



LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

Pemán Rodríguez, Jesús. Pérez Lombardo, Marta. Alberdi Páramo, Íñigo.

Baena Mures, Rafael Ángel

jesus.peman.rodriguez@gmail.com

impulsividad, patología dual

RESUMEN

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) está presente en más del 50% de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG), siendo de hasta un 90% en consumidores de opiáceos. Esta asociación es lo que llamamos Patología Dual (PD), caracterizada por un peor pronóstico que cada uno de los distintos trastornos de forma independiente.

Los pacientes con TUS suelen presentar puntuaciones elevadas en las escalas de impulsividad, reflejando la dificultad que tienen para valorar las consecuencias o parar una conducta perjudicial, una vez iniciada.

En el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) la impulsividad es un factor clave en la comorbilidad con un consumo perjudicial de sustancias; al igual que el Trastorno de Personalidad Antisocial y Límite, donde además interviene la externalización.

En otros TMG como Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Trastorno Depresivo Mayor si bien la impulsividad no es un factor determinante en la comorbilidad descrita; sí se ha observado un aumento de los rasgos impulsivos en aquellos pacientes con un consumo perjudicial de sustancias comórbido. Además, se genera un círculo vicioso donde la impulsividad se ve facilitada, siendo cada vez más difícil el cese del consumo.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

Actualmente se está objetivando un aumento de la prevalencia de Trastornos Mentales caracterizados por elevada impulsividad entre la población de los centros penitenciarios, presentando una elevada incidencia de TUS.

La impulsividad es un rasgo de la personalidad que eleva de forma significativa el riesgo de consumir sustancias, empeorando el pronóstico clínico y social del paciente.

INTRODUCCIÓN

El consumo perjudicial de sustancias ha presentado una incidencia al alza en los últimos años, y con una edad de inicio de 14 años que ha permanecido estable¹. Actualmente las sustancias más consumidas son el alcohol, nicotina, cannabis e hipnosedantes².

Sustancia es definida por la OMS como: “sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”³.

El consumo perjudicial o Trastorno por uso de sustancias es aquel que supone un perjuicio para el paciente en cualquier esfera de su vida y genera dificultades en la funcionalidad de éste.

Entendemos por Patología Dual (PD) la asociación de un Trastorno Mental Grave (TMG) primario y TUS; presentando una prevalencia superior al 50% entre los pacientes con TMG⁴.

La impulsividad es una esfera de la personalidad caracterizada por dificultad para el control de los deseos y valorar las consecuencias de los distintos actos. Presentando una puntuación elevada entre los pacientes con TUS y algunos TMG como el Trastorno Bipolar, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastornos de Personalidad Clúster B.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

CONSUMO PERJUDICIAL DE SUSTANCIAS

El ser humano ha consumido múltiples sustancias desde siempre, dado que éste es inherente a su naturaleza animal y el uso de éstas como alimento, condimento, enteógeno o fármaco⁵.

Hoy en día sustancias que en su momento se consideraron peligrosas y prohibidas se estudian como posibles psicofármacos, por ejemplo la ketamina y viceversa como las anfetaminas, cocaína y cannabis que inicialmente gozaron de enorme popularidad como fármacos para la tos, depresión, cansancio...⁵

Los factores que influyen en la aparición de un consumo perjudicial son múltiples y dependerán de la sustancia, sujeto, ambiente, aprendizaje, condicionamiento y factores socio-culturales⁶. El consumo perjudicial de sustancias aumenta entre 3 y 7 veces el riesgo de padecer un TMG⁷.

Si analizamos el consumo perjudicial observamos que el porcentaje en la población española es del 5%. La sustancia con mayor número de consumo problemático es el alcohol con un 7% seguido por el cannabis con un 1.6%; mientras que los consumos de cocaína y heroína no llegan al 0.5%. Siendo la depresión y la ansiedad los trastornos mentales comórbidos más frecuentes².

El TUS es responsable de 7.4 años de vida ajustados por discapacidad y 22.9 años vividos con discapacidad, ascendiendo en 2014 a un coste en forma de gastos sanitarios, judiciales y pérdida de productividad de 38.400 millones en Canadá. Además, el 25-50% de los suicidios están asociados a un TUS⁸.

A nivel neurobiológico existen varios modelos explicativos, si bien destacan los modelos del circuito de recompensa y el basado en la transición entre impulsividad y compulsión.

El modelo del Circuito de recompensa cree que el consumo perjudicial es debido a la activación de la vía mesocorticolímbica responsable de los efectos placenteros del consumo de sustancias⁹. La vía mesocorticolímbica consiste en proyecciones dopaminérgicas desde el área tegmental ventral (ATV) al núcleo estriado ventral, llamado núcleo *accumbens* (NA).

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

Éste envía proyecciones gabaérgicas a varias localizaciones produciendo como producto final una activación de los sistemas motores⁹.

Los núcleos implicados en este modelo son:

- Ínsula: responsable de la clínica somática de la ansiedad anticipatoria.
- Corteza orbitofrontal: interviene en la predicción de la recompensa asociada a la presentación de un estímulo.
- Corteza prefrontal dorsolateral: interviene de manera significativa en el *craving*.
- Núcleo accumbens y área tegmental ventral: interviene en los fenómenos de refuerzo y la vía dopaminérgica que las une se activa ante estímulos condicionados con la recompensa.
- Amígdala: procesamiento del significado emocional y generación de estados emocionales asociados a estímulos.

El modelo de Transición entre impulsividad y compulsión concibe el consumo perjudicial inicialmente como actos impulsivos que posteriormente se convierten en compulsiones cuyo objetivo es evitar el malestar creado por la ausencia de sustancia; a este fenómeno se le llama migración dorsal⁹. Este proceso origina que la búsqueda y el consumo de la sustancia sean el impulso motivacional principal¹⁰.

Enmarcado en este modelo tendríamos la teoría de los estadios de la adicción propuesta por George y Koob¹¹, que consta de tres estadios en el siguiente orden:

1. Consumo intensivo e intoxicación: Pérdida del control.
2. Abstinencia y emociones negativas: Necesidad urgente de consumir “*craving*”.
3. Preocupación-anticipación: Obsesión-compulsión por consumir.

Ambos modelos convergen en una vía final común, el sistema dopaminérgico mesolímbico, concretamente las neuronas dopaminérgicas que van desde el ATV al núcleo *accumbens*.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

El mecanismo por el que se produce el efecto adictivo es a través del aumento fásico de dopamina en el NA; responsable de la sensación de placer, bienestar, euforia y satisfacción¹². (Ver Imagen 1).

ETIOPATOGENIA PATOLOGÍA DUAL

La PD presenta varias teorías etiopatogénicas que intentan explicar la elevada comorbilidad entre TMG y consumo perjudicial de sustancias. Las más estudiadas son¹⁰:

- Automedicación: Se consume la sustancia con el objetivo de reducir los síntomas del trastorno mental y los efectos secundarios de los psicofármacos.
- Sintomatología primaria: Tanto el consumo de sustancias como el trastorno mental son síntomas primarios de la patología dual y ambos se deben a alteraciones durante el neurodesarrollo, principalmente en formación hipocampal, corteza prefrontal y núcleo accumbens.
- Diátesis-estrés: El consumo de sustancias actúa como factor de estrés ambiental y facilita la aparición del trastorno mental.
- Acumulación de riesgos: El trastorno mental aumenta los factores de riesgo para el consumo de sustancias.
- Factor de riesgos compartidos: TUS y TMG comparten factores comunes de riesgo: vulnerabilidad genética, alteraciones neurobiológicas, antecedentes estresantes y/o traumáticos, nivel socioeconómico. Sin relación causal entre los trastornos.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

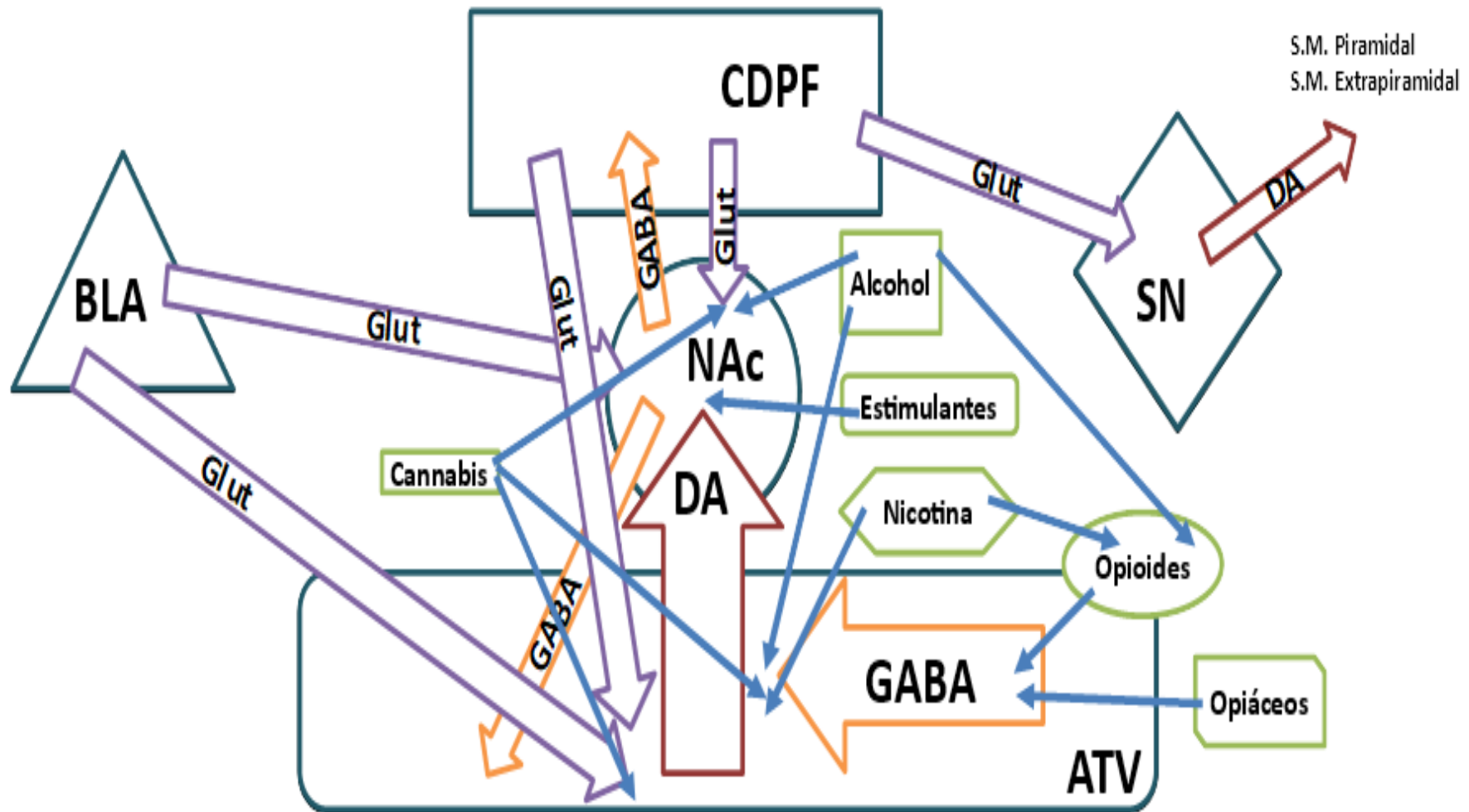


Imagen 1. Sistema dopaminérgico mesolímbico. ATV: Área Tegmental Ventral. BLA: Amígdala Basolateral. CDPF: Corteza Prefrontal Dorsolateral. DA: Dopamina. Glut: Glutamato. NAc: Núcleo Accumbens. SN: Sustancia Negra.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

IMPULSIVIDAD Y PATOLOGÍA DUAL

El Trastorno de Personalidad presenta importante comorbilidad con el TUS, destacando el Trastorno de Personalidad Antisocial, el más asociado; y el Trastorno Límite de Personalidad, ambos con elevadas puntuaciones en impulsividad y externalización^{13,14}.

Entre los rasgos de personalidad más asociados al TUS son la impulsividad, extroversión, personalidad antisocial y búsqueda de nuevas sensaciones¹⁰.

La asociación entre TUS e impulsividad es controvertida en el momento actual, si bien los estudios parecen indicar al menos una leve asociación entre ambas. Aunque sí se ha encontrado mayor relación entre niveles crecientes de impulsividad autoinformada en la adolescencia y el desarrollo de un TUS en el futuro, considerándose un factor determinante¹⁰.

La búsqueda de sensaciones y los rasgos antisociales presentan una mayor correlación con las adicciones comportamentales, concretamente el juego patológico; que con el consumo perjudicial de sustancias⁴.

Mencionar la importancia de esta asociación en la funcionalidad social de los pacientes, dado que el TUS suele presentar conductas de riesgo con el fin de conseguir la sustancia; llevando en muchas ocasiones al paciente a situaciones ilegales que pueden desencadenar en detención y posterior ingreso en Centro Penitenciario.

En este sentido se ha encontrado una elevada prevalencia de rasgos impulsivos y antisociales en sujetos en Centros Penitenciarios y consumo perjudicial de sustancias concomitante.

TRATAMIENTO PATOLOGÍA DUAL

El tratamiento de los pacientes con patología dual es complejo y requiere de equipos multidisciplinares, existiendo tres modelos teóricos en la actualidad¹⁵:

- **Secuencial:** Primero se trata un trastorno, y una vez está estabilizado; se trata el otro.
- **Paralelo:** Se tratan a la vez ambos trastornos, pero por equipos diferentes.
- **Integrado:** Ambas patologías son tratadas a la vez por un mismo equipo multidisciplinar, es el modelo de elección.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

Se debe apostar por un sistema integrado, donde el paciente reciba un trato completo sin riesgo a pérdida de información por la duplicidad de los distintos sistemas¹⁶. El abordaje debe de ser farmacológico, psicoterapéutico y psicosocial¹⁷, con la intervención grupal como método muy útil para mejorar la aceptación, motivación e introspección del consumo.

Incidir en la revisión continua del plan terapéutico y el rol que desempeña la sustancia en los sentimientos y comportamientos problemáticos⁶.

A nivel de impulsividad se pueden emplear fármacos y psicoterapia cognitivo-conductual, destacando la psicoeducación y la identificación de estímulos que desencadenan la pérdida de control. Intentar evitar aquellos fármacos con elevado potencial de abuso o letales en sobredosis.

Breve mención a la Teoría de Reducción de Daños cuya visión entiende que en ocasiones la abstinencia es un logro inalcanzable; y propone medidas a todos los niveles que reduzcan las complicaciones médicas, psicopatológicas y sociales; favoreciendo el acceso a las redes de salud. Hoy en día los programas de reducción de daños abarcan todo tipo de actuaciones como los programas de mantenimiento de opiáceos con metadona¹⁵.

CONCLUSIONES

- La comorbilidad de un TMG y un TUS origina una patología compleja con peor pronóstico.
- El TUS agrava de forma significativa un TMG primario, aumentando de forma significativa las tasas de suicidio y años de vida ajustados por discapacidad.
- La asociación entre la impulsividad y la presencia de un TUS en un TMG es discutida, aunque parece indicar una relación positiva.
- En pacientes con TMG es necesario realizar evaluaciones de impulsividad con el fin de predecir un posible TUS concomitante.
- El tratamiento de los pacientes con Patología Dual debe ser integrado e intensivo.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe 2019 PND Español de las Drogas las Adicciones O. INFORME 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Available from: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estudios 2018-2019. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018. 2019; Available from: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
3. Glosario de Términos de Alcohol y Drogas OMS 2004. Gobierno de España Traducción del Lexicon of alcohol and drugs Terms, OMS, 1994.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Wolters Kluwer. 10 edición.
5. Escohotado A. Historia General de las Drogas. Espasa Libros S.L.U. 11a edición, Madrid, 2019.
6. Trímboli A. Consumo problemático de drogas. Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria. Noveduc, Argentina; 2017.
7. Castaño Pérez GA, Sierra Hincapié GM. Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. Rev Colomb Psiquiat. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.005>
8. Onaemo V.N. Epidemiology of Co-morbid Substance Use Disorders and Major Depression. Canada. 2019.
9. Stahl SM. Psicofarmacología esencial de Stahl, bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. Aula médica; 4 edición, 2013.
10. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de Trastornos Adictivos. 3ª Edición. Madrid. 2020. ISBN: 978-84-09-25077-6
11. George O, Koob GF. Individual differences in the neuropsychopathology of addiction. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(3):217-229. doi:10.31887/DCNS.2017.19.3/gkoob
12. Martínez Oró, D P. De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. 2013. 10.13140/RG.2.1.2782.5120.
13. Lubman DI, Hall K, Pennay A, Rao S. Managing borderline personality disorder and substance use an integrated approach. Aust Fam Physician. 2011;40(6):376-381.

LA IMPULSIVIDAD COMO PUERTA DE ENTRADA A LA PATOLOGÍA DUAL

14. Witkiewitz K, King K, McMahon RJ, et al. Evidence for a multi-dimensional latent structural model of externalizing disorders. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41(2):223-237. doi:10.1007/s10802-012-9674-z.
15. Roncero C, Casas M. *Patología Dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos.* Marge Books. Barcelona, 2016.
16. Vujanovic A, et al. Cognitive behavioral therapies for depression and substance use disorders: an overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2017. DOI: 10.1080/00952990.2016.1199697
17. Hesse, M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 9, 6 (2009). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-6>