
ORIGINALES Y REVISIONES

Esquizofrenia y consumo de drogas

A. ORTIZ LOBO

Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Centro. Madrid

Resumen

El consumo de drogas en la esquizofrenia es un hecho frecuente y que puede comprenderse desde distintos modelos. Esta asociación diagnóstica genera unas complicaciones clínicas y terapéuticas que pueden ensombrecer el pronóstico de estos pacientes. En la actualidad existen distintos servicios y programas de tratamiento para el abordaje de esta entidad.

Palabras clave: Esquizofrenia. Abuso de sustancias. Diagnóstico dual.

Summary

Schizophrenia and drug consumption. *Drug-consumption in schizophrenia is a common subject, which can be understood in terms of various models. This diagnostic association generate some clinical and therapeutic complications which may overshadow the prognosis of these patients. There are at present different care services and programs for dealing with this matter.*

Key words: Schizophrenia. Substance-abuse. Dual diagnosis.

Résumé

Schizophrénie et consommation de drogues. *La consommation de drogues dans la schizophrénie est un fait fréquent et elle peut être comprise à partir de différents modèles. Cette association diagnostique engendre des complications cliniques et thérapeutiques qui peuvent assombrir le pronostic de ces patients. Il existe actue-*

llement plusieurs services et programmes de traitement pour aborder cette entité.

Mots clés: Schizophrénie. Abus de substances. Diagnostic dual.

Riassunto

Schizofrenia e consumo di droghe. *Il consumo di droghe nella schizofrenia è un fatto frequente e può essere compresa da vari modelli. Questa associazione diagnostica genera delle complicazioni cliniche e terapeutiche che possono turbare la prognosi di questi pazienti. Attualmente esistono vari servizi e programmi di trattamento per affrontare questo ente.*

Parole chiave: Schizofrenia. Abuso di sostanze. Diagnosi duale.

La coexistencia de un trastorno psiquiátrico y el abuso o dependencia a drogas no es un problema nuevo y, sin embargo, en los últimos años está cobrando cada vez más importancia e incluso, se ha aceptado el término diagnóstico dual o trastorno dual para referirnos a este tipo de pacientes. Varios factores han podido influir en que aumente la preocupación por esta entidad. En el campo de la adicción hay una creciente aceptación por muchos profesionales de la importancia de los trastornos mentales en el consumo de sustancias. En el terreno de la salud mental se ha descrito una subpoblación de jóvenes enfermos mentales con marcada tendencia a la cronicidad que realizan un elevado consumo de servicios sanitarios¹ (y casi siempre también de drogas)² y los estudios epidemioló-

gicos están poniendo de relevancia la alta prevalencia del trastorno dual³. Se ha sugerido que la desinstitucionalización ha permitido que los enfermos mentales puedan acceder a las drogas a la vez que les crea el problema de encontrar roles sociales para integrarse en la comunidad⁴. Por otro lado, la expansión de la atención en salud mental nos ha acercado a este tipo de pacientes donde los problemas clínicos, diagnósticos y de abordaje terapéutico se multiplican y ante los que nos sentimos muchas veces impotentes en nuestra actividad asistencial cotidiana. Dentro del trastorno dual, las complicaciones son mayores en la esquizofrenia, enfermedad ya suficientemente grave, polimorfa y de difícil tratamiento. Conocer la magnitud del consumo de drogas en la esquizofrenia, por qué se produce, cómo influye en el pronóstico del paciente y qué tratamientos se emplean en la actualidad, nos puede ayudar a acercarnos a este problema con menor confusión, ambigüedad y rechazo.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos que aparecen en la literatura científica muestran unas tasas de codiagnóstico de esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias que varían mucho entre unos y otros debido a factores metodológicos como diferencias en la muestra de la población estudiada, métodos de análisis y evaluación y los sesgos del investigador^{5,6}. La mayoría de estos trabajos se han realizado con pacientes que reciben tratamiento por su trastorno psiquiátrico o en dispositivos de atención a drogodependencias. El único estudio a gran escala (con una muestra de 20.291 individuos) realizado en la comunidad es el de el National Institute of Mental Health (NIMH) Epidemiologic Catchment Area (ECA)³. Este estudio muestra que el 47% de los pacientes con esquizofrenia tienen un trastorno de abuso o dependencia a cualquier sustancia a lo largo de la vida, frente a un 16,7% de la población general. Asimismo, la posibilidad de que un esquizofrénico tenga un trastorno por abuso o dependencia a sustancias es cuatro veces mayor que una persona que no tiene esquizofrenia (Odds Ratio = 4,6). En estos pacientes la droga de preferencia suele ser el alcohol (47%), el *cannabis* (42%), estimulantes (25%) y alucinógenos (18%)⁷. Otros estudios ofrecen tasas de consumo algo inferiores porque se refieren al consumo actual o de algunos meses previos, pero el orden de preferencia de las drogas no se altera⁸⁻¹¹. En este sentido hay que señalar que algunos autores sugieren que no es que haya menor consumo de heroína en estos pacientes sino que el efecto antipsicótico del opiáceo podría enmasca-

Tabla I
Factores de riesgo de consumo de drogas en la esquizofrenia

Sexo masculino
Edad joven
Trastorno por consumo de sustancias en la familia
Mejor ajuste y adaptación
Posibilidad de exposición a drogas

rar la esquizofrenia^{12,13}. Los datos revelan que los pacientes que abusan de sustancias lo suelen hacer de dos, tres o más y el grupo más pequeño lo hace de una sola¹⁴.

La conclusión más relevante de los estudios epidemiológicos es que la asociación que configura el trastorno dual esquizofrenia-trastorno por consumo de sustancias no es casual e incluso se han determinado unos factores de riesgo en la población de pacientes con esquizofrenia de presentarlo (Tabla I)^{6,7,11,13,15,16}. Además de ser varón y joven, es frecuente que el paciente tenga un buen ajuste previo al consumo, es decir, que sólo tenga ligeros síntomas negativos, ya que para buscar y conseguir las drogas es necesario cierto nivel de motivación, energía y habilidades sociales. La presencia de un trastorno por abuso de sustancias en la familia es un factor de riesgo que no está aclarado si actúa por mecanismos ambientales, genéticos o ambos. Por otro lado, la posibilidad de exposición a drogas del esquizofrénico incluye factores sociales como el bajo nivel socioeconómico, convivir con otros consumidores y otras fuentes de estrés vital crónico.

Modelos explicativos

Aunque la asociación entre esquizofrenia y drogodependencia no es casual, su naturaleza tampoco está bien aclarada. Dixon et al.^{13,15} han propuesto varios modelos que explican esta asociación psicopatológica (Tabla II). Estos modelos son el etiológico (visto desde los dos sentidos causa-efecto), el basado en una vulnerabilidad biológica, el de promoción de la socialización, la hipótesis de la automedicación y el que considera a los dos trastornos como independientes. Estas hipótesis no son todas excluyentes entre sí y determinados subgrupos de pacientes pueden ajustarse preferentemente a alguna de ellas. Por otra parte, son útiles porque ayudan a comprender el fenómeno del trastorno dual en la esquizofrenia y a desarrollar estrategias de tratamiento. De todas ellas cabe destacar por sus implicaciones clínicas y asistenciales la Hipótesis

Tabla II
Modelos explicativos del uso de sustancias en la esquizofrenia

Modelos	Hipótesis	Argumentos a favor	Argumentos en contra
Etiológico	El trastorno psicótico es causado o precipitado por el abuso de determinadas sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> • El riesgo relativo de desarrollar esquizofrenia parece que aumenta en los consumidores de cannabis y de anfetaminas • Los esquizofrénicos que consumen sustancias tienen un inicio de la psicosis más temprano y las sustancias psicoactivas podrían precipitar la manifestación de la esquizofrenia en pacientes con una diátesis subyacente • Los esquizofrénicos abusan preferentemente de sustancias que inducen psicosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios transversales y la respuesta subjetiva al abuso de drogas está sujeta a errores sistemáticos y no permiten una evaluación crítica del modelo • Las conclusiones sobre el abuso de drogas como factor etiológico de la esquizofrenia es muy inferencial sin estudios prospectivos controlados
	El fenómeno adictivo sería otra manifestación de la esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> • La esquizofrenia considerada en lo más alto de la ordenación jerárquica de los trastornos mentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Este modelo carece de sustentación clínica o experimental que lo avale.
Biológico	Un trastorno en el sistema dopaminérgico aumenta la vulnerabilidad tanto a la esquizofrenia como al abuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> • Hay estudios que muestran el papel del sistema dopaminérgico en las funciones de refuerzo y recompensa • Hay evidencia indirecta que implica a la dopamina en la esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Este modelo es muy teórico y no tiene una evidencia clínica o experimental que lo apoye por ahora
Socialización	El uso de drogas en la esquizofrenia sería un fenómeno socializador que proporciona un grupo y una identidad más aceptables	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios realizados sobre declaraciones de los propios pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios realizados sobre declaraciones de los propios pacientes • La abundancia de consumos solitarios cuestiona el consumo de drogas como fenómeno socializador puro
Automedicación	Las drogas de uso habitual mejoran algunos síntomas de la esquizofrenia o de los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos y esta mejoría actúa como refuerzo negativo que perpetúa el consumo	<ul style="list-style-type: none"> • A lo largo de la historia se han usado las drogas actuales como medicinas contra la depresión o la psicosis • Las drogas y algunos psicofármacos poseen mecanismos de acción similares • Estudios de casos clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Impredicibilidad de los efectos de las drogas que cambian según el tipo de droga, patrón y tiempo de consumo y estado clínico basal • Dificultad para diferenciar entre trastornos primarios y drogoinducidos • Estudios de casos clínicos
Independencia	Son trastornos independientes, los determinantes del uso de drogas en la esquizofrenia no difieren de la población general. Coinciden por su elevada prevalencia en la población juvenil	<ul style="list-style-type: none"> • Las razones aducidas por los esquizofrénicos para usar las drogas son similares a las de la población general 	<ul style="list-style-type: none"> • La preferencia en la esquizofrenia por los agentes psicotomiméticos sugiere algún tipo de ajuste selectivo • La mejoría de los síntomas esquizofrénicos o de los efectos secundarios de los neurolépticos por las drogas no es compartida por la población general.

Basado en Dixon et al. (1990) y Pérez de los Cobos y Casas (1995).

Tabla III
Complicaciones clínicas del consumo de drogas en la esquizofrenia

Aumento de la violencia y del suicidio
Menor cumplimiento del tratamiento
Inicio más temprano de la psicosis
Mayor frecuencia de recaídas y aumento de la tasa de hospitalizaciones
Refractariedad relativa al tratamiento neuroléptico
Incremento de la tasa de discinesia tardía
Mayor incidencia de problemas legales y desempleo
Vagabundeo
Peor pronóstico en general

de la Automedicación, nacida en la escuela psicodinámica hace unos años¹⁷ y en plena vigencia en la actualidad¹⁸.

Complicaciones clínicas

Las altas tasas de abuso de alcohol y drogas en pacientes con esquizofrenia se han asociado a numerosas complicaciones clínicas que dificultan el tratamiento y ensombrecen el pronóstico^{9,19-21}, (Tabla III). La pobre evolución de estos pacientes se debe, en definitiva, tanto al efecto psicomimético de las drogas en sí mismas como al no cumplimiento del tratamiento que aparece debido a su vez a las características de esta población y a la falta de recursos específicos para su atención²².

Otro problema añadido es la dificultad diagnóstica que se complica por la reticencia de los pacientes a admitir el consumo y la tendencia a minimizarlo, la escasa sensibilidad de muchos profesionales a evaluar, diagnosticar y tratar este problema y por la complejidad sintomatológica que dificulta la diferenciación entre la esquizofrenia y la psicosis inducida por drogas^{23,24}. Muchas veces es preciso asegurarse de un período de abstinencia de tres-seis semanas para poder evaluar correctamente la psicopatología del paciente sin la influencia del consumo de sustancias²⁵.

Sin embargo, si estos pacientes reciben el tratamiento adecuado y logran mantenerse abstinentes, su pronóstico mejora y puede ser más positivo que el de otros pacientes que se han mantenido abstinentes de por vida. Se ha postulado en este sentido que tal vez las habilidades sociales y la motivación necesaria para obtener drogas selecciona a los pacientes con mejor respuesta al tratamiento que cuando se tratan adecuadamente y abandonan el consumo de sustancias, estarían

an menos sintomáticos que muchos que no han consumido nunca. En este sentido, la sintomatología negativa podría reducir la energía y la motivación requerida para buscar y conseguir drogas^{15,26,27}.

Tratamientos

Planteamientos básicos

El abordaje terapéutico de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias presenta muchas peculiaridades que le diferencian de cada uno de los trastornos por separado. De entrada, aparecen una serie de dificultades terapéuticas ya bien señaladas por Pérez de los Cobos y Casas²⁸:

- Interferencias mutuas entre los tratamientos específicos para la esquizofrenia y la adicción a nivel farmacológico y psicoterapéutico.
- Frecuente incumplimiento de las indicaciones terapéuticas.
- Necesidad de cuidados continua en pacientes que suelen haber perdido sus apoyos sociales.
- Carencia de recursos asistenciales específicos por lo que son a veces rechazados tanto en dispositivos para el tratamiento de las drogodependencias como en centros de asistencia psiquiátrica.
- Elevada incidencia de problemas legales que pueden dificultar o frustrar los abordajes terapéuticos.

Estas dificultades pueden influir además de en el acceso de esta población a los servicios sanitarios a que muchas veces la atención que se les proporcione tenga que ser en régimen de ingreso²⁹. Por todos estos motivos, entre las necesidades básicas para la atención a los pacientes esquizofrénicos drogodependientes se precisa de un programa especial que integre los elementos tanto del tratamiento psiquiátrico como del de abuso de sustancias. El compartimentalizar ambos tratamientos en distintos dispositivos que al menos no compartan la misma ideología de tratamiento, ni tengan una coordinación muy fluida favorece la pérdida de los pacientes entre las grietas de un sistema en el que no saben desenvolverse con facilidad.

Otro requisito para un tratamiento eficaz es la evaluación cuidadosa individual del patrón de uso de sustancias y de la situación clínica psiquiátrica de cada paciente. La esquizofrenia es una entidad heterogénea en sí misma y el abuso de sustancias crea más variabilidad aún.

El tratamiento del abuso de sustancias en la esquizofrenia necesita integrarse en uno más amplio de rehabilitación psicosocial porque no hay una línea divisoria

clara que delimite los problemas del abuso de sustancias de los problemas sociales y sintomáticos característicos de la enfermedad³⁰.

Servicios y programas asistenciales

Algunos estudios sugieren que los pacientes con esquizofrenia que consumen drogas reciben más cantidad de tratamiento (hasta dos veces más que los diagnosticados de esquizofrenia exclusivamente)^{9,31,32} y de éstos, reciben más tratamiento los más graves, aunque esto también depende de otros factores³³.

La literatura científica sostiene que el modelo de tratamiento integrado es más eficaz^{27,34-36}, parece incrementar la utilización de los servicios ambulatorios, disminuye el uso de los servicios de hospitalización, disminuye los encarcelamientos de estos pacientes así como el vagabundeo³³. La forma en que generalmente se está desarrollando este tratamiento integrado en los EE.UU. (de donde proviene la mayor parte del material publicado sobre este tema) es mediante unidades superespecializadas que atienden selectivamente estos trastornos. En Europa no han calado tanto los dispositivos especializados para los trastornos duales y probablemente una de las razones más importantes sean las diferencias entre el sistema sanitario norteamericano y los de aquí. Un modelo de servicios especializados probablemente podría no ajustarse bien a un sistema territorializado y plantearía algunos inconvenientes³⁷:

- Sería menos capaz de integrarse con los servicios locales de atención primaria y servicios sociales.
- Como servicio separado no tendría la obligación de aceptar a todos los pacientes y existe el riesgo de que se volviera selectivo y desarrollara barreras para acoger a los más caóticos.
- Una concentración de expertos en un servicio semejante podría perpetuar el sentimiento de otros profesionales de ser incapaces de afrontar este tipo de pacientes.
- El desplazarlos a estas unidades podría romper la continuidad de cuidados de los pacientes.

Hall y Farrell³⁸ tampoco creen necesario la creación de una superespecialidad psiquiátrica para tratar el diagnóstico dual como se ha sugerido en los EE.UU. Parece una aproximación muy cara que debe reservarse a los centros de investigación hasta que se demuestre su eficiencia. Además, se ha sugerido que un abordaje comunitario dentro de un sistema público de salud ofrece un mejor pronóstico a estos pacientes¹¹.

Por otro lado, cuando existen dos redes de atención paralelas para la asistencia en salud mental y en drogodependencias, hay alternativas que se ajustan mejor al

tratamiento integrado de estos pacientes como son:

- Desarrollar enlaces entre las dos redes de atención (salud mental y drogodependencias) mediante la asignación de un profesional de la red de drogodependencias a cada equipo de salud mental para labores de interconsulta.
- Proporcionar formación y supervisión a los profesionales de salud mental en técnicas de tratamiento de las drogodependencias.
- Designar en cada equipo de salud mental uno o varios especialistas que se hagan cargo de todos los trastornos duales, para desarrollar este programa de atención.

Carey³⁹ ha propuesto unas directrices o premisas de planteamiento básico del tratamiento integral del trastorno dual que pueden desarrollarse en distintos dispositivos asistenciales como un centro de atención ambulatoria, un hospital de día o una unidad psiquiátrica hospitalaria y se basa en una atención especializada única del trastorno mental y de la toxicomanía por un mismo equipo terapéutico:

1. Identificar a los pacientes y sus necesidades con un plan individualizado de continuidad de cuidados y seguimiento a largo plazo con sistemas rehabilitadores múltiples de índole médica, legal, vocacional y educacional.
2. Establecer un entorno seguro y de apoyo.
 - Entorno libre de drogas con posibilidad de realizar análisis de orina y sangre para detectar consumos.
 - Métodos de *screening* para identificar cambios en las presentaciones clínicas y poder detectar y tratar crisis psiquiátricas o relacionadas con el consumo.
 - Tratamiento hospitalario cuando la sintomatología psiquiátrica es predominante o un paciente está en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a los demás.
3. Adaptar las estrategias de tratamiento de ambas especialidades de salud mental y de abuso de sustancias y que puede incluir:
 - Abstinencia como objetivo y no como prerrequisito para iniciar el tratamiento.
 - Programa estructurado que rellene el vacío de la abstinencia a drogas.
 - Tratamiento farmacológico monitorizado para evitar abusos, especialmente con benzodiazepinas y anticolinérgicos.
 - Posibilidad de grupos de autoayuda normalizados tipo alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos con atención al posible disconfort del psicótico en estos contextos que puede ser contraproducente.
 - Técnicas de afrontamiento como entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, relajación,

resolución de problemas en terapia individual o grupal.

- Grupos psicoeducativos para pacientes y familiares.
- Confrontación como medio de romper la negación y usada en diferentes grados dependiendo del estado psiquiátrico de cada paciente.

Los programas se organizan, por lo general, desde un punto de vista longitudinal, dividiendo el proceso en etapas en cada una de las cuales se plantean objetivos y estrategias terapéuticas distintas. El tratamiento efectivo de pacientes con diagnóstico dual necesita ser más tolerante que las intervenciones tradicionales y debe abordar las recaídas refocalizando el tratamiento en una etapa más temprana en vez de sacar al paciente del mismo. Un factor clave para la evolución satisfactoria del paciente es que si se pasa de un tratamiento en régimen de ingreso a uno ambulatorio se haga de forma planificada y coordinada, con el objetivo de evitar abandonos y rehospitalizaciones⁴⁰.

Se han descrito numerosos programas de atención integral a trastornos duales ambulatorios con diferencias en el contenido e intensidad de las intervenciones^{34,41-44}, en unidades de internamiento^{45,46}, en contextos mixtos⁴⁷, y en hospital de día⁴⁸ y algunos de ellos han sido evaluados con distintos resultados pero que en general apuntan a una mejor evolución de los pacientes que en tratamientos separados para cada trastorno.

Consideraciones farmacoterapéuticas

La prescripción de los psicofármacos habituales que se realiza para el tratamiento de la esquizofrenia puede precisar de algunas estimaciones en el caso de que haya un consumo de drogas concomitante. A los problemas del tratamiento de abuso de sustancias *per se*, hay que sumar la potencial vulnerabilidad del cerebro de los pacientes con esquizofrenia, así como las interacciones entre las sustancias de abuso y las medicaciones que toman habitualmente los pacientes⁴⁹.

Neurolépticos

En general, es preferible emplear antipsicóticos de alta potencia por varias razones. Contribuyen en menor medida a la hipotensión ortostática y la taquicardia que producen muchas sustancias de abuso. Potencian menos los efectos anticolinérgicos colaterales que resultan del abuso de muchas drogas. Muchos pacientes que abusan de sustancias además, encuentran desagradables las propiedades sedantes de los neurolépticos de baja potencia⁴⁹.

Se ha descrito una refractariedad relativa al tratamiento neuroléptico en aquellos pacientes con historia de consumo de drogas *psicogénicas* como la cocaína y

el *cannabis*. En esta peor respuesta al tratamiento parece estar involucrado el sistema dopaminérgico, sobre el que actúan ambas drogas (la cocaína bloquea la recaptación de dopamina y el *cannabis* promueve su liberación al espacio sináptico)²⁰. Por otro lado, hay que considerar también estas interacciones en aquellos pacientes que reciben tratamiento neuroléptico y se sospecha del abuso simultáneo de cocaína. La regulación a la baja del funcionalismo dopaminérgico a través de los neurolépticos puede producir mayores efectos euforizantes cuando se consuma la cocaína y reforzar la conducta de abuso.

El empleo de la clozapina en los trastornos duales debe recibir igual consideración que aquellos pacientes con esquizofrenia resistente que nunca han abusado de sustancias. Ni la historia previa de abuso ni el consumo moderado simultáneo ejercen efectos deletéreos en la respuesta al tratamiento con clozapina⁵⁰. Incluso, se ha sugerido que este neuroléptico puede disminuir el uso de drogas en estos pacientes ya sea mediante una reducción del "*craving*" o a través de una mejoría de los síntomas psiquiátricos primarios⁵¹⁻⁵³.

Algunos efectos adversos de los neurolépticos pueden ser difíciles de reconocer y así, la acatisia puede ser confundida con la agitación o conductas *acting-out* y el síndrome extrapiramidal hipokinético puede aparecer como un tipo diferente de trastorno sutil de la conducta en la que el paciente ha perdido la espontaneidad y la iniciativa. En cualquier caso de efecto adverso, el paciente puede intentar automedicarse con sustancias de abuso por lo que deben evitarse las dosis altas de neurolépticos. En muchos casos, es ventajoso administrar neurolépticos *depot* para asegurar el cumplimiento⁴⁹.

Antiparkinsonianos

Ésta puede ser una buena manera de reducir el potencial abuso de sustancias que reducen los efectos secundarios de los neurolépticos, especialmente la akinesia. Hay que tener en cuenta que los anticolinérgicos pueden ser sustancias de abuso por sí mismas y su empleo en esta población debe hacerse con cuidado. Las hipótesis que se han empleado para explicar el abuso de antiparkinsonianos en la esquizofrenia son que mejorarían los síntomas negativos en la esquizofrenia crónica, reducirían el efecto de los neurolépticos minimizando no sólo los efectos extrapiramidales, impedirían la frecuente aparición de éstos, y su abuso también puede estar mantenido para evitar un síndrome de abstinencia anticolinérgico⁵⁴.

La amantadina tiene un efecto antiparkinsoniano por su agonismo dopaminérgico en el sistema nigroestriatal y menos en el mesolímbico que es el que se ha implicado en la fisiopatología de la psicosis por lo que puede ser útil en este tipo de pacientes. Además, se ha descri-

to un efecto *anticraving* en pacientes que abusan de estimulantes.

La bromocriptina es otro antiparkinsoniano que es útil en el tratamiento de cocainómanos no esquizofrénicos. Sin embargo se ha descrito también su potencial para exacerbar psicosis al menos en esquizofrénicos no medicados⁴⁹.

Antidepresivos

La hipótesis de la automedicación sugiere que los pacientes intentan tratar sus sentimientos disfóricos con las sustancias de abuso que emplean. El uso de antidepresivos en esta situación en pacientes esquizofrénicos deprimidos puede ser muy útil. El empleo de IMAOs debería ser excluido por el riesgo de producir una crisis hipertensiva en estos pacientes que consumen otras sustancias. Sin embargo, las reacciones hipertensivas al abuso de estimulantes también pueden ocurrir con antidepresivos tricíclicos, particularmente al inicio del tratamiento porque el bloqueo de la recaptación de las catecolaminas aparece rápidamente tras la administración del antidepresivo, en tanto que la regulación a la baja de la sensibilidad del receptor tarda varias semanas⁴⁹.

Litio

No está contraindicado en este tipo de pacientes y puede ser útil su empleo en casos que presenten una clínica que sugiera cambios de humor bipolar⁴⁹.

Benzodiacepinas

Pueden emplearse en pacientes que intentan automedicarse por estados subjetivos de ansiedad, crisis de pánico o sintomatología negativa. Dado que la dosis excesiva de neurolépticos produce efectos secundarios que estimulan a los pacientes a consumir sustancias, en algunos el emplear una benzodiacepina como tratamiento coadyuvante puede ayudar a reducir la dosis de antipsicóticos⁴⁹.

Otros tratamientos

Para el manejo a largo plazo de estos pacientes hay terapias preventivas farmacológicas específicas para ciertas sustancias de abuso. El empleo de antagonistas opiáceos como la naltrexona no está contraindicada en la esquizofrenia pues no empeora la sintomatología psicótica. Debe prescribirse con cuidado en estos pacientes por el riesgo de sobredosis de opiáceos en una situación de descompensación clínica. Además, hay que tener en cuenta que en muchos de ellos puede ser más beneficioso el tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos por el efecto antipsicótico que se ha descrito y sus ventajas en los casos refractarios al tratamiento neuroléptico¹⁸. Respecto al disulfiram no hay consenso en su empleo ya que algunos autores sugieren evitarlo y otros su empleo con precaución. Esta polémica es porque se han descrito algunos casos

clínicos de psicosis inducida por disulfiram aunque este hallazgo no es universal³⁴.

Los mejores resultados pueden esperarse cuando las intervenciones farmacológicas apropiadas se llevan a cabo en un contexto de medidas óptimas de apoyo psicosocial incluyendo la creación y mantenimiento de una significativa alianza terapéutica⁴⁹.

Conclusiones

Quedan muchos interrogantes por resolver entorno a este codiagnóstico, faltan por conocer mejor las influencias entre el consumo de drogas y la esquizofrenia y las repercusiones fisiopatológicas de esta asociación, hay que desarrollar instrumentos diagnósticos más adecuados para la evaluación psicopatológica y clínica de estos pacientes, se necesitan estudios que valoren qué programas asistenciales son los más adecuados para estos pacientes y qué intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas son las más eficaces. Sin embargo, el consumo de drogas en la esquizofrenia es una realidad cotidiana que hoy día, merece una mayor atención y en algunos casos un cambio de actitud por parte de los profesionales de la salud mental y las drogodependencias para aumentar la detección de pacientes, integrarlos en la red sociosanitaria y así, evitar las complicaciones clínicas y mejorar el pronóstico con un tratamiento más adecuado. El abordaje terapéutico, que tiene sus propias características, no tiene por qué realizarse necesariamente en unidades específicas superespecializadas, sino que un mejor aprovechamiento y coordinación de los recursos asistenciales normalizados podría ser la alternativa más barata y adecuada.

Bibliografía

1. Pepper B, Kirshner MC, Ryglewicz H. The young adult chronic patients: overview of population. *Hosp Community Psychiatry* 1981;32:463-469.
2. Safer DJ. Substance abuse by young adult chronic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:511-514.
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511-2518.
4. Bachrach LL. The context of care for the chronic mental patient with substance abuse problems. *Psychiatric Quarterly* 1986;58:3-14.
5. Raskin VD, Miller NS. The epidemiology of the comorbidity of psychiatric and addictive disorders: a critical review. En: *Comorbidity of addictive and psychiatric disorders*. The Haworth Medical Press, 1993. New York.

6. Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996;40:1155-1163.
7. Mueser K, Yarnold PR, Levinson DF et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull* 1990;16:31-56.
8. Miller F, Tanenbaum JH, Goodwin CF et al. Cocaine and poly-substance abuse by psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1251-1253.
9. Drake RE, Wallach MA. Substance abuse among the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1041-1046.
10. Test MA, Wallish LS, Allness DJ et al. Substance use among young adults with schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1989;15:465-476.
11. Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998;24:443-455.
12. Castaneda R, Galanter M, Lifshutz H, Franco H. Effect of drug abuse on psychiatric symptoms among hospitalized schizophrenics. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:313-320.
13. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients self reports. *Schizophr Bull* 1990;16:69-79.
14. Selzer JA, Lieberman JA. Schizophrenia and substance abuse. *Psychiatric clinics of North America* 1993;16:401-412.
15. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991;141:224-230.
16. Kosten TR, Ziedonis DM. Substance abuse and schizophrenia: editors' introduction. *Schizophr Bull* 1997;23:181-186.
17. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;142:1259-1264.
18. Pérez de los Cobos J, Casas M. La hipótesis de la automedicación en pacientes drogodependientes con patología esquizofrénica. En: *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias, 1992.
19. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry* 1994;165:13-21.
20. Bowers MB, Mazure CM, Nelson JC, Jatlow PI. Psychotogenic drug use and neuroleptic response. *Schizophr Bull* 1990;16:81-85.
21. Scott H, Johnson S, Menezes P, Thornicroft G, Marshall J, Bindman J, Bebbington P, Kuipers E. Substance misuse of risk aggression among the severely mental ill. *Br J Psychiatry* 1998;172:345-350.
22. Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. Medication non-compliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1996;47:853-858.
23. Rosenthal RN, Miner CR. Differential diagnosis of substance-induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorders. *Schizophr Bull* 1997;23:187-193.
24. Kirchner JE, Owen RR, Nordquist C, Fischer EP. Diagnosis and management of substance abuse disorders among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1998;49:82-85.
25. Zimberg S. Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E, eds. *Diagnóstico dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1996.
26. Zisook S, Heaton R, Moranville J et al. Past substance abuse and clinical course of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:552-553.
27. Drake RE, Mueser KT, Clarck RE, Wallach MA. The course, treatment and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66:42-51.
28. Pérez de los Cobos J, Casas M. Toxicomanías y trastornos psíquicos concomitantes: el consumo de drogas en la esquizofrenia. En: Cervera S, Martínez-Vila E, eds. *Nuevas perspectivas en psiquiatría biológica*. Pamplona: Eurograf, 1995.
29. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *Br J Psychiatry* 1996;168:612-619.
30. Mueser K, Bellack AS, Blanchard JJ. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *J Consulting Clinical Psychology* 1992;60:845-856.
31. Kosten TR. Foreward. *Schizophr Bull* 1997;23:179-180.
32. Ries RK, Mullen M, Cox G. Symptom severity and resource utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:562-568.
33. Ries RK, Comtois KA. Illness severity and treatment services for dually diagnosed severely mentally ill outpatients. *Scizophr Bull* 1997;23:239-246.
34. Kofoed L, Kania J, Walsh T, Atkinson RM. Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1986;143:867-872.
35. Osher FC, Kofoed L. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1025-1030.
36. Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Miner CR. A model of integrated services for outpatient treatment of patients with comorbid schizophrenia and addictive disorders. *Am J Addictions* 1992;1:339-348.
37. Johnson S. Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *Br J Psychiatry* 1997;171:205-208.
38. Hall W, Farrell M. Comorbidity of mental disorders with substance misuse. *Br J Psychiatry* 1997;171:4-5.
39. Carey KB. Emerging treatment guidelines for mentally ill chemical abusers. *Alcohol & Drug Abuse* 1989;40:341-349.
40. Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Miner CR. A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients. *Am J Addict* 1995;4:33-42.
41. Fariello D, Scheidt S. Clinical case management of the dually diagnosed patient. *Hosp and Community Psychiatry* 1989;10:1065-1067.
42. Lehman AF, Herron JD, Schwartz RP, Myers CP. Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:86-90.
43. Drake RE, McHugo GJ, Noordsy DL. Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4-year outcomes. *Am J Psychiatry* 1993;152:328-329.
44. Hellerstein DJ, Meehan B. Outpatient group therapy for schizophrenic substance abusers. *Am J Psychiatry* 1987;144:1337-1339.
45. Minkoff K. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hosp and Community Psychiatry* 1989;40:1031-1036.
46. Bachmann KM, Moggi F, Hirsbrunner HP, Donati R, Brodbeck J. An integrated treatment program for dually diagnosed patients. *Psychiatric Services* 1997;48:314-316.
47. Tsuang JW, Ho AP, Eckman TA, Shaner A. Dual diagnosis treatment for patients with schizophrenia who are substance dependent. *Psychiatric Services* 1997;48:887-889.
48. Hanson M, Kramer TH, Gross W. Outpatient treatment of adults with coexisting substance use and mental disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1990;7:109-116.
49. Siris SG. Pharmacological treatment of substance-abusing schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1990;16:111-122.
50. Buckley P, Thompson P, Way L, Meltzer HY. Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: character-

- istics and implications for clozapine therapy. *Am J Psychiatry* 1994;151:385-389.
51. Albanese MJ, Khantzian EJ, Murphy SL, Green AI. Decreased substance use in chronically psychotic patients treated with clozapine. *Am J Psychiatry* 1994;151:780-781.
52. Buckley P. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 3):26-30.
53. Marcus P, Snyder R. Reduction of comorbid substance abuse with clozapine. *Am J Psychiatry* 1995;152:959.
54. Soler PA. Abuso y dependencia de antiparkinsonianos. En: Casas M, Gutiérrez M, San L, eds. *Adicciones a psicofármacos. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1993.*

Ensueño de vals, 1918.
George Grosz.
Reproducido en la carpeta *Ecce Homo*,
Berlín.