedad inducido	No hay datos	
	30-50%	Trastornos depresivos
	< 20 %	Trastornos de ansiedad
	23%	Tr. Por déficit de atención
	14-25%	Tr. Personalidad antisocial
	30%	Tr. De la alimentación (incluye obesidad, anorexia, bulimia y desnutrición)
	3,8%	Esquizofrenia

Santodomingo y Rubio (1999)

ánimo y los trastornos de ansiedad también están presentes en los dependientes a alcohol.

Por lo que respecta a los trastornos de personalidad, el que más se ha relacionado con el alcoholismo es el trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Su prevalencia en la población general se aproxima al 4%, aunque más de dos tercios de ellos presenta algún abuso o dependencia de drogas. En los sujetos con problemas por alcohol las tasas de prevalencia de TAP son del 15-25%, mientras que en sujetos con TAP la prevalencia de abuso/dependencia del alcohol oscilan entre el 50-75%

Por otra parte, casi un tercio de pacientes con problemas por el alcohol que acuden a tratamiento refieren algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria (Lacey, 1993).

En cuanto a los trastornos psicóticos, los que más frecuentemente se observan en dependientes del alcohol son la esquizofrenia y el delirio de celos o celopatía alcohólica. El delirio de celos no se recoge en el apartado de inducido por el alcohol porque no se ha demostrado la etiología alcohólica. La esquizofrenia es un trastorno que se diagnostica en el 3,8% de los sujetos con problemas por el alcohol. También los sujetos diagnosticados de esquizofrenia tienen una prevalencia del 22% para el abuso y/o dependencia del alcohol (Duke y col, 1994). La elevada prevalencia puede deberse a que los sujetos con esquizofrenia utilizan el alcohol para disminuir su ansiedad u otros sentimientos desagradables; en algunos ambientes marginales donde se desenvuelven los pacientes con esquizofrenia, el consumo de alcohol y otras drogas es frecuente, por último, pueden utilizar el alcohol para mitigar determinados efectos secundarios del tratamiento para su esquizofrenia.

Otro de los trastornos que en los últimos años se asocia frecuentemente con el abuso de alcohol es el juego patológico. Los datos sobre prevalencia de juego patológico en individuos con problemas de alcohol oscilan del 15-55% (Bombín, 1994). Esta asociación ha sido explicada como la expresión de un mismo fenómeno: la conducta adictiva a lo largo de un proceso evolutivo. Más información sobre esta asociación puede encontrarse en una revisión reciente (Sánchez Hervás, 1999).

Señalar finalmente que algunos autores consideran que algunos sujetos que abusan de sustancias y acuden a tratamiento tienen antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Alcohol y abuso de otras sustancias

Es bastante frecuente que los paciente tengan problemas con más de una droga. Es raro encontrar a un paciente que únicamente tome alcohol. El alcohol puede potenciar los efectos de otras drogas y también suele ser utilizado para paliar algu-

nos efectos secundarios provocados por otras sustancias. Las drogas que con mayor frecuencia se asocian al consumo de alcohol son la nicotina, la cocaína, los opiáceos y las benzodiacepinas.

Algunos estudios señalan que la prevalencia de abuso/dependencia de alcohol entre quienes tienen problemas por la cocaína es del 84% (Regier y cols., 1990). Entre quienes utilizan la cocaína, el alcohol suele ser utilizado para prolongar los efectos euforizantes de la primera, para mitigar los estados de ansiedad o paranoia producidos por la droga o para combatir la disforia que aparece durante el síndrome de abstinencia por la cocaína. La coexistencia de ambos problemas se ha intentado explicar por un metabolito, el cocaetileno, generado por la combinación de cocaína y etanol. La coexistencia por problemas por ambas drogas empeora el pronóstico.

La prevalencia de abuso/dependencia de alcohol entre los dependientes de los opiáceos es del 65%. En la historia de consumo de estos pacientes, el abuso de alcohol suele preceder al uso de opiáceos. Una vez que se estabiliza el uso de opiáceos, disminuye la ingesta etílica. El abuso de alcohol volverá a ponerse en evidencia durante los períodos de abstinencia. Los sujetos que durante la abstinencia a opiáceos desplazan su consumo hacia el alcohol suelen haber tenido problemas con el alcohol antes que con los opiáceos y en ellos son frecuentes los problemas de disrupción familiar, problemas legales y la presencia de trastornos psiquiátricos.

Entre los sujetos con tratamiento con metadona la prevalencia de problemas por alcohol varía del 20-50%. El bloqueo de los opiáceos producido por la metadona puede explicar que busquen otras drogas como el alcohol.

Las personas con problemas de alcohol tienen cuatro veces más riesgo de desarrollar abuso o dependencia de benzodiacepinas.

Discusión

Algunos autores sugieren la necesidad de plantearse que en aquellos sujetos que fracasan repetidamente en los programas de tratamiento de deshabituación a drogas, la posibilidad de que exista un trastorno co-

existente que no haya sido diagnosticado. Lehman (1996), apunta a la necesidad de que los profesionales que trabajan en centros específicos de drogodependencias consideren la posibilidad de que los sujetos que demandan atención en sus unidades puedan presentar, además del diagnóstico por abuso de sustancias, un trastorno coexistente. Por otra parte, apunta el mismo autor, los profesionales de los centros de salud mental deberían considerar que algunos de los pacientes que son diagnosticados con trastornos psiquiátricos, presentan además un abuso de sustancias psicoactivas encubierto, que puede ser la causa de la sintomatología psiquiátrica.

La mayoría de clínicos e investigadores coinciden en la importancia del diagnóstico de la psicopatología asociada al abuso de sustancias químicas, no obstante no existe el mismo grado de acuerdo en lo que al procedimiento diagnóstico se refiere. Para Meyer (1986), una de las mayores dificultades en el diagnóstico psicopatológico radica en el hecho de que los síntomas del abuso crónico de sustancias a menudo son similares a los síntomas del trastorno afectivo. El uso adecuado de los métodos de evaluación, la realización de un diagnóstico preciso y la pericia del clínico para detectar las señales que indiquen la presencia de otros trastornos además del trastorno por abuso y dependencia posibilitará un mejor pronóstico y un tratamiento más eficaz.

Referencias Bibliográficas

Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-IV*. Ed. Masson.

Bombín, B.: *Estudio sobre las adicciones sociales*. Valladolid. CETRAS, 1994.

Cuadrado, P. (1998): "Evolución de la dependencia alcohólica en tratamiento. Factores predictivos en un seguimiento de 5 a 7 años". *Adicciones*, vol 10 n° 4: 335-341.

Day, N. y Leonard, K. (1985): "Alcohol, drug use and psychopathology in general population". En *Alterman A. I.* ed. *Substance Abuse and psychopathology*. New York: Plenum.

TEMES D'ESTUDI

trastornos psiquiátricos y alcoholismo

EMILIO SÁNCHEZ HERVÁS, NOEMI MOLINA BOU Y ALBA JUAN CHORNET

- De Vicente, P.; Sánchez, N.; Ochando, B.** (1999): "Prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con dependencia alcohólica". *Trastornos Adictivos*, vol 1, n° 3-4. Comunicación presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías.
- Duke, P.; Pantells, C.; Barnes, T.R.E.**: South Westminster Schizophrenia Survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164; 630-6.
- Eckert, E.D.; Goldberg, S.C.; Halmi, K.A.; Casper, R.C.; Davis, J.M.**: Alcoholism in anorexia nervosa. En: *Pickens, R.W. y Heston, L.L. (eds). Psychiatric Factors in Drug Abuse*. New York, Grieve and Straton, 1979, 143-167.
- First, M.B. y Gladis, M.M.** (1993): "Diagnosis and differential diagnosis in dual patients". En: *Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment, Training and Progtain Development*. Solomon, J Zimberg, S. y Shollar, E. (eds). New York. Plenum Press.
- Goldbloom, D.W.**: Alcohol misuse and eating disorders: aspects of an association. *Alcohol and alcoholism* 1993; 28: 375-381.
- Goodwin, D.W.** (1982): "Alcoholism and effective disorders. The basic questions". En *Alcoholism and clinical psychiatry*. Editado por Solomon. New York, Plenum Medical book company.
- Hesselbrock, M.N.** (1987): "Psychopathology asa predictor of treatment outcome in alcoholics". *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 505-513.
- Jellinek, E.M.** (1960): "The disease concept of alcoholism". New Haven CT, College and University Press.
- Khantzian, E.J.** (1985): "The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence". *American Journal of Psychiatry*, 142: 1259-1264.
- Lacey, J.H.**: Self-damaging and behaviour in bulimia nervosa. *British Journal in Psychiatry* 1993; 163: 190-4.
- Lehman, A.** (1996): *Heterogeneity of person and place: assesing concurring addictive and mental disorder*. *Am. J. Psychiatry*, 66: 32-41.
- McLellan, A.T. y Druley, K.A.** (1977): "Non-random relationship between drugs of abuse and psychiatric diagnosis". *Journal of Psychiatry Research*, 13: 179-184.
- Miller, N.S.** (1993): "A tale of two diagnoses: revisited". *Journal of Addictive Disease*, 12(3): 1-3.
- Modell, J.G.; Mountz, J.M.; Beresdoft, T.** (1990): "Basal ganglia/limbic striatal and thalamocortical involvement in craving and loss control in alcoholism". *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosciencie* 2: 123-144.
- Neff, J.A.** (1993): "Lite stressors, drinking patterns, and depressive symptomatology: ethnicity and stress-buffer effects of alcohol". *Addictive Behavior*, val 18: 373-387.
- Ochando, B.; De Vicente, P.; Valderrama, J.** (1999): "Estudio de la adhesión a tratamiento de pacientes con síndrome de dependencia alcohólica". *Trastornos Adictivos*, val 1, n° 3-4. Comunicación presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías.
- Osher, F.C. y Kofoed, L.L.** (1989): "Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders". *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1025-1030.
- Pérez de los Cobos, J. y Casas, M.** (1993): "Dependencia de opiáceos y psicopatología concomitante". En: *El paciente heroínmano en el hospital general*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Plans, J.; Parcevisas, J.; Reig, S.** (1999): "Estudio sobre depresión en pacientes alcohólicos". *Trastornos Adictivos*, val 1, n° 3-4. Comunicación presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías.
- Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, O.S.; Locke, B.Z.; Kelt, S.L.; Judd, L.L.; Goodwin, F.K.**: *Comorbidity of mental disorders with alcohol or other drug abuse*. *JAMA* 1990; 264 2511-18.
- Richman, S.A.; Tichman, M.; Fine, E.W.** (1980): "Psychosocial differences between mole and female alcoholics". En: *Glanter M, ed. Currents in alcoholism*. New York.
- Rubio, V. y Santodomingo, C.** (1999): "Guía práctica de intervención en el alcoholismo". Agencia Antidroga. Madrid.
- Rubio, G.; López, M.** (1999): "Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles". *Adicciones*, val 11, n° 1: 7- 15.
- Sánchez-Hervás, E.; Tomás, V.; Morales, E.** (2000): "Síntomas psicopatológicos en un grupo de alcohólicos". *Centro de Salud*, val 8, n°3, pp: 176-180.
- Sánchez-Hervás, E.** (1999): "Alcoholismo y juego patológico". *Informació Psicològica*, n°70, pp 4-8.
- Sánchez-Hervás, E.; Tomás, V.; Climent, A.** (1999): Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*, 11(3): 221-227.
- Sánchez-Hervás, E.; Morales, E. y Tomás, V.** (2000): "Gravedad de la psicopatología en usuarios de drogas". *Psiquiatría Biológica*, val 7, n°3, pp: 95-99.
- Santodomingo, C. y Rubio, V.** (1999): "Guía práctica de intervención en el alcoholismo". Agencia Antidroga. Madrid.
- Sayette, M. A.** (1992): "The effect of alcohol on emotional response to a social stressor". *J. of Studies on Alcohol*, val 53 (6).
- Schukit, M.** (1985): "The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholism". *Arch. Cien Psychiatry*, 137: 1043- 1049.
- Van Hasselt, V.B.** (1993): "Social skills and depression in adolescent substance abusers". *Addictive Behavior*, val 18: 9-18. ©