

PSICOTERAPIA CLÍNICO TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL

THERAPEUTIC CLINICAL PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS

Autor:

Villamor Ruiz, E.M. ⁽¹⁾; Gómez Coca, S. ⁽²⁾; Ortiz Fernández, S. ⁽³⁾

Institución:

⁽¹⁾ Servicio Andaluz de Salud. elenavillamor.r@gmail.com

Resumen:

Introducción: El presente trabajo está focalizado en la llamada patología dual (PD) y trastorno bipolar (TB) asociado a un trastorno por uso de sustancias (TUS). El término diagnóstico dual indica la coexistencia de dos trastornos que pueden o no ser independientes, aunque deben estar relacionados.

A pesar de que tanto los psiquiatras que tratan a pacientes con TB como los médicos que tratan a los pacientes con TUS encuentran frecuentemente esta asociación; lamentablemente las publicaciones que exploran la PD son escasas.

El objetivo: Establecer un consenso en las pautas de actuación para el tratamiento de la patología dual mediante un enfoque clínico-terapéutico.

Material y Métodos: Se realizó una revisión del material publicado mediante una búsqueda bibliográfica en Medline y seleccionó los artículos relevantes publicados hasta el momento; a continuación se llevó a cabo un consenso de expertos y finalmente se realizó una encuesta a expertos en PD para responder a las áreas que no estaban suficientemente cubiertas por la evidencia científica o en las cuales no se llegó a un consenso dentro del grupo de trabajo.

Resultados: En general, BD está infradiagnosticada en cuidados primarios; y hay una SUD asociado en una significativa proporción de los pacientes diagnosticados de BD, lo que complica el diagnóstico, aún más. Los pacientes que presentan BD y SUD comorbilidad desarrollan un cuadro más grave (con la ansiedad, mixta o disfóricomanía y ciclos rápidos) que los pacientes que sólo tienen BD.

En cuanto a la gravedad de los síntomas, BD es menos grave en pacientes que comienzan con el abuso o dependencia del alcohol y luego desarrollar BD que en aquellos que comienzan con BD. En Además, los primeros tienden a tener una recuperación más rápida.

Conclusión: Se concluye que en las actuales circunstancias el establecimiento de un consenso constituye una herramienta muy útil para complementar la evidencia científica existente.

Palabras clave: Trastorno bipolar. Dependencia de sustancias. Patología dual. Consenso de expertos. Evidencia científica.

Abstract:

Introduction: This paper is focused in dual diagnosis (PD) and bipolar disorder (BD) associated with a disorder substance use (TUS). The term dual diagnosis indicates the coexistence of two disorders that may or may not be independent, but they must be related.

Although psychiatrists who treat patients with TB and doctors who treat patients with TUS often find this association; unfortunately publications that explore the PD are scarce.

The goal: To establish a consensus on the action guidelines for the treatment of dual diagnosis by clinical-therapeutic approach.

Material and Methods: A review of published material was performed using a Medline search and selected relevant articles published so far; then he took out a consensus of experts and finally a survey of experts was conducted in PD to respond to areas that were not adequately covered by scientific evidence or which did not reach a consensus within the working group.

Results: Overall, BD underdiagnosed in primary care; and there is an associated SUD in a significant proportion of patients diagnosed BD, which complicates the diagnosis, even more. Patients presenting BD and comorbidity SUD develop a more severe symptoms (with anxiety, mixed or dysphoric mania and fast cycles) than patients who only have BD.

Regarding the severity of symptoms, BD is less severe in patients starting with alcohol abuse or dependence and then develop BD than those who start with BD. In addition, the firsts tend to have a faster recovery.

Conclusion: We conclude that in the present circumstances the establishment of a consensus is a useful tool to complement existing scientific evidence.

Key words:

Bipolar disorder. Substance dependence. Dual diagnosis. Expert consensus. Scientific evidence.

INTRODUCCIÓN

El término diagnóstico dual indica la coexistencia de dos trastornos que pueden o no pueden ser independientes, aunque deben ser relacionados. Se utiliza comúnmente para referirse a la presentación simultánea de un trastorno por uso de sustancias (SUD) y otro trastorno mental. El presente trabajo estudia diagnóstico dual relacionada con el trastorno bipolar (TB). (Krishnan, K. R. R, 2005).

La prevalencia de la BD, utilizando la más amplia definición de esta enfermedad (espectro bipolar) sería de entre 5% y el 7% de la población general. En relación con el diagnóstico dual asociado a este trastorno, ya se ha descrito en el estudio de Captación Epidemiológica (Akiskal, H. S., et al, 2005).

Estudio de la zona (ECA) indica que el 60,7% de los sujetos con trastorno bipolar tipo I tenía una comorbilidad por SUD. Este porcentaje supera a la de cualquier otro trastorno psiquiátrico, incluyendo el trastorno bipolar tipo II, que también tiene comorbilidad alta, y sólo es superado por la personas con trastorno antisocial. (Regier, D. A, et al, 1990). Estas tasas de comorbilidad aumentan significativamente si los casos más benignos y leves de BD o trastorno ciclotímico que a menudo se producen de forma subclínica o con síntomas sub-umbral, se tienen en cuenta. Estas imágenes afectivas puede ocurrir, y de hecho a menudo hacer, comorbilidad con trastornos por el uso de sustancias, son generalmente, en la práctica clínica, considerado, diagnosticados y tratados exclusivamente como abuso de sustancias o dependencia, con vistas a la presencia de trastorno afectivo, lo que reduce diagnóstico y las posibilidades terapéuticas. Esto indica la elevada prevalencia del doble trastorno de BD y SUD, es por eso que tiene importancia clínica el cuidado de la salud. (Merikangas, K. R., et al, 2007). De acuerdo con los datos proporcionados por el Observatorio Europeo de las Drogas y Adicciones, indica que la tasa de prevalencia de consumo de cocaína en los adultos jóvenes (de 15 a 34 años) europeos coloca a España prácticamente en el mismo nivel que Rusia y los Estados Unidos (4,6%), muy por encima de la media para la Unión Europea (1,8%). (Herrero, M. J., et al, 2011). Se observan datos similares respecto al uso de anfetaminas, éxtasis o cannabis. Este hecho podría apoyar la especial relevancia del problema en nuestro país e indirectamente «hacer que sea posible extrapolar» su repercusión en el diagnóstico dual. Las causas de esta comorbilidad han sido objeto de diferentes hipótesis, entre las que la impulsividad, considerada por diferentes autores como una dimensión psicopatología subyacente en todos los períodos de enfermedad bipolar, es una de las más relevantes. Impulsividad también se identifica como un primordial factor en SUD. Por otra parte, ambos trastornos, BD y SUD, podría representar manifestaciones de una única diátesis genética (Swann, A. C, et al, 2001).

Los pacientes que sufren esta patología dual tienen, por supuesto, peor clínica, ya que tienden a tener una mayor cronicidad, tienen síntomas que son más difíciles de tratar, tales como los del tipo afectivo mixto, y finalmente tienen una mayor frecuencia de ciclos rápidos y hospitalización. (Winokur, G., et al, 1995).

Por otra parte, estos pacientes tienen un mayor riesgo de suicidio durante su tiempo de vida en comparación con los pacientes con TB sin abuso o dependencia de sustancias (39,5% frente 23,8%, respectivamente). Todos estos factores ponen de relieve la importancia de una evaluación diagnóstica adecuada y completa de este doble diagnóstico y de llevar a cabo un programa de tratamiento individualizado, teniendo en cuenta todos los trastornos comórbidos, sus interrelaciones y sus implicaciones pronósticas, de cara al objetivo final de lograr un tratamiento en estos pacientes que proporcionaría la mejor eficacia terapéutica posible. (Kranzler, H. R., et al, 1996).

En este contexto, una guía clínica se elaboró usando la metodología de la revisión exhaustiva de la evidencia científica. Cuando no había ninguna base fáctica para las recomendaciones, el consenso se obtuvo de los expertos clínicos sobre las actitudes clínico-terapéuticas en pacientes en los que hay coexistencia de BD y SUD (abuso o dependencia). (Goldberg, J. F, et al, 1999).

El objetivo de este estudio fue establecer un consenso en las pautas de actuación para el tratamiento de la patología dual mediante un enfoque clínico-terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión del material publicado mediante una búsqueda bibliográfica en Medline y seleccionó los artículos relevantes publicados hasta el momento; a continuación se llevó a cabo un consenso de expertos y finalmente se realizó una encuesta a expertos en PD. Un grupo de trabajo con experiencia en el manejo del diagnóstico dual, fue formado para llevar a cabo este estudio y realizaron un total de tres reuniones. Durante la primera reunión, los aspectos clínicos más importantes del diagnóstico dual se definieron sobre la base de la experiencia en sí del grupo de trabajo y una búsqueda bibliográfica realizada previa a la reunión. Por otra parte, los artículos fueron discutidos basados en la evidencia científica que proporcionaron. Durante la segunda reunión, celebrada dos meses después, la encuesta fue dirigida a una selección de profesionales con experiencia en el manejo de este trastorno y en base a los puntos de interés generados durante la primera reunión fueron discutidos y aprobados.

Durante las siguientes semanas, las encuestas fueron enviadas a los profesionales y se realizó el análisis estadístico correspondiente. La reunión final se llevó a cabo trascurridos cuatro meses de la segunda reunión. En él, se

presentaron los resultados, y se analizaron mediante el grupo de trabajo y las recomendaciones fueron incorporadas.

Es importante destacar que durante las tres reuniones de trabajo, siempre que no hubo consenso, la unanimidad se buscó en los criterios por acuerdo de todos los participantes. Si no se pudo obtener este consenso después de la discusión, la propuesta fue retirada.

Presentación de los resultados

Los resultados del grupo de trabajo se presentan en diferentes secciones de acuerdo a la disponibilidad de los resultados en la siguiente orden:

- 1º La evidencia científica
- 2º El consenso de expertos
- 3º Los resultados de la encuesta

Cuando la evidencia científica era sólida (evidencia nivel A), no se consideró necesario recurrir a cualquier tipo de consenso o encuesta. Por esta razón, en ciertas secciones, ni los resultados del consenso o la encuesta que acompaña a los hallazgos de las pruebas están incluidos. Las conclusiones de este proyecto han sido expresadas en forma de recomendaciones que tienen como objetivo directrices de forma que determinan la acción clínica en la gestión de los pacientes que tienen una presentación concomitante de BD y SUD. La fuerza de las recomendaciones se ha clasificado de acuerdo con los siguientes criterios: por un lado, la grado de evidencia científica que los soporta (publicaciones) y, por otro lado, cuando dijo que la evidencia no existe o no cumple los requisitos para ser considerada como el nivel A o B, de acuerdo con la opinión clínica del grupo de trabajo y la encuesta respondida por los expertos en esta patología dual.

Un análisis descriptivo fue hecho de relativa y acumulativa frecuencias para cada una de las preguntas de la encuesta. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS (versión 12).

RESULTADOS

Diagnóstico

Evidencia científica

Las siguientes tres declaraciones tienen un nivel A de recomendación: En general, BD está infradiagnosticada en cuidados primarios; y hay una SUD asociado en una significativa proporción de los pacientes diagnosticados de BD, lo que complica el diagnóstico, aún más (Das, A. K., et al, 2005). Como se sabe, el abuso de determinadas sustancias estimulantes pueden causar síntomas que son no diferenciados de manía o hipomanía durante el tiempo

que el fármaco tiene un efecto farmacológico. (Brady, K. T, 1995). Finalmente, la retirada propia de algunas sustancias estimulantes pueden producir síntomas depresivos, como también se observa en la abstinencia en el alcohol, en el que pueden persistir los síntomas depresivos de dos a cuatro semanas (Brown, E. S, 2001).

Depresión

El consenso de expertos

La depresión en los pacientes con TB se evalúa con SUD los mismos instrumentos y escalas específicas de depresión utilizados en pacientes con TB (nivel de evidencia - consenso de expertos [b]).

Encuesta

En la opinión de la mayoría de los encuestados, se necesitan cuatro semanas en condiciones ideales para descartar que una depresión se ha producido o inducido por una sustancia en los pacientes SUD con y sin ningún conocimiento previo de BD. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, la decisión es hecha, generalmente a las 2 semanas. En presencia de BD con diagnóstico dual, los períodos necesarios para descartar dicha asociación siguen siendo el mismo. Para cuantificar la depresión en pacientes con BD y SUD, la mayor parte de los encuestados utilizan las escalas habituales para la evaluación de BD.

Manía

El consenso de expertos

Para aquellos pacientes con grado (b) la manía, las siguientes recomendaciones: 2 semanas que pueden ser necesarias para descartar que un episodio de manía en un paciente con SUD, con o sin antecedentes de BD, está siendo inducida o provocada por el efecto de los fármacos y la evaluación de la manía en episodio pacientes con TB y SUD deben realizarse mediante el habitual instrumentos destinados a pacientes con TB para la manía.

Encuesta

Un total de 50% de los profesionales encuestados afirmó que el tiempo utilizado para descartar un primer episodio de manía en SUD, pacientes sin historia previa de BD es menor de 2 semanas en las condiciones de práctica clínica habitual. En condiciones ideales, el 60% cree que se requieren 2 o más semanas. Esta vez no varían en función de la sustancia (nicotina, cannabis, alcohol, cocaína, heroína y psicoestimulantes). Si el paciente tiene antecedentes de BD, al menos 50% de los profesionales encuestados creen

que el tiempo necesario es de menos de 2 semanas, tanto en condiciones habituales, así como los ideales de la Práctica clínica.

Desorden bipolar

Proyección de la depresión / manía en pacientes con trastorno por uso de sustancias

El consenso de expertos

Con un grado, se recomienda lo siguiente: en los pacientes SUD con y sin antecedentes de BD y que tienen episodios de depresión / manía, los posibles síntomas previos de hipomanía debe ser reevaluado, ya que estos pueden haber sido interpretados como secundaria a la SUD.

Encuesta

Se encontró que en pacientes con SUD sin antecedentes de BD, la mayoría de los profesionales encuestados generalmente enfocan la anamnesis hacia la detección de posibles antecedentes de manía o depresión.

Proyección de trastorno por abuso de sustancias en pacientes con trastorno bipolar

El consenso de expertos

El consenso de expertos dio una recomendación a la declaración siguiente: a partir de un enfoque teórico, El análisis de una muestra de orina, se debe obtener para descartar el consumo de drogas en todos los pacientes que consultan con BD. En la práctica clínica, esto solo se hace cuando hay una duda razonable y es técnicamente accesible.

Encuesta

La mayoría de los profesionales encuestados obtendría una muestra de orina de los pacientes que acuden con BD. En condiciones normales, esto solo se hace bajo ciertas suposiciones, en general, cuando hay sospecha de uso de sustancias. Los ajustes a realizar del análisis de orina, en condiciones normales, son: la hospitalización, servicios de emergencia y clínicas especializadas, descartando la atención primaria. En condiciones ideales, los servicios de emergencia se consideran que son el mejor lugar.

Otras recomendaciones del grupo de trabajo

El diagnóstico rápido es fundamental y los síntomas de la BD en pacientes con TUS, y viceversa siempre deben ser estudiados.

Aspectos clínicos **Evidencia científica**

La revisión bibliográfica hizo posible obtener estas dos recomendaciones y conclusiones:

Nivel A: Los pacientes que presentan BD y SUD comorbilidad desarrollan un cuadro más grave (con la ansiedad, mixta o disfóricomanía y ciclos rápidos) que los pacientes que sólo tienen BD (Feinman, J. A, 1996).

En cuanto a la gravedad de los síntomas, BD es menos grave en pacientes que comienzan con el abuso o dependencia del alcohol y luego desarrollar BD que en aquellos que comienzan con BD. En Además, los primeros tienden a tener una recuperación más rápida. (Winokur, G.,1995 y Strakowski, S. M, et al, 2005).

Las siguientes dos conclusiones se alcanzaron con la evidencia Nivel B: los pacientes con trastornos afectivos y de drogas o dependencia de alcohol tiene un mayor riesgo de suicidio y, como era de esperar, la presencia de SUD comórbida hace difícil de lograr la estabilización clínica del paciente bipolar y también empeora significativamente su mundial funcionamiento. (Goodwin, F. K, 1999 y Weiss, R. D, et al, 2005).

Relación entre el trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias

Evidencia científica

La revisión bibliográfica que permitió identificar tres artículos sobre el nivel de recomendación A en la que se deduce que la relación de casos y efecto entre SUD y BD no es concluyente y puede variar en cada paciente. Respecto a la presencia concurrente de SUD, complica tanto el diagnóstico y tratamiento de pacientes con BD (Rush, A. J., 2003). Por lo tanto, como se ha mencionado anteriormente, SUD asociado con alcohol y otras drogas es frecuente entre los individuos con DB (Regier, D. A., et al, 1995).

Encuesta

La mayoría de los profesionales encuestados consideran que hay comorbilidad entre SUD y BD en más de 20% de la los pacientes que acuden con BD o SUD, las sustancias asociadas a mayor comorbilidad son el alcohol y la nicotina.

Frecuencia de visita Evidencia científica

Con la evidencia científica seleccionada, se puede recomendar en un nivel de evidencia B que un régimen de visitas por 2 semanas durante la fase aguda del tratamiento (primeras diez semanas) es adecuada (Sloan, K. L., et al, 1994 y Baldessarini, R. J., et al, 2010).

El consenso de expertos

Con el nivel de consenso (a), el grupo de trabajo considera que los pacientes con BD y SUD visitan con más frecuencia los cuidados clínicos que los que tienen BD. Además, los expertos llegaron a un nivel de consenso con respecto a la recomendación siguiente: en condiciones ideales, un paciente con diagnóstico dual debe ser visitado al menos una vez a la semana hasta la fase de mantenimiento.

Encuesta

En condiciones normales, la mayoría de los encuestados tienen visitas con los pacientes con TB y SUD con más frecuencia que los pacientes con sólo el BD hasta que alcanzan la fase de mantenimiento. Más de la mitad de los profesionales vería a en estos pacientes, al menos una vez cada 2 semanas. En este caso, la práctica clínica habitual coincide con la práctica de condiciones ideales. Durante la fase de mantenimiento, la mayoría de los encuestados mantendría la misma frecuencia de las visitas, en las condiciones habituales. Sin embargo, en condiciones ideales, el 90% de los encuestados lo haría manteniendo una frecuencia de visita, de por lo menos una vez a la semana.

Admisión hospitalaria

El consenso de expertos

En un paciente con incontrolada SUD y antecedentes personales de BD, se recomienda que el ingreso hospitalario es más necesario. Por último, los expertos consideran que cuando hay un intento de suicidio se recomienda especialmente, el ingreso del paciente.

Encuesta

En lo que respecta a la decisión de ingreso hospitalario, este variaría para los pacientes con TB aguda asociados a SUD en relación a los pacientes con TB aguda sin SUD. Esta diferencia se mantiene tanto en condiciones comunes y en las condiciones reales. La decisión de ingreso hospitalario también variaría en la mayoría de los encuestados y en condiciones ideales en función de si se trata de SUD incontrolada en la presencia o ausencia de antecedentes de BD. En condiciones normales, todavía hay muchos profesionales que haría variar su decisión de admisión, pero el número es menor.

Tanto en la práctica clínica habitual y en condiciones ideales, todo los profesionales encuestados eligieron la admisión cuando no había un intento de suicidio en al paciente con BD y SUD.

La atención integral del paciente

El consenso de expertos

Nivel de promoción (a) se alcanzó en lo que respecta a la necesidad de un enfoque coordinado para el diagnóstico dual.

Encuesta

En condiciones ideales, la mayoría de los encuestados preferirían asistir al paciente con BD y SUD en un sistema integrado, es decir, por un solo profesional para ambas enfermedades y la coordinación entre los profesionales que atienden al paciente.

Por otra parte, esta integración es menos frecuente en la la práctica clínica habitual.

Otras recomendaciones del grupo de trabajo

Evidencia científica

Teniendo una recomendación de nivel B, pacientes con TB deben ser advertidos sobre el riesgo de desarrollar una SUD y sobre la importancia de su temprana detección. Además, los autoadministrados cuestionarios pueden ser un instrumento válido para la detección de abuso de sustancias en BD patient (Griffin, M. L, 1998).

El consenso de expertos

a) *El uso / abuso de sustancias puede empeorar la BD pero si el paciente continúa consumiendo drogas, sobre todo, lo que se debería intentar es que él o ella continúe con el tratamiento.*

En este sentido, el enfoque educativo y reducción de los daños

Del SUD es muy importante.

b) Un cuidado especial debe ser tomado en cuenta al examinar a los pacientes que abusan del alcohol, ya que esto puede enmascarar a menudo un diagnóstico de concomitante BD.

El tratamiento de las diferentes fases del trastorno bipolar

Episodio maníaco en el contexto del trastorno bipolar

El consenso de expertos

La recomendación del Grado B expresa que el SUD concomitante se detecta en la práctica clínica habitual, el tratamiento debe ser iniciado al mismo tiempo, sin dar prioridad a uno sobre el otro. Sin embargo, tanto si la SUD presenta como una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, el tratamiento del episodio maníaco debe adaptarse. En lo que respecta a un tratamiento mejor del episodio maníaco asociado o no a la intoxicación aguda o al síndrome de abstinencia, independientemente de la SUD que provoca las drogas, el grupo de trabajo considera que los medicamentos utilizados son atípicos antipsicóticos y fármacos anticonvulsivos clásicos (carbamazepina y valproate). Por último, con el grado (a), el grupo de trabajo considera que los antidepresivos son un tratamiento inadecuado para un episodio maníaco asociado o no a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, con respecto del fármaco que provoca SUD.

Encuesta

Se encontró que la mayoría de los profesionales encuestados no le dieron prioridad a un tratamiento sobre el otro cuando hay un episodio maníaco en presencia de un SUD comórbidos. Sin embargo, 85% de los profesionales encuestados no estaban de acuerdo con el episodio maníaco en presencia o en ausencia de una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia de la misma manera y a ellos generalmente le gustaría reducir la dosis sin sustituir el ingrediente activo.

En la opinión de los encuestados, el tratamiento del episodio maníaco asociado a la intoxicación aguda o al síndrome de abstinencia, independientemente del consumo problemático de drogas, o atípicos antipsicóticos y los nuevos agentes anticonvulsivos son la opción ideal para el tratamiento, seguido de la clásica anticonvulsivo, las drogas y las benzodiazepinas, y que los ISRS y los tricíclico antidepresivos son inadecuados.

La mayoría de los profesionales encuestados les gustaría continuar con el tratamiento con los mismos ingredientes activos para el tratamiento del episodio maníaco con un SUD no asociado a una intoxicación aguda o con el

síndrome de abstinencia si el paciente no tenía una SUD. Sin embargo, casi la mitad de ellos les gustaría modificar la dosis.

Los mejores tratamientos para el episodio maníaco son los antipsicóticos atípicos y clásicos y los nuevos fármacos anticonvulsivos. Esto hace no variar en gran medida si el SUD es causado por el alcohol o la cocaína.

Episodio depresivo en el contexto de trastorno bipolar

El consenso de expertos

Con una recomendación, el grupo de trabajo considera que el SSRI (siempre asociado con estabilizador del humor), lamotrigina y la quetiapina son el tratamiento adecuado para un episodio depresivo, a pesar de estar asociados o no a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, independientemente del SUD que causa la droga.

Encuesta

La mayoría de los profesionales encuestados no ha dado prioridad al tratamiento de la depresión sobre la del SUD. En cualquier caso, el 80% de ellos no trata el episodio depresivo de la misma manera en presencia de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia. De acuerdo con los encuestados, los mejores tratamientos del episodio depresivo, asociado o no a la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia son los ISRS y los nuevos fármacos anticonvulsivos, seguido de las benzodiazepinas, antipsicóticos atípicos o anticonvulsivos clásicas. Los antidepresivos tricíclicos son también adecuados en ciertas ocasiones. El ISRS y los nuevos fármacos anticonvulsivos, de acuerdo con los encuestados, son los mejores fármacos para el tratamiento del episodio depresivo y el SUD no asociado a la intoxicación aguda o al síndrome de abstinencia. Es importante hacer hincapié en que la opción de tratamiento combinado no se le permitió en la encuesta.

Ciclo rápido

El consenso de expertos

El grupo de trabajo hace dos niveles de recomendaciones: (nivel a), se refiere a la obligación de adaptar el ciclo rápido de tratamiento si el SUD se presenta como la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia. La segunda especifica que el mejor tratamiento de ciclo rápido, asociado o no a la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, independientemente si el SUD es causado por drogas, son los antipsicóticos atípicos y / o anticonvulsivos.

Los expertos hacen los siguientes dos niveles de recomendaciones (nivel b): en primer lugar, si se detecta un SUD concomitante en la práctica clínica común, ambos tratamientos se administra de forma simultánea, sin dar prioridad a uno sobre el otro. En segundo lugar, independientemente de la SUD que causan las drogas, los antidepresivos tricíclicos son tratamientos

inadecuados contra un episodio de ciclos rápidos asociados o no a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia.

Encuesta

La mayoría de los profesionales encuestados no daría prioridad a un tratamiento sobre otro cuando los ciclos rápidos y SUD ocurren al mismo tiempo. Por otra parte, la mayoría de estos profesionales cambiarían el ingrediente activo o reducirían la dosis de ciclo rápido si el SUD se presenta como intoxicación aguda o síndrome de abstinencia. Los mejores tratamientos, en su opinión, para el episodio de ciclos rápidos asociado a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia son los antipsicóticos atípicos y los modernos y clásicos anti-convulsiones. Si el episodio no es asociado a la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, el tratamiento sería el mismo que en la ausencia de SUD.

En la opinión de la mayoría de los profesionales encuestados, los mejores tratamientos para el episodio de ciclo rápido no asociados a una intoxicación aguda o síndrome de abstinencia son los antipsicóticos atípicos y modernos y clásicos fármacos anticonvulsivos.

Fase de mantenimiento

Encuesta

En general, la mayoría de los encuestados no cambiaría el tratamiento de mantenimiento de la BD, independientemente si el SUD está o no asociado a una intoxicación aguda o al síndrome de abstinencia. En la opinión de la mayoría de los profesionales encuestados, los nuevos fármacos anticonvulsivos, seguidos de los antipsicóticos atípicos, litio y clásicos anticonvulsivos son los mejores tratamientos de mantenimiento de BD asociado a SUD. Los ingredientes activos principales utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar asociado al trastorno por uso (patología dual)

Litio

Evidencia científica

En un artículo que tiene evidencia nivel A se encontró que el tratamiento con litio de un grupo de adolescentes con BD y secundaria SUD fue eficaz en el enfoque de ambos trastornos (Geller, B., 1998).

Otras publicaciones que suministran un nivel de evidencia B en lo que respecta a tratamiento con litio. Indican que la presencia de una SUD concomitante a BD predice una mala respuesta al litio.

Por otra parte, dos estudios abiertos han evaluado la eficacia de litio en el tratamiento de BD asociado a SUD (cocaína) con resultados contradictorios: Gawin y otros describen su eficacia, mientras Nunes y otros no han encontrado

ninguna evidencia de ello (Gawin, F. H., & Kleber, H. D, 1984 y Wager, S., & Quitkin, F. M, 1990).

El valproato

Evidencia científica

Hay una publicación con evidencia nivel A, en el que el valproato disminuye el consumo elevado de alcohol en pacientes con TB y dependencia al alcohol comórbida. (Salloum, I. M., 2005). En dos artículos que no tenían evidencia de nivel B, la utilidad del valproato en pacientes con manía durante el síndrome de abstinencia de alcohol fue descrita, mientras que por otro lado, el cumplimiento de un mejor tratamiento de los pacientes que tomaron valproato fue descrito en pacientes con TB asociados con SUD que estaban prescritos con litio y valproato, los cuales fueron relacionados con el perfil de efectos secundarios de los dos drogas (Frye, M. A., 2006).

Carbamazepina

Evidencia científica

Con el nivel de evidencia B, los estudios Halikas y Brady han encontrado que la carbamazepina fue asociada con una reducción en el consumo de cocaína en los pacientes adictos a la cocaína con trastornos afectivos (Halikas, J., et al, 1987).

La gabapentina

Evidencia científica

La posibilidad de la utilidad del tratamiento coadyuvante en pacientes con BD resistentes al tratamiento con otros estabilizadores del estado de ánimo, especialmente cuando el alcohol y trastornos de ansiedad comórbidos están asociados, se ha observado en un nivel de evidencia (Brady, K. T, et al, 2002).

La lamotrigina

Evidencia científica

Con un nivel de evidencia B, se observó que la lamotrigina mejora tanto los síntomas afectivos y el deseo de cocaína en los pacientes con TB y dependientes de cocaína. Además, una alta frecuencia de antecedentes personales, familiares de SUD en pacientes bipolares que responden a lamotrigina se ha observado en al menos dos estudios (Perugi, G, et al, 2002).

Las benzodiazepinas

Evidencia científica

Dos publicaciones, con nivel de evidencia B, indican el riesgo de abuso de benzodiazepina. En el primero, los pacientes con BD, o con otros trastornos mentales graves y SUD comórbidos, presentan un mayor riesgo de desarrollar abusos de benzodiazepina. En el primero, la existencia de un uso muy elevado de las benzodiazepinas, se observó también en pacientes con enfermedades mentales graves, que era aún mayor en aquellos con SUD concomitante. Los grupos con concomitante SUD tienen una mayor predisposición a utilizar una acción rápida y benzodiazepinas de alta resistencia por lo que estos tratamientos deben ser controlados cuidadosamente. El riesgo añadido de causar o empeorar una SUD debe ser compensado con ofrecer un tratamiento seguro y eficaz de la ansiedad, las otras enfermedades psiquiátricas y los efectos adversos de la medicación (Brown, E. S, et al, 2003).

El consenso de expertos

Otras recomendaciones del grupo de trabajo en relación con el uso de benzodiazepinas: en general, el uso de benzodiazepinas en presencia de BD y SUD asociado no es recomendable. Sin embargo, si se toma la decisión de utilizarlos, lo que debería ajustarse a las indicaciones de la hoja de datos y los posibles signos y síntomas de abuso deben ser monitoreados.

Los antipsicóticos atípicos

Evidencia científica

Hay obras de nivel de evidencia B sobre el uso de quetiapina y el aripiprazol. La quetiapina se ha asociado con significativas mejoras de los síntomas psicóticos, depresivos y también con una reducción de las ansias de cocaína y alcohol en pacientes con TB y abusos de cocaína. Además, un pequeño estudio con 8 pacientes psicóticos (cuatro de los cuales tenía la esquizofrenia y cuatro tenían BD) y la dependencia del cannabis (según a los criterios de dependencia de DSM-IV) se ha observado una reducción de 97,3% en el consumo semanal de cannabis con quetiapina.

En lo que respecta a aripiprazol, esto se ha asociado con significativas mejoras en los síntomas depresivos, síntomas maníacos, síntomas psiquiátricos generales y disminución del consumo y ansia de alcohol en los pacientes con comorbilidad y dependencia del alcohol y la reducción de las ansias de cocaína en aquellos pacientes con comorbilidad y abuso de cocaína.

Los antidepresivos

Evidencia científica

Con un nivel de evidencia B, se demostró que si el trastorno afectivo es inducido por una SUD, hay una pequeña evidencia de que los antidepresivos u otros medicamentos inducen a una más rápida o la resolución completa de los síntomas afectivos que son derivados de la abstinencia en sí o por el paso de tiempo. Otros fármacos potencialmente útiles para los que no hay suficiente evidencia científica:

- **Topiramate.** Algunos estudios indican que puede ser eficaz en el tratamiento de SUD, especialmente de la cocaína y el alcohol, aunque su eficacia no ha sido evaluada en el trastorno bipolar dual.

- **La oxcarbazepina.** Aunque no hay evidencia de *que* es eficaz en el tratamiento del trastorno bipolar dual, se podría pensar que su eficacia puede ser similar a la de la carbamazepina.

- **Modafinilo.** Es un estimulante del sistema nervioso central, y también parece ser efectiva en el tratamiento de los pacientes dependientes de la cocaína y, como tratamiento coadyuvante, parece mejorar los síntomas depresivos en pacientes con trastorno bipolar, como se muestra en dos ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo en ensayos clínicos. Sin embargo, su eficacia no se ha evaluado en pacientes duales (Grof, P, 2003).

Psicoterapia

Evidencia científica

Con la evidencia de un nivel A, se observa que con terapia psicoeducativa, las terapias cognitivas y conductuales en pacientes con TB constituyen las intervenciones psicológicas que han demostrado ser eficaces en la profilaxis de nuevas recurrencias. Una combinación de psicoterapia y la terapia con medicamentos puede permitir a los pacientes lograr una mejora más rápida de sus síntomas.

El consenso de expertos

Los expertos conceden un nivel (a) al valor de los tres estados siguientes:

En primer lugar, la psicoterapia con un enfoque psicoeducativo se recomienda para lograr una mejor comprensión de la enfermedad.

En segundo lugar, la psicoterapia se considera adecuada para el mantenimiento de la abstinencia, prevención de recaídas y mejorar adherencia al tratamiento farmacológico. En tercer lugar, el tratamiento integral del paciente requiere tanto de un enfoque psicofarmacológico como psicoterapéutico.

Encuesta

Más del 50% de los encuestados considera la psicoterapia es adecuada para el mantenimiento de la abstinencia, la prevención de recaídas, tratamiento de la depresión, la mejora en el cumplimiento del tratamiento de drogas y el apoyo emocional.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la comorbilidad de BD asociado a SUD (patología dual) y las pocas publicaciones existentes, la presente publicación es un primer esfuerzo por definir algunas pautas de actuación en la gestión de esta patología dual. Sin embargo, dado la importancia y la incidencia de este doble trastorno, es necesario continuar el estudio de su descripción nosológica en mayor profundidad y también la de la acción de su enfoque clínico-terapéutico. Por lo tanto, las recomendaciones incluidas en el presente documento debe ser puesto al día en futuras revisiones.

Se sabe que el BD y SUD (patología dual) se encuentran con frecuencia en la práctica psiquiátrica común.

Esta combinación de entidades se caracteriza por recaídas frecuentes, intentos de suicidio, elevada impulsividad, falta de adherencia y mala respuesta al tratamiento. Las sustancias que se asociaron con mayor frecuencia para SUD en la encuesta eran el alcohol, la nicotina y la cocaína. Ha sido posible encontrar algunos aspectos prácticos gracias a la encuesta como a la recomendación de una frecuencia de visitas de cada 2 semanas, ingreso hospitalario en pacientes con hipertensión y SUD y BD en el cuidado integral a estos pacientes. Este último punto es apoyado en un estudio piloto reciente llevado a cabo en 45 pacientes con esta patología dual, en el que el grupo integrante específica que la terapia se realizó con éxito significativo en lo que respecta al porcentaje de pacientes en la abstinencia, frente a aquellos que no se había seguido un tratamiento integrado. Por consiguiente, parece ser una alternativa viable para reducir el abuso de sustancias en pacientes con BD. Por supuesto, es importante informar a pacientes con TB sobre el riesgo de desarrollar SUD y subrayar la importancia de la detección precoz y el tratamiento.

En lo que respecta al tratamiento con agentes farmacológicos, hay abundante bibliografía sobre el uso de litio y valproato en el diagnóstico dual, especialmente con el abuso del alcohol. Igualmente, la literatura y una serie de estudios, aunque con resultados desiguales, se encuentran en relación a la utilización de la carbamazepina, gabapentina, topiramato, lamotrigina y los antipsicóticos atípicos, entre otros. La existencia de tantos tratamientos alternativos puede ser debido a la falta de estudios concluyentes en este trastorno. Por lo tanto, es recomendable llevar a cabo estudios controlados que incluyan grandes estudios de pacientes.

Esta declaración coincide con la realizada por el Dr. Salloum durante la Séptima Conferencia Internacional sobre Trastorno Bipolar (Pittsburgh, EE.UU., 2007), hizo hincapié en la escasa evidencia y la escasa solidez de las publicaciones relacionadas con el tratamiento de la patología dual. En su opinión, los agentes anticonvulsivos se perfilan como los tratamientos más prometedores. Además, hay un aumento en el uso de los antipsicóticos atípicos, aunque no existe doble ciego, controlados estudios y el papel de la terapia adyuvante para el alcohol y SUD todavía debe ser evaluado.

Por lo tanto, este autor insiste en la necesidad de realizar estudios grandes, prolongados y controlados que incluyan suficientes grandes muestras de pacientes en esta condición compleja. Sin embargo, es poco probable que una sola terapia sea desarrollada en un futuro próximo debido a la heterogeneidad de los pacientes con BD y SUD, aunque es posible para identificar las terapias más adecuadas en función de las evidencias científicas. Hasta que estas pruebas se alcancen, el establecimiento de un consenso constituye una herramienta muy útil para complementar la evidencia científica existente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krishnan, K. R. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic medicine*, 67(1), 1-8.
2. Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. J., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of affective disorders*, 59, S5-S30.
3. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
4. Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 543-552.
5. Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., & Itinere Investigators. (2011). Incidence of psychopathology in a cohort of young heroin and/or cocaine users. *Journal of substance abuse treatment*, 41(1), 55-63.

6. Swann, A. C., Anderson, J. C., Dougherty, D. M., & Moeller, F. G. (2001). Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry research*, 101(2), 195-197.
7. Winokur, G., Coryell, W., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Keller, M. B., Endicott, J., & Mueller, T. (1995). Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 365-372.
8. Kranzler, H. R., Del Boca, F. K., & Rounsaville, B. J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *Journal of studies on alcohol*, 57(6), 619-626.
9. Goldberg, J. F., Garno, J. L., Leon, A. C., & Portera, L. (1999). A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(11), 733-740.
10. Dalton, E. J., Cate-Carter, T. D., Mundo, E., Parikh, S. V., & Kennedy, J. L. (2003). Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar disorders*, 5(1), 58-61.
11. Das, A. K., Olfson, M., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. J., Blanco, C., Feder, A., & Weissman, M. M. (2005). Screening for bipolar disorder in a primary care practice. *Jama*, 293(8), 956-963.
12. Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1995). The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*.
13. Brown, E. S., Suppes, T., Adinoff, B., & Thomas, N. R. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis?. *Journal of Affective Disorders*, 65 (2), 105-115.
14. Feinman, J. A., & Dunner, D. L. (1996). The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of affective disorders*, 37(1), 43-49.
15. Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Fleck, D. E., Adler, C. M., Anthenelli, R. M., Keck, P. E., ... & Amicone, J. (2005). Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 851-858.

16. Goodwin, F. K. (1999). Anticonvulsant therapy and suicide risk in affective disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(suppl 2), 89-93.
17. Weiss, R. D., Ostacher, M. J., Otto, M. W., Calabrese, J. R., Fossey, M., Wisniewski, S. R., ... & Simon, N. M. (2005). Does recovery from substance use disorder matter in patients with bipolar disorder?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 730-735.
18. Rush, A. J. (2003). Toward an understanding of bipolar disorder and its origin. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(suppl 6), 4-8.
19. Sloan, K. L., & Rowe, G. (1998). Substance abuse and psychiatric illness: treatment experience. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 24(4), 589-601.
20. Baldessarini, R. J., Vieta, E., Calabrese, J. R., Tohen, M., & Bowden, C. L. (2010). Bipolar depression: overview and commentary. *Harvard review of psychiatry*, 18(3), 143-157.
21. Griffin, M. L. (1998). Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *J Clin Psychiatry*, 59(4), 172A1-74.
22. Geller, B., Cooper, T. B., Sun, K. A. I., Zimmerman, B., Frazier, J., Williams, M., & Heath, J. (1998). Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 171-178.
23. Gawin, F. H., & Kleber, H. D. (1984). Cocaine abuse treatment: open pilot trial with desipramine and lithium carbonate. *Archives of General Psychiatry*, 41(9), 903-909.
24. Wager, S., & Quitkin, F. M. (1990). Lithium treatment for cocaine abusers with bipolar spectrum disorders.
25. Salloum, I. M., Cornelius, J. R., Daley, D. C., Kirisci, L., Himmelhoch, J. M., & Thase, M. E. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry*, 62(1), 37-45.
26. Frye, M. A., & Salloum, I. M. (2006). Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. *Bipolar disorders*, 8(6), 677-685.

27. Halikas, J., Kemp, K., Kuhn, K., Carlson, G., & Crea, F. (1989). Liminary indication of differential treatment responsiveness to carbamazepine for cocaine addiction, based on differential personality psychopathology. *Biological Psychiatry*, 25(7), A13.
28. Brady, K. T., Sonne, S. C., Malcolm, R. J., Randall, C. L., Simpson, K., Dansky, B. S., ... & Brondino, M. (2002). Carbamazepine in the treatment of cocaine dependence: Subtyping by affective disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 276.
29. Perugi, G., Toni, C., Frare, F., Ruffolo, G., Moretti, L., Torti, C., & Akiskal, H. S. (2002). Effectiveness of adjunctive gabapentin in resistant bipolar disorder: is it due to anxious-alcohol abuse comorbidity?. *Journal of clinical psychopharmacology*, 22(6), 584-591.
30. Brown, E. S., Nejtek, V. A., Perantie, D. C., Orsulak, P. J., & Bobadilla, L. (2003). Lamotrigine in patients with bipolar disorder and cocaine dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(2), 197-201.
31. Grof, P. (2003). Selecting effective long-term treatment for bipolar patients: monotherapy and combinations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 53-61.
32. Salloum, I. M., & Weiss, R. D. (2007). Managing alcohol and substance abuse in patients with bipolar disorder. In *Seventh International Conference on Bipolar Disorder*. Pittsburgh, USA.

