

## COMORBILIDAD EN DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

*Dr. Alfredo Saavedra C.\**

### RESUMEN

*El autor hace un revisión de la Comorbilidad en adicciones partiendo desde sus hitos históricos, para luego desarrollar la epidemiología de la dualidad resaltando los trastorno afectivos, los ansiosos y luego los psicóticos. Se evidencia que la tasa promedial de la dualidad es del 50% tanto a nivel clínico como poblacional. De otro lado, se analiza la importancia de la dualidad, su conceptualización y los aspectos metodológicos y las variaciones en las tasas de prevalencia, para luego desarrollar la dualidad en grupos especiales como son los adolescentes y las mujeres.*

**Palabras clave:** *dualidad, trastornos afectivos, trastornos psicóticos, psicosis inducida por sustancias, adolescencia y dualidad.*

### ABSTRACT

*The author makes a review of the dual diagnosis in addictions departing from his historical landmarks, passing through the epidemiology of the duality standing out the affective disorders, the anxious and then the psychotic ones. It is evidenced that the average rate of the duality is of 50% so much at clinical level as population. Otherwise, it is analyzed the importance of the duality, their conceptualization and the methodological aspects and the variations in the prevalence rates, it continues then to develop the duality in special groups like adolescents, and the women.*

**Words key:** *duality, epidemiology, conceptual framework, prevalences, affective disorders, psychotic disorders, psychosis induced by substances, adolescence and women duality.*

---

\* Médico Psiquiatra.  
Instituto de la Memoria y Desórdenes Relacionados (IMEDER).  
Miembro del Board de la Sociedad Internacional de Medicina de Adicciones (ISAM).  
Catedrático de Maestrías en Adicciones en UNFV, la UPCH y la Maestría Iberoamericana en Drogodependencias

## INTRODUCCIÓN

La comorbilidad, conocida también como diagnóstico doble, diagnóstico dual, o farmacodenpendencia con múltiples diagnósticos o abusadores químicos mentalmente enfermos o abusadores químicos mentalmente afectados, son las diversas sinonimias con las cuales se ha querido definir la asociación entre una o más condiciones, que en el sentido estricto implica la asociación entre una adicción a una sustancia con otra, pero en el sentido más común en el escenario de las adicciones la asociación entre una enfermedad adictiva y un trastorno mental no adictivo. (Saavedra, 1997; Ries, 2000).

Los estudios sobre la comorbilidad podemos ubicarlos considerando tres períodos, de un lado la época precientífica, la cual data desde los albores de la civilización hasta 1940, donde las referencias se daban en función a descripciones de casos clínicos, pero sin ningún estudio sistemático, luego tenemos la era científica que implica los estudios en especial de Jellinek, donde ya existía una sistematización sobre la comorbilidad dentro de los que era la tipología del alcoholismo y luego la era post Jellinek donde se ubican las tipificaciones de comorbilidad en últimos años (Babor, Th., 1996). Dado que el presente artículo no implica una revisión exhaustiva de la historia de la comorbilidad revisaremos sólo algunos ejemplos con lo cual tengamos una visión panorámica de los hitos históricos más relevantes sobre la comorbilidad.

En el período precientífico apreciamos que los datos sobre comorbilidad se dan desde casi los albores de la civilización donde, uno de los representantes más conspicuos lo constituye Hipócrates cuando decía: «...el vino en iguales cantidades de agua aleja las ansiedades y los terrores...». Posteriormente Westphal, en 1871 refería que «...una vaso de cerveza o vino permite al paciente pasar con tranquilidad por la localidad temida...». Para 1893, Kerr en su libro sobre Embriaguez y Toxicomanía, define al alcohólico en periódico, habitual y social, definiendo al periódico como la denominada embriaguez periódica, una forma de «locura transitoria,

en las formas de manía, violencia y conducta criminal impulsiva. Para 1924 Ernest Kretschmer en Alemania, describe al alcohólico ciclotímico donde la ingesta de alcohol se asociaba a su temperamento gregario, el alcohólico esquizoide, ingería el alcohol como forma de liberar su tensión interna.

En 1938, Robert Knight, ubica también al alcohólico sintomáticos, que se refiere a aquel que ingiere secundariamente a síntomas neuróticos o psicóticos. En este mismo período, se encuentra uno de los casos de mayor renombre en la literatura de la comorbilidad, dado que involucra a uno de los representantes más renombrados de la psiquiatría como es Sigmund Freud. Como se sabe de su biografía Freud sufría de depresiones recurrentes para las cuales en un período en especial en 1884, utilizó la cocaína como forma de tratar su depresión cíclica. Ello se evidencia en una de sus cartas epistolares a su pareja: « ... Ay de mi, mi princesa, cuando regrese te besaré y te llenaré de amor. Y si tienes la suficiente fortaleza, podrás ver quien es más fuerte, si una niña que apenas se alimenta. o un hombre salvaje y grande que tiene cocaína en el cuerpo. En mi última depresión severa, tomé otra vez coca y una pequeña dosis me elevó hasta las alturas de una manera fascinante. Ahora estoy muy ocupado coleccionando la literatura para una «canción de alabanza» a esta mágica sustancia(cocaína)...». Del mismo modo, el propio Freud estuvo involucrado en la administración de cocaína para la adicción a la morfina, donde por la misma época intentó curar de la adicción morfinica a su amigo Von Fleish, administrándole cocaína, generando el primer caso de Psicosis Cocaínica Iatrogénica, donde Von Fleish, desarrollara un cuadro delirante con alucinaciones visuales de animales tras la ingesta de dosis elevadas de cocaína. Posterior a esos experimentos Freud, se convirtió en uno de los mayores detractores del uso de la cocaína, por lo cual la consideró como una droga peligrosa. (Saavedra, 1997).

El período científico lo marca Jellinek que en 1941, junto con Karl Bowman realizan una revisión sistemática donde hacen una

revisión de 24 tipologías de alcoholismo y clasifican al alcohólico en alcohólicos primarios o «reales», los endógenos sintomáticos y los endógenos intermitentes. De estos, los endógenos sintomáticos se refería cuando el alcoholismo se asociaba a enfermedades psiquiátricas mayores como eran esquizofrenia, esquizoide etc.) y finalmente los endógenos intermitentes, donde el alcoholismo era intermitente en función a su asociación con enfermedades psiquiátricas del tipo de la psicosis maniaco depresiva o la psicosis epileptoide.

En el período post Jellinek, se tienen como representantes a Cloninger, a Zucker y a Babor, los cuales han sido los investigadores que en la última década han aportado con la clasificación del alcoholismo y cuyo punto referencial ha sido la edad de iniciación, es decir el alcoholismo de inicio temprano a también conocido como II o B, y el de inicio tardío conocido como el I o A. Esta clasificación asoció al alcoholismo de inicio temprano con el trastorno antisocial de la personalidad, pero también con una mayor psicopatología también, no sólo en términos de síntomas psiquiátricos, sino también de trastornos específicos como por ejemplo la mayor frecuencia de trastornos perturbadores de la Infancia v.gr. Trastorno Disocial o de Conducta, al igual que el trastorno de Hiperactividad con Déficit Atencional. De otro lado, Zucker, en 1987, plantea el alcoholismo bajo el modelo de desarrollo, identificando como Babor y Cloninger al alcoholismo antisocial de inicio temprano, pero también describiendo el alcoholismo por Afectos Negativos, el cual lo ubica más en mujeres, bajo el marco de la automedicación de los diversos trastornos emocionales. (Babor, 1996).

## COMORBILIDAD ADICTIVA

Lo primero a reconocer en el escenario de drogas es que la comorbilidad más frecuente lo constituye la adictiva; es decir la asociación de otra adicción en la dependencia actual del paciente. La asociación más reconocida en nuestro medio es la del consumo de alcohol con otras drogas (marihuana, cocaína, PBC, inhalantes,

alucinógenos) que en los estudios nacionales oscila entre el 85% y el 100% de los casos (Saavedra, 1994). A su vez, la asociación entre alcoholismo y otras dependencias en los estudios clínicos nacionales fluctúa entre el 50% y el 70% de los casos. (Saavedra, 1997).

### ***¿Porqué se da la Asociación entre diversas drogas?***

Las razones para la asociación entre diversas drogas se resumen de la siguiente manera:

- a) Para contrarrestar los efectos de una de las drogas como por ejemplo, el uso de alcohol para contrarrestar la sobrestimulación por la cocaína o en su defecto el uso de la pasta básica de cocaína para contrarrestar los efectos sedativos intoxicantes del alcohol.
- b) Como efecto sinérgico del uso de ambas drogas.
- c) Por tendencia a experimentar nuevas sensaciones.

### ***CONCEPTUALIZACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN DROGAS***

Uno de los aspectos más relevantes en torno a la comprensión de la comorbilidad deriva del estudio de las diversas formas en la que esta ha sido conceptualizada a lo largo de las últimas décadas. En tal sentido, las variadas formas de comprender tal condición ha sido sistematizada de la siguiente manera (Sederer, 1990; Ries, 2000):

- a) ***Enfermedades paralelas***: Esto significa que la asociación entre la drogadicción y la enfermedad asociada no tiene relación alguna y coexisten de manera paralela. Ocurren simultáneamente pero no comparten relación etiológica alguna. Ejemplo: Una persona con una fobia a las alturas desde pequeña que desarrolla un alcoholismo, luego de una crisis conyugal severa.

- b) **Relación Causal:** Este es el modelo de los trastornos primarios y secundarios. Por ejemplo un paciente con alcoholismo crónico puede desarrollar como consecuencia directa de su alcoholismo una depresión mayor secundaria o rasgos de personalidad antisociales ( psicopatización) secundarios al propio alcoholismo. De acuerdo a este modelo, el trastorno secundario no hubiese ocurrido si la condición primaria no hubiese existido. Otros ejemplos lo constituyen las intoxicaciones o los síndromes de abstinencia producidos por la sustancia, o el caso de la paciente con depresión mayor severa que producto del insomnio severo empieza a consumir sedantes hasta desarrollar una adicción medicamentosa.
- c) **Relación de Riesgo:** En este modelo se enfatiza el concepto de riesgo, es decir la presencia de un trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias. Ejemplos lo constituyen ciertos trastornos de ansiedad en los cuales el consumo de alcohol y otras drogas pueden ser usados para controlar el pánico, el trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención etc. Otro ejemplo lo constituye los casos de dependientes a alcohol o cocaína cuyas adicciones los predisponen bioquímicamente y clínicamente a un mayor riesgo de enfermedad depresiva.
- d) **Relación de Modificador:** Este modelo resalta como un trastorno preexistente puede modificar una condición de comorbilidad. Este modelo postula que un trastorno psiquiátrico primario va a modificar el curso de un trastorno por abuso de sustancias o en su defecto que un trastorno por abuso de sustancias puede modificar el curso de la condición psiquiátrica asociada. Ejemplo de este modelo lo constituye el alcohólico que sufre también de un trastorno afectivo que lo hace más vulnerable a una ingesta etílica cuando se encuentra en estado depresivo cuando se halla en un estado de abstinencia.

e) *Ley de Berkson*: De acuerdo a esta ley, dos trastornos no relacionados pueden aparecer juntos debido a una mayor probabilidad que una persona que sufre más de un trastorno sea más proclive a la búsqueda de ayuda profesional. Los trastornos no se relacionan, excepto por el hecho de que sujetos con mayor patología tengan más conducta de búsqueda de ayuda.

**IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR LA COMORBILIDAD EN LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS**

Las razones más relevantes a considerar la importancia de identificar la comorbilidad se resume en el Tabla N°1

**Tabla 1**  
**Importancia de la Identificación de la Comorbilidad en la Dependencia a Sustancias\***

• Claridad Diagnóstica
• Curso y Pronóstico variado
• Permite determinar las necesidades terapéuticas y potenciar la eficacia terapéutica
• Se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad
• Se asocia con un incremento de la conducta suicida
• Se asocia con un incremento de la conducta homicida
• Se vincula con una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia
• Se asocia a un mayor costo

*\* Sullivan, 1988; Burkstein, 1989; Drake, 1989; Sederer, 1990 y Salloum, 1997*

En cuanto a la claridad diagnóstica se sabe que mientras mejor conozcamos al paciente y en especial en torno a su comorbilidad, en mejor capacidad vamos a estar para delinear el afronte terapéutico. De otro lado, muchos de los problemas de la refractoriedad de diversos pacientes con problemas adicciones se deben a la no identificación adecuada de la problemática asociada, por lo tanto la claridad diagnóstica ha tomado una importancia inusitada en los diversos centros de tratamiento tanto en el ámbito nacional como internacional. (Saavedra, 1997).

En torno al curso y pronóstico variado, sabemos que la asociación entre diagnósticos puede modificar sobremanera el curso y el pronóstico de una condición adictiva. En tal sentido no es lo mismo evaluar a un paciente con problemas de alcoholismo con antecedente de problemas de conducta en la primera infancia de aquel que no tiene tal antecedente. Se sabe que el primer tiene un curso más reservado que el segundo. De otro lado, el cuadro adictivo, como el cuadro psicótico se ven recíprocamente afectados en cuanto a su curso con la presencia del otro diagnóstico. A su vez, dentro de una misma entidad pueden existir variaciones, como lo es un paciente con un trastorno esquizofrénico refractario a tratamiento, o en su defecto un paciente esquizofrénico con poca conciencia de enfermedad psicótica, lo cual, va a generar un curso bastante desfavorable de la condición adictiva. No obstante existen condiciones donde la comorbilidad puede ser beneficiosas, en especial en cuanto a los diagnósticos ansiosos, particularmente el trastorno de pánico o el trastornos de ansiedad generalizada, los cuales de por sí se empeoran con el uso de cualquier sustancia. Aquí la recaída en el consumo de la sustancia por lo general se genera una condicionamiento aversivo, el cual en variadas ocasiones propicia que el paciente en poco tiempo pueda estabilizar su condición adictiva con la finalidad de evitar la reagudización ansiosa muchas veces incapacitante. Ejemplos adicionales, lo constituyen los pacientes adictivos con trastornos de personalidad graves, los cuales de por sí se asocian con un pronóstico más reservado, en virtud que la condición de personalidad suele ser un trastorno que requiere de abordaje psicoterapéutico constante y de larga data para su corrección.

En torno a que permite determinar las necesidades terapéuticas y potenciar la eficacia terapéutica, es otro hecho bastante claro. En tal sentido, uno de las virtudes de un programa o servicios de intervención esta dado por la clara y humilde identificación de las debilidades del recurso humano en términos de capacitación y manejo de algunos casos. En ese sentido por ejemplo tenemos algunos a trastornos como los trastornos alimenticios como la

bulimia, asociada a adicciones, donde el recurso, debe poseer experiencia en el manejo de esta problemática, en virtud, que las necesidades médicas suelen ser mucho mayores que las requeridas en otros casos de adicciones. Por ejemplo en aquellos trastornos, la intervención de gastroenterólogos para evaluar adecuadamente las complicaciones digestivas (en variadas ocasiones asintomáticas u oligosintomáticas), son cruciales para la porción motivacional del paciente. Asimismo, las necesidades de una orientación nutricional, muchas veces vía una nutricionista o un endocrinólogo se hacen necesarias, dado que el tema de la alimentación es uno de los trastornos esenciales de estos cuadros. En un servicio que no se dispone de tales soportes pueda dar lugar a serias limitaciones en el progreso de la rehabilitación de este tipo de pacientes.

De otro lado, se hayan los problemas de adicciones en mujeres, las cuales requieren de ciertas características de los terapeutas, como que debe haber una mayor cantidad de terapeutas mujeres, que son pacientes que con frecuencia tiene historias elevadas de victimización y de maltrato de diversos tipos, por lo cual las necesidades de abordar problemáticas de autoestima, de abusos sexuales son muy necesarias. Lo mismo, en este grupo, la patología de la pareja suele ir correlacionada con el curso de la condición adictiva y el tema de violencia doméstica actual debe ser minuciosamente evaluada para fortalecer sobremanera la rehabilitación de la paciente. Otro ejemplo de necesidades incrementadas lo constituye, los trastornos adictivos asociados a las adicciones químicas. Este tipo de patologías, requiere el abordaje de manera simultánea tanto la patología adictiva a la sustancia como la condición sexual, la cual con frecuencia se asocia a diversas desviaciones (parafilias) o disfunciones sexuales, lo cual amerita de personal, capacitado y entrenado para abordar de manera adecuada tales condiciones.

En cuanto a la mayor asociación con morbilidad y mortalidad, es otro asunto que debe ser tomado en cuenta, es un hecho que a mayor comorbilidad mayor riesgo de mayor patología médica, en

especial, tenemos a los policonsumidores, que usualmente suelen acompañarse de problemas de desnutrición y un mayor riesgo de infecciones o problemas médicos asociados. De otro lado, la mortalidad se vincula en dos vertientes, sea vía las consecuencias del consumo a largo plazo, como lo es con el alcoholismo, cuya causa de muerte en primera instancia se asocian a problemas cardiovasculares y en segundo lugar a cánceres de diversos tipo. De otro lado, no es raro que el alcoholismo se asocie con tabaquismo y este con trastornos depresivos, en especial la Depresión Mayor. En ese respecto, podemos manifestar que el tabaquismo esta fuertemente asociado con morbilidad cardiovascular, pulmonar y cerebrovascular. De otro lado, la mortalidad también procede de las muerte violentas, en especial en aquellos pacientes con severos trastornos de personalidad asociados, en particular la personalidad antisocial y la borderline o limítrofe.

En cuanto al incremento de la conducta suicida y homicida, son dos eventualidades que con frecuencia van de la mano. De un lado, los diversos trastornos depresivos, al igual que diversas condiciones psiquiátricas severas se suelen acompañar de síntomas depresivos sumamente severos, por lo cual a mayor frecuencia de cuadros depresivos mayor riesgo de conductas suicidas. Así mismo, algunos trastornos de personalidad suelen vincularse con marcados riesgos suicidas como son la personalidad borderline, la antisocial y la histriónica. En cuanto a la conducta violenta, en primera instancia destaca la conducta psicopática, es decir la denominada psicopatización o la condición denominada en otros escenarios como la conducta antisocial de inicio tardío. Esta condición es con frecuencia el resultado de la intoxicación crónica por el consumo de sustancias y viene a ser un elemento patoplástico de diversas adicciones en especial por estimulantes de diverso tipo como por el alcoholismo. En tal sentido, la proclividad hacia la conducta violenta es uno de los elementos que posiciona en riesgo de conductas violentas extremas. De otro lado los estudios epidemiológicos internacionales han revelado que a mayor trastornos asociados el riesgo de conductas violentas se incrementa. A su vez, los estudios

en muestras de homicidas revelan que tanto el consumo de drogas como la presencia de psicosis, trastornos orgánico cerebrales, como trastornos severos de personalidad, se han asociado a la conducta homicida. Del mismo modo, desde la perspectiva del maltrato infantil los estudios de mayor escala a nivel norteamericano revelan que en cerca del 70% de los casos el maltrato infantil se vincula a patología adictiva parental.

Finalmente en torno a la mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia con su respectivo mayor costo, son otros asuntos a considerar. Por ejemplo en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, el promedio de días de hospitalización para pacientes esquizofrénicos era de 45 días, mientras que aquellos con problemas adictivos podía extenderse hasta incluso 60 a 90 días. Del mismo modo, la concurrencia de trastornos afectivos crónicos v. gr. distimia, por lo general conlleva una mayor necesidades de servicios, no sólo en el ámbito de la paciente, como lo es la orientación en torno a la tenencia de los hijos, sino intervenciones importantes en el plano de pareja, e incluso en el plano legal en los casos de maltrato conyugal recurrente.

¿Cuál es la Prevalencia de la Comorbilidad psiquiátrica no adictiva en población de dependientes a Sustancias?

Si nos referimos a síntomas aislados la tasa de manifestaciones puede llegar hasta un 90%, pero si nos abocamos a trastornos psiquiátricos, las cifras suelen fluctuar entre el 5% y el 85% (Sederer, 1990), siendo en términos promediales un 50%. (Saavedra,1997). Es decir que en líneas generales uno de cada dos personas adictas tiene un diagnóstico adicional.

Analizando los diversos contextos, cerca del 20% de pacientes ambulatorios en el nivel de atención primaria tienen un trastorno mental primario o asociado.

En la población general desde la perspectiva de los estudios comunitarios, uno de los más destacados es el del ECA

norteamericano a inicios de la década del 90 donde Reiger y col fueron los que por primera vez, en los ámbitos comunitarios hallara una alta co-morbilidad entre los diversos trastornos mentales y los trastornos adictivos. Es así que casi un tercio (29%) de las personas con cualquier trastorno (excepto aquellos inducidos por el uso de sustancias) desarrollaron un trastorno asociado a sustancias (22% por alcohol y 15% por sustancias no alcohólicas). De otro lado, viendo la comorbilidad desde la perspectiva de aquellas personas con trastornos por sustancias, se encontró que aquellos con trastornos por el alcohol, 37% había experimentado otro trastorno mental no adictivo, mientras que la cifra en los que tenían trastorno por drogas no alcohólicas ascendió al 50%. (Farell, 1998).

Posteriormente se hicieron diversos estudios internacionales sobre dualidad, siendo el más relevante el realizado a mediados de la década del 90 por el Consorcio Internacional sobre Epidemiología Psiquiátrica, donde participaron 5 países: Estados Unidos (ámbito nacional, n=8098 ), México (capital, n=1932), Alemania (Munich, n=3021), Holanda (90 municipios del país, n= 7076) y Canada (Ontario, n=6902) (Merikangas, 1998). El instrumento utilizado fue el CIDI, bajo el sistema diagnóstico del DSM III-R. El rango de edad de la población de estudio oscilo entre los 15 y los 64 años. Los resultados más relevantes fueron los siguientes: Aquellos personas con Dependencia Alcohólica desarrollaron Cualquier Trastorno Afectivo en los diversos países entre el 18,2% y el 35,5%, siendo la última cifra la correspondiente al estudio norteamericano nacional. Las cifras para la dependencia por drogas ilegales fueron mayores, oscilando entre 30% y el 51%, alcanzando un 40% en el ámbito nacional norteamericano. Para los trastornos de ansiedad (cualquiera), las cifras para los alcohólicos osciló entre 14% y el 44,9%, siendo esta última cifra la correspondiente al ámbito nacional norteamericano. Las cifras correspondiente para los dependientes a drogas ilegales fluctuó entre el 31% y el 53%, siendo la cifra para Estados Unidos del 55,4%. En cuanto a los trastornos de conducta, aquellas personas con dependencia alcohólica estos fueron evaluados sólo en Canadá y Estados Unidos, alcanzando una cifra

entre el 40,7% al 35,9% respectivamente. Para los dependientes a drogas ilegales las cifras fueron del 59,3% y el 40% respectivamente. Finalmente con respecto a la Conducta Antisocial del Adulto, esta fue estudiado también sólo en Canadá y USA y las cifras para los dependientes al alcohol fueron del 27,6% y 37,1% respectivamente. Los guarismo correspondientes a los dependientes a drogas ilegales fueron del 14,1% y el 9,8% respectivamente.

A través de los estudios antes referidos, podemos apreciar claramente que la dualidad es sumamente elevada y que los primeros hallazgos de Reiger en el ECA en Norteamérica fueron corroborados en el resto del mundo alcanzando cerca del 50% en términos generales.

¿A qué se deben las variaciones en la frecuencia de diagnósticos asociados?

Las razones por las cuales hay tanta variación en síntomas psiquiátricos se resumen en el Tabla N°2, donde se evidencia, que existen diversos factores a considerar en torno a las variaciones de prevalencia, de un lado se hayan vinculados al contexto de extracción de la muestra, al igual que la experiencia del evaluador, de los sistemas taxonómicos utilizados y el tipo de entrevista utilizada entre los más resaltantes.

**Tabla 2 \***  
**Causas Atribuidas a Tasas de Comorbilidad Alta y Baja**

<i>Tasas más elevadas de Comorbilidad</i>	<i>Tasas más bajas de Comorbilidad</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población hospitalizada</li> <li>• Población penitenciaria</li> <li>• Evaluación por agentes de salud mental</li> <li>• Mayor experiencia clínica psiquiátrica</li> <li>• Entrevista No estructurada</li> <li>• Instrumento que evalúa comorbilidad</li> <li>• En las primeras 4 semanas de abstinencia</li> <li>• Edad más joven</li> <li>• Criterios diagnósticos actualizados</li> <li>• (DSM- III, DSM-IV; ICD-10)</li> <li>• Población procedente de Centros psiquiátricos</li> <li>• Población en estado de abandono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población ambulatoria</li> <li>• Población sin antecedentes penales</li> <li>• Evaluación en grupos de autoayuda</li> <li>• Experiencia con adictos puros</li> <li>• Entrevista estructurada</li> <li>• Instrumento que evalúa sólo la adicción</li> <li>• Tras un mes de abstinencia</li> <li>• Mayor edad</li> <li>• Criterios empíricos</li> <li>• Población procedente de la comunidad</li> <li>• Población con adecuado soporte</li> </ul>

\* Miller, 1991, 1993; Saavedra, 1997

## ***TRASTORNOS AFECTIVOS Y ADICCIONES***

Los síntomas de la depresión y la inestabilidad emocional constituyen uno de los síntomas psiquiátricos más comunes entre dependientes a sustancias. Los datos también indican que los cuadros tanto de Depresión mayor como de Distimia y de Bipolaridad co-ocurren con mayor frecuencia que por simple azar. A su vez, conforme se avanza en el tratamiento de los diversos trastornos afectivos, existen mayores alternativas eficaces para tales condiciones, por lo cual se hace imprescindible que estas condiciones sean identificadas y tratadas apropiadamente. (Brady, 1998).

### ***Diagnóstico y Comorbilidad Afectiva***

El diagnosticar un trastorno afectivo a la luz de un paciente con trastornos adictivos, puede ser bastante difícil, en virtud que el uso crónico de sustancias puede simular casi cualquier diagnóstico psiquiátrico.

En primera instancia es imprescindible que se evalúe si los síntomas depresivos se asocian ya sea a la intoxicación o abstinencia. Tanto el uso de estimulantes como el alcohol pueden causar síntomas indistinguibles de la manía o la hipomanía, mientras que los estados de abstinencia suelen causar síntomas de ansiedad y de depresión. De manera más específica, el uso crónico de estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC), tales como las anfetaminas y la cocaína, pueden causar euforia, un incremento de la energía, disminución del apetito, grandiosidad, y a veces estados paranoides, que pueden simular mucho a la manía o la hipomanía. De otro lado, la abstinencia de estimulantes (especialmente la cocaína) puede causar anhedonia, apatía y humor depresivo con posibilidad incluso de ideación suicida. De otro lado, el uso crónico de depresores del SNC, como el alcohol, las benzodiazepinas, barbitúricos, y los opiáceos, frecuentemente se asocian con humor depresivo, pobre concentración, anhedonia, problemas con el sueño, todos los cuales son síntomas típicos depresivos. A su vez, la abstinencia de los

depresores del SNC, frecuentemente causan síntomas de ansiedad y agitación. (Brady, 1998).

En cuanto a la epidemiología sobre trastorno inducidos por sustancias desde finales de la década del 70 y durante los 80s, se investigaron diversas muestras de alcohólicos donde se encontró que las cifras iniciales de Depresión Mayor o Depresión severa según escalas de Hamilton descendían de 62% y 42% a 12% a 16% en el primer mes de abstinencia.(Goldsmith, 1998).

Otro aspecto a considerar con respecto, a la asociación entre trastornos afectivos y las adicciones, es que el estilo de vida y las conductas asociadas a la adicción conllevan por lo general múltiples pérdidas y estresores en la vida del adicto (a). Estas eventualidades y en especial las pérdidas con las múltiples frustraciones generadas por el consumo de drogas, al igual que la pérdida progresiva de imagen y el descredito progresivo por las múltiples promesas de corregir y dejar la sustancias, suelen dar lugar a afectos depresivos, los cuales son secundarios y por lo general transitorios. Una de las mejores formas de distinguir entre un trastorno afectivo primario, en especial de naturaleza depresivo lo da la observación en especial tras 4 semanas de abstinencia, tras los cuales la gran proporción de manifestaciones depresivas suelen desaparecer.(Saavedra, 1997).

## ***PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y ADICCIONES***

### **a. Estudios Poblacionales**

Dos investigaciones epidemiológicas nacionales han evaluado la prevalencia de los diversos trastornos psiquiátricos en muestras poblacionales. El primero fue el Estudio Epidemiológico Nacional de la Area de Influencia del Instituto nacional de Salud Mental a inicios de la década del 80 y el segundo estudio fue el Estudio de Comorbilidad Nacional conducido en 1991. En el primer estudio se halló que la Prevalencia(PV) Cualquier Trastornos No Adictivo

Mental fue de 22,5%, mientras que la PV de Abuso /Dependencia de Alcohol fue de 13,5% y de Abuso/Dependencia de Drogas fue de 6,1%. Entre aquellos que tenían cualquier trastorno afectivo el 32% tuvieron un diagnóstico adictivo comorbido.

De aquellos que tuvieron Depresión Mayor, el 16,5% tuvieron una diagnóstico comorbido de una Trastorno Asociado al Alcohol, mientras que el 18% tuvieron una diagnóstico asociado a drogas no alcohólicas. De otro lado, en aquellos con Trastorno Bipolar, el 60,7% tuvo un trastorno Adictivo asociado, el 46% tuvo un trastorno asociado al Alcohol, mientras que el 40,7% lo fue para un trastorno asociado a drogas no alcohólicas.

En cuanto a los datos relacionados al Estudio Nacional de Comorbilidad, la PV para cualquier trastorno psiquiátrico fue de 48%, el 14,1% fue para Dependencia al Alcohol y el 7,5% para Dependencia a Drogas. La PV para Cualquier Diagnóstico Afectivo fue de 19,3% y para Cualquier Diagnóstico Asociado a Drogas fue de 26,6% (Brady, 1998).

#### **b. Estudios sobre Comorbilidad Afectiva en Muestras de Pacientes Adictos de Centros de Adicciones**

En tal sentido, los estudios de muestras de adictos proceden tanto de estudios en alcohólicos, aquellos que dependen de cocaína, como aquellos dependientes a opiáceos. En los primeros, la Prevalencia Actual de Depresión Mayor fue de 13,8% y para Mania Actual fue de 2,8%. De otro lado, la PV de Depresión Mayor osciló entre el 20% al 67%, y la del Trastorno Bipolar fue del 6% al 8%.(Brady, 1998).

En cuanto a las muestras de cocainómanos, la PV de Trastornos Depresivos en estudios de la década del 90 osciló entre el 30% y el 61%, mientras que el espectro Bipolar fue entre el 10% y el 30%. Lo importante de estos estudios fue que la mayoría de los casos el trastorno afectivo se dio posterior al inicio del consumo de la cocaína. (Brady, 1998).

Finalmente en los pacientes con Dependencia a Opiáceos, la PV de cualquier Trastorno Afectivo osciló entre el 19%(n=716) y el 74,3% (n=533), para la depresión mayor fue de 53.9% y 15,8% y para la manía del 0,6% y 0,4% respectivamente. (Brady, 1998).

Estudios sobre Comorbilidad Adictiva en Muestras de Pacientes Afectivos.

Los estudios sobre la PV en Centros Psiquiátricos se ha reportado que en los pacientes Depresivos, la tasa de Trastornos Adictivos ha oscilado entre el 30% y el 64%, mientras que para los pacientes con Trastorno Bipolar la tasa de Trastornos Adictivos ha oscilado entre el 50% y el 70%.(Brady, 1998).

### ***SUICIDO Y DROGAS***

Una de las complicaciones más ominosas de la Depresión Mayor y en general de los diversos trastornos depresivos lo constituye el suicidio. Este esta considerado como una de la principales causas prevenibles de muerte en Estados Unidos(USA) . El suicidios en USA esta ubicado en la 8va causa de muerte en general y en la 3ra causa de muerte entre los adolescentes. Aún cuando la tasa de muerte en la población general es menor al 1%, entre el 7% y el 27% de todas las muertes por alcoholismo son debidas al suicidio. A su vez, entre el 15% y el 25% de todos los suicidios parecen ser cometidos por alcohólicos.(Strenberg, 1991). A su vez, Goodwin, a inicios de la década del 80 revisó 11 estudios en torno a la ingesta de alcohol de los suicidas consumados y encontró una tasa de alcoholismo entre el 10% y el 46%. La variabilidad de los resultados se debieron a variaciones en la definición de alcoholismo y la diversidad de las poblaciones estudiadas. De otro lado, en torno a los intentos suicidas, se sabe que estos son mucho más frecuentes que los suicidios consumados. Por ejemplo en Estados Unidos de Norteamérica, la incidencia anual de intentos suicidas fue de 174 por 100 000 habitantes, mientras que los suicidios consumados fue del orden del 12 por 100 000 habitantes. De otro lado, se sabe que aquellas

personas que consumaron el suicidio habían tenido ya historias de intentos suicidas previos entre el 25% y el 50%. A su vez, Goodwin, en su revisión de 6 estudios ya no de los suicidas, sino de aquellos que habían tenido intentos suicidas, encontró que la tasa de alcoholismo en este subgrupo osciló entre el 13% y el 50%.(Sternberg,1991).

Otra variable estudiada en los suicidas ha sido la edad de mayor riesgo de presentación como lo fue después de 20 años de ingesta excesiva de alcohol, además el famosos estudios de san Diego de 283 suicidas, reveló que el riesgo suicida se asoció al policonsumo de sustancias psicoactivas, ala pérdida de relaciones objetales (muerte, separación, rechazo de personas significativas) y en ellas el conflicto interpersonal había ocurrido 6 semanas antes y particularmente la última semana antes de la muerte. A su vez la asociación con trastornos de personalidad severos como la personalidad antisocial fue considerable y en un estudio sueco se asoció en hasta en un 81% de los casos (Stenberg,1991).

Es de anotar que la depresión se asocia con una morbilidad significativa, incluyendo un incremento de la discapacidad, ausentismo laboral y un uso importante de servicio de salud.

De otro lado, la depresión incrementa la vulnerabilidad de la persona a desarrollar un Trastorno por Uso de Sustancias debido a las siguientes condiciones:

- Estrategias limitadas de afrontamiento de problemas.
- Serios problemas de autoestima que impiden una actuación adecuada.
- Distorsiones cognitivas debido al estado depresivo con lo cual suelen ver muy difícil salida a sus problemas.
- Bajo nivel de energía.
- Pobre motivación.
- Deterioro en el funcionamiento social y laboral.

- Intento de uso de la sustancia psicoactiva como automedicación de su depresión.

### ***TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y ADICCIONES***

La relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias ha sido un asunto que se viene tocando desde tiempos inmemoriales. De otro lado Jellinek por la década del 50 sugería que los efectos ansiolíticos del alcohol podría reforzar la conducta de ingesta del alcohol. Conger, a mediados de la década del 50, fue el primero en que propusiera un modelo teórico consistente en torno a las propiedades reforzadoras del alcohol, sugiriendo que este disminuía la ansiedad, la misma que motivaba a la conducta de evitamiento en el conflicto de aproximación- evitamiento, sentando las bases para la hipótesis de la reducción de la ansiedad.(Kushner, 1990).

La pregunta de que si el alcohol reduce la tensión parece relacionarse a un número de factores que incluyen la cantidad de alcohol ingerido, las diferencias fisiológicas, la experiencia previa con el alcohol, las expectativas acerca del efecto del mismo, la historia de aprendizaje social y muy importante la definición del constructo tensión. Posteriormente a finales de la década del 70, diversos investigadores estudiaron los efectos del alcohol sobre la reducción de la tensión, siendo los resultados no concluyentes y en variadas ocasiones contradictorios. (Kuchner, 1990). Sin embargo, los estudios en relación al alcohol y el estrés revelan que si bien la ingesta de alcohol en respuesta al estrés es un fenómeno complejo, pareciera que este tuviese propiedades reductoras o atenuadoras del mismo.

Dos elementos adicionales deben considerarse en torno al análisis del alcohol y la ansiedad. El primero se vincula a las condiciones intrínsecas a la patología adictiva etílica, es decir, los síndromes de abstinencia por alcohol, las cuales vienen reportándose incluso en nuestro medio desde la década del 50 (Saavedra, 1997) y la mayoría de ellos tienen vigencia hasta la actualidad. En tal sentido, se tienen los síndromes de abstinencia simples del alcohol, la alucinosis alcohólica

y el delirium Tremens. La primera asociada a los estadios iniciales del alcoholismo, mientras que las dos últimas a estadios más avanzados de la enfermedad. Aquí el parámetro más claro para la diferenciación se centra en la evolución de los síntomas, dado que las tres condiciones son autolimitadas y por lo general su promedio de duración esta alrededor de 7 a 10 días.(Saavedra,1997).

Otro aspecto muy importante en el análisis de la ansiedad y el alcoholismo se vincula a la patología ansiosa primaria. En tal sentido, Schult y Hesselbrook, hicieron una revisión de la literatura entre 1975 a 1993 y encontraron que de los diversas condiciones ansiosas, el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada, fueron las condiciones que tuvieron prevalencias significativamente mayores que las tasa de la población general con promedios de 6% y 22% respectivamente con un total de 1829 pacientes (19 estudios) y 500 pacientes (3 estudios) respectivamente. Posteriormente han habido otras condiciones que se han hallado significativamente relacionadas con el alcoholismo y otras adicciones como son el Trastorno de estrés postraumático y la fobia social. A su vez, ha habido estudios de seguimiento, donde se ha evidenciado que la relación entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo es bidireccional, es decir con seguimientos de 4 a 7 años, se encontró que el riesgo de desarrollar sea alcoholismo o un trastorno de ansiedad en el futuro es de 3 a 5 veces más.

### ***PSICOSIS Y ADICCIONES***

Si bien como hemos observado la relación entre psicosis y el uso de sustancias ha sido reportado desde tiempos remotos particularmente con respecto al alcoholismo, como hemos observado en la historia de la comorbilidad descritos con anterioridad.

Las formas de presentación de los cuadros psicóticos podemos dividirlos en tres condiciones: De un lado, aquellas cuadros de psicosis asociados a la intoxicación o la abstinencia de las drogas, es decir los trastornos psicóticos inducidos por las sustancias, de

otra lado, los cuadros de tipo esquizofrénico y por último los cuadros delusionales en especial los delusionales celotípicos.

### **Trastornos psicóticos inducidos por Sustancias**

#### **Alcohol**

Los cuadros psicóticos asociados al alcohol, por lo general son en estado de abstinencia. Tales cuadros son conocidos más como la Alucinosis Alcohólica. Por lo general ocurren alucinaciones auditivas y visuales dentro de un contexto claro del sensorio. Las alucinaciones auditivas son de naturaleza amenazante o comandatorias. En este estado el sujeto puede estar muy agitado y paranoide. El inicio del estado alucinógeno es por lo general entre las primeras 12 horas y los 7 días tras la supresión del alcohol de uso crónico, siendo el pico mayor a los dos días de la supresión. Los síntomas paranoides pueden durar entre horas a semanas. Hay indicios que aquellos que desarrollan síntomas prolongados de semanas pueden haber tenido una predisposición psicótica.

#### **Drogas Ilegales y Psicosis**

Lo primero a destacar es que según el estudio epidemiológico del ECA de Reiger y col a inicios de los 90 en estados Unidos, todas las drogas ilegales se asocian con un mayor riesgo de desarrollar trastornos esquizofrénicos. Es así que la Prevalencia de Vida de esquizofrenia para aquellos con trastornos asociados a la cocaína fue de 16,7% (OR de 13,2), para Opiáceos fue de 11,4% (OR 8,8), para los alucinógenos fue de 10% (OR 7,4), para los barbitúricos fue de 8% (OR 5,9) y para la marihuana fue de 6% (OR 4,8%).

#### **Cannabis y psicosis**

Los efectos psicóticos generales por cannabis son por lo general de corta duración y agudos. Los efectos a dosis moderadas son por lo general de euforia, una conciencia de alteración en el proceso del

pensamiento, alteración en la percepción del tiempo y una mayor sensibilidad perceptiva visual. A dosis mayores aparecen alucinaciones auditivas y visuales. Tales efectos han sido reproducidos en laboratorios y son dependientes de las dosis. A dosis mayores de 0,2 mg/Kg de peso, el potencial de desarrollo de cuadros psicóticos se incrementa dramáticamente. A este nivel los síntomas son de suspicacia, alteración de la memoria, confusión mental, despersonalización, aprehensión, alucinaciones y desrealización. Estos síntomas por lo general son transitorios, pero suelen recurrir ante la administración repetida de la sustancia. De otro lado los estudios que han comparado grupo de varones con síntomas psicóticos asociados a toxicológico urinario positiva a cannabis vs aquellos sin uso de cannabis, revelan que los primeros muestran más síntomas afectivos, hipomanía, más agitación menos lenguaje coherente y menos aplanamiento afectivo y menor cantidad de alucinaciones auditivas. Lo importante a considerar en este tipo de reacciones es el uso de otras sustancias, la dosis y la predisposición genética para evaluar adecuadamente el caso. (Ziedonis, 1998).

### **Cocaína y Psicosis**

La paranoia transitoria por cocaína es una característica muy frecuente de la intoxicación por cocaína y suele estar presente entre el 55% al 50% de los pacientes. Los síntomas psicóticos por cocaína se observan casi exclusivamente durante la intoxicación y rara vez se extiende más allá de la fase de abstinencia denominada del crash. Existe además múltiples indicios que el uso a dosis elevadas de cocaína por largo tiempo se asocia marcadamente con síntomas psicóticos. Se postula fenómenos de sensibilización por consumo crónico.

Los síntomas psicóticos más frecuentes son las delusiones paranoides y las alucinaciones de tipo auditivas, seguidas por las táctiles. Las alucinaciones visuales se han asociado con pupilas midriáticas crónicas y la aparición de formas geométricas. Casi todas las alucinaciones se asocian al uso de la sustancia. La conducta estereotipada también ha sido reportada a la psicosis cocaínica. (Ziedonis, 1998).

### **Psicosis Anfetamínica**

El primer cuadro de psicosis anfetamínica fue hecho por Young y Scoville en 1938 asociada en un paciente bajo tratamiento de narcolepsia. La psicosis anfetamínica ha sido caracterizada por una entidad de tres fases. Inicialmente existe una marcada curiosidad y conducta examinadora repetitiva. En el segundo estadio estas conductas son seguidas por una paranoia asociado con ideas de referencia, delusiones persecutorias y alucinaciones que se asocian a un estado de miedo, pánico y de agitación. Este cuadro por lo general se da ante usos a dosis elevadas y se desarrolla ante el uso de la sustancia por cualquier vía de administración, siendo mayor su correlación por la vía endovenosa.

Una presentación común es la combinación de paranoia, pensamiento delusional y frecuente hipersexualidad. Los síntomas alucinatorios son por lo general visuales, auditivos, olfatorios y táctiles en un sensorio claro con una memoria y orientación intacta.

Típicamente el cuadro dura durante la intoxicación, aunque hay reportes de persistencia de síntomas por espacio de días a semanas.

### **Alucinógenos y Psicosis**

Los alucinógenos han bien sido reconocidos como drogas ceremoniales y recreativas en diversas sociedades desde tiempos inmemorables. Con la síntesis del ácido lisérgico (LSD) en 1943 por Hoffman se pudo disponer de grandes cantidades para su uso recreativo. Su uso a nivel nacional americano en la década del 90 ha sido del 7,6% en mayores de 12 años y con el tiempo ha ido subiendo tales cifras hasta el 8,6%. Boutros y col a mediados del 90 en una revisión de pacientes admitidos por primera vez en hospitales psiquiátricos con el diagnóstico de «esquizofrenia y trastornos paranoides» fue del 10,9% en la década del 70 para luego ascender al 24% a fines de la misma década y luego mantenerse alrededor del 20% desde entonces. La población más afectada suele ser la correspondiente a los 15 a 34 años. La droga representativa del grupo

de los alucinógenos es el LSD, sustancia de tipo indol con una estructura similar a la serotonina. Dentro de estas sustancias se hayan la dimetilriptamina (DMT), la psilocibina y la psilocina entre otros. El LSD afecta a nivel cerebral los receptores de serotonina del tipo 5HT<sub>2a</sub>. Su vida media es de 100 min y sus efectos se desvanecen entre las 6 a 12 horas. La intoxicación inicial se caracteriza por cambios autonómicos, que se asocian con inestabilidad emocional como tendencia a llorar o a reír. Subsecuentemente se dan alteraciones perceptivas con alucinaciones de todo tipo, siendo las más frecuentes la de tipo visual y las menos frecuentes las alucinatorias. Son infrecuentes también las sinestesias – la amalgama de dos sensaciones de manera simultánea. Hay a su vez, pérdida del sentido del tiempo y la paranoia y la agresividad puede ser profunda, aún cuando las experiencias más usuales son las de euforia y sensación de seguridad. Por lo general el «contexto» donde se dan influye también en la experiencia. Las reacciones adversas más frecuentes son las de «mal vuelo» que se pueden dar como crisis de pánico e incluso ideación suicida severa. A través de estudios longitudinales no se ha podido concluir el desarrollo de cuadros psicóticos crónicos. Una de las dificultades para tales asociaciones han sido de un lado, los adulterantes que suelen estar presentes, y de otro, la psicopatología preexistente. Abraham a mediados del 90 sustentó tal aseveración en un estudio meta analítico en el que halló una forma esquizoafectiva crónica, asociada con alteraciones del estado de conciencia y trastornos perceptivos recurrentes (falshbacks) en personas con psicopatología premórbida. (Ziedonis, 1998).

### **Psicosis por Ketamina/fencilidina**

El anestésico ciclohexilamina, el hidrocloreuro de fencilidina (PCP) y la ketamina tiene propiedades similares. Ambos generan estados psicóticos transitorios durante la intoxicación. En el caso de la PCP, los estados psicóticos suelen durar por períodos largos después de la intoxicación. Poco después de su descubrimiento, la PCP, en 1957, se evidenció su capacidad para inducir una «anestesia

serena» en animales. Por ello se empezó a utilizar en humanos por su capacidad de producir estados de disociación con ojos abiertos y con analgesia total. No obstante se empezaron a reportar estados de alucinaciones y conducta extravagantes e inoperables por lo cual su uso en el humano fue relegado. La ketamina tiene una potencia 10 a 50 veces menor que la PCP y tiene menor tendencia a producir estados psicóticos. Su uso recreativo se inició en los Estados Unidos a mediados de la década del 70 donde paralelamente se reportaron numerosas muertes asociadas a esta droga por homicidio, suicidio, o por conducta accidental/extravagante. Una revisión por Heilig a principios de los 80s de 80 muertes relacionadas a esta sustancia evidenció una marcada asociación entre trastornos afectivos previos, conducta agresiva, arrestos previos y crisis personales tres meses antes de la muerte. La ketamina y el PCP pueden ser fumados, ingeridos, esnifados o inyectados endovenosamente. Se absorben rápidamente y se excretan por orina. Sus efectos suelen durar entre 4 a 6 horas. El período de recuperación puede ser muy variable. Su acción es por efecto sobre los aminoácidos excitatorios N metil D aspartato (NMDA) del receptor del glutamato, bloqueando el canal iónico como antagonista no competitivo del receptor NMDA. Las manifestaciones de la intoxicación dependen de la dosis. A dosis bajas (20 a 30 ng/ml) se observa sedación, elevación del humor, irritabilidad. Alteración de la atención y memoria, mutismo, hiperactividad y conducta estereotipada. Con dosis de 30 a 100 ng/dl existe cambio mayor del humor, psicosis, analgesia, parestesias, y puede ocurrir ataxia. Estos niveles se asocian con profunda paranoia, agresividad y conducta violenta. Niveles mayores de 100 ng/dl pueden causar estupor, hiperreflexia, hipertensión, coma y/o muerte. (Ziedonis, 1998)

### **Esquizofrenia y Adicciones**

En cuanto a la psicosis crónica de tipo esquizofrénica, disponemos de tres tipos de estudios; de un lado los estudios clínicos, de otro los estudios de salas de emergencia y luego los estudios de muestras poblacionales comunitarias, los cuales nos van a dar cifras

diferenciadas de prevalencia. Empezando con los estudios de naturaleza clínica, Freed, a mediados de la década del 70, en una revisión de 11 estudios publicados hasta entonces entre los años de 1925 a 1970, encontró una concurrencia diagnóstica de alcoholismo y esquizofrenia entre el 10% y el 75% de los casos. (Barbee, Crapanzano, 1989, Ziedonis, 1998). En las salas de emergencia Barbee y col utilizando el DIS, halló que de una población de 53 pacientes esquizofrénicos que se presentaron a una sala de intervención en crisis, el 47% fue diagnosticado de abuso de alcohol y de drogas ilegales (Barbee y col.1989). En cuanto a los estudios comunitarios, uno de los más destacados es el del ECA norteamericano a inicios de la década del 90 donde Reiger y col fue el que por primera vez, en los ámbitos comunitarios hallara una alta co-morbilidad entre los trastornos esquizofrénicos y los trastornos adictivos. Hallaron que el 47% de las personas con Trastornos esquizofrénicos tuvieron una prevalencia de vida de un trastorno adictivo no nicotínico, incluyendo 34% por alcohol y 28% por uso de sustancias ilegales. A su vez, en estudios de la década del 80 y 90 han encontrado que entre el 70% y el 90% son portadores de dependencia a la nicotina.

A su vez, otro hecho comprobado con la esquizofrenia es que la vulnerabilidad a la recurrencia del cuadro psicótica ha sido probada en estudios de seguimiento donde los usos del alcohol en dosis sociales se han relacionados a mayores recaídas psicóticas, mayores tasas de suicidio y mayor número de hospitalizaciones.

La presencia de uso de sustancias y síntomas psicóticos da lugar a un reto específico tanto desde el plano del diagnóstico como del tratamiento.

### ***DUALIDAD Y ADOLESCENCIA***

La adolescencia vocablo que proviene de la voz latina «adolecere» que significa crecer, avanzar hacia la madurez, implica un crecimiento tanto físico como de desarrollo cognoscitivo, psicológico, emocional y social que constituye un período de

transición entre la niñez dependiente y la adultez autonomía (Freyre, 1994).

Aquí es importante partir del hecho, que si bien la adolescencia es considerada como una etapa de cierta inestabilidad, según estadísticas recientes, cerca del 80% de los adolescentes se adaptan exitosamente a su proceso evolutivo. De estos el 30% tienen una adolescencia «fácil», el 40% una adolescencia «intermitente» con algunos períodos difíciles y otros calmados; y el otro 30% hacen una adolescencia «tormentosa», con etapas de gran tensión que, eventualmente, se superan. El 20% restante de jóvenes no logra adaptarse a los cambios de la adolescencia y fracasan en sus tareas evolutivas, constituyéndose en individuos problematizados en forma definitiva o por largo tiempo (Freyre, 1994).

¿Qué relación existe entre este proceso evolutivo y el riesgo de consumo de drogas?

Para ello es importante destacar las 10 tareas evolutivas desarrolladas por Robert Havighurst, que nos permitirán comprender mejor la condición del adolescente (ver Tabla N° 3).

**Tabla 3**  
**Tareas Evolutivas según Havighurst**

1. Aceptar la propia estructura física y ejercitar eficazmente su cuerpo
2. Lograr relaciones nuevas y de mayor nivel de madurez con sus coetáneos de uno y otro sexo
3. Alcanzar la independencia emocional de los padres y de otros adultos
4. Obtener la seguridad de su futura independencia económica
5. Elegir una ocupación y prepararse para ella
6. Desarrollar las aptitudes intelectuales y los principios necesarios para la vida ciudadana
7. Desear y asumir un comportamiento socialmente responsable
8. Prepararse para el matrimonio y para la vida familiar
9. Alcanzar un rol masculino o femenino definido
10. Elaborar una escala de valores acorde con una adecuada imagen del mundo

De estas fases podemos resaltar las relacionadas al proceso de independización, que implica la emancipación emocional, social, económica de los padres, con la subsecuente búsqueda de apoyo, comprensión de los coetáneos, los cuales adquieren en este mundo extrafamiliar un interés inusitado en el adolescente. Aquí es importante determinar si el (la) adolescente está recibiendo un soporte o apoyo adecuado en este proceso de individualización en un intento de desarrollar su propia identidad, autonomía e independencia. Aquí lo que hay que indagar es si existen conflictos o discusiones o maltrato por parte de los padres y formas de resolución de conflictos inapropiados ya sea por los padres o por el (la) adolescente, en donde en la medida que haya una fuerte comunicación y puesta de acuerdo en base a la razón es que los conflictos van a ser menos intensos y de menor repercusión en conductas desadaptadas como lo son el consumo de sustancias. (Cavanaugh, 1998)

Esta fase del proceso adquiere un estado de riesgo elevado cuando el grupo de amistades son de naturaleza desviada, con patrones antisociales o de consumo de drogas. En ese sentido se sabe a través de estudios epidemiológicos tanto nacionales como latinoamericanos, que el tener una amistad consumidora de drogas ilegales pone en riesgo tanto de dependencia alcohólica y de tabaco como del consumo de drogas ilegales (marihuana y PBC o Cocaína) con OR que fluctúan entre el 1,2 al 10 veces más que una persona de la población general (CONTRADROGAS,1999).

Del mismo modo, la independización se asocia mucho con la adquisición de la identidad personal, la cual - según Erikson- toma los caracteres de crisis y llega al nivel más álgido en la adolescencia. Es así que muchos jóvenes recurren a la formación de su propia subcultura, que es a menudo totalmente distinta del medio cultural, familiar-social dominante o inclusive contraria al mismo, llegando esta subcultura a satisfacer en cierto grado la identidad del adolescente, en desmedro de otras necesidades más adaptativas.

Durante este proceso evolutivo es frecuente un incremento de las reacciones depresivas y vaivenes afectivos, al igual que períodos de aburrimiento, soledad y de lucha por la independencia (Strang 1985; Connell, 1985), la cual resulta en situaciones de conflicto y rebeldía con los padres, estados que posicionan al adolescente en una situación de riesgo de consumo de sustancias.

### ***COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES***

En cuanto a los *trastornos* psiquiátricos (DSM-IV) identificados como factores de riesgo personales se hallan, en primera instancia los Trastornos de conducta, caracterizados por la trasgresión continua (más de 6 meses) de las normas propias de su edad, rebeldía, mentiras recurrentes, deshonestidad, agresividad, con ausentismos escolares y rechazo a las figuras de autoridad. Tales entidades han oscilado en muestras clínicas de adolescentes con trastornos de sustancias entre el 50% y el 80%. (Kaminer, 1999; Saavedra, 1997). Otro diagnóstico fuertemente asociado como antesala del consumo de drogas lo constituye el Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el cual se trata de un trastorno neuropsiquiátrico, con un componente neurobiológico bien establecido (fallas en la corteza prefrontal) y cuyas manifestaciones se caracterizan por hiperactividad, serios problemas de atención con tendencia al fracaso escolar y desorganización en su estilo de vida, con tendencia a perder diversos objetos personales, asociados a un alto grado de distraibilidad, e impulsividad marcada. Sus tasas han oscilado entre el 27% y el 29% de poblaciones de adolescentes dependientes a diversas sustancias (Lie, 1992).

Es importante anotar que para el diagnóstico se requiere que las manifestaciones se presenten por lo menos en dos contextos de la vida del niño(a)/adolescente. (Armnetano, 1998). Sin embargo, los estudios en los 80s y 90s han encontrado que la asociación entre este diagnóstico y el consumo de sustancias está más asociado por la comorbilidad con un trastorno de conducta que por el trastorno

atencional específicamente. En cuanto a su curso se sabe por estudios de seguimiento han demostrado que entre el 30% al 50% de los niños(as) con THDA continúan el trastorno hasta la adultez, a diferencia de los que antes se pensaba que la mayoría maduraba el cuadro con el paso de los años. (Rudnick, 1998).

De otro lado, a nivel clínico lo que se observa es que en muchos de los niños con problemas de TDAH el problema que deriva en complicaciones radica fundamentalmente en la no detección por parte ya sea del sistema educativo o familiar y la atribución de las conductas perturbadoras propias del trastorno como problemas de «malcriadez», «flojera» y el subsecuente maltrato recurrente como formas de corregir la condición psiquiátrica. (Kaminer, 1999).

Asimismo se hallan los Trastornos Depresivos, los mismo que en las últimas dos décadas han oscilado entre el 13% y al 31% de las muestras clínicas en adolescentes dependientes a sustancias. Aquí lo importante a considerar es que de las diversas formas de depresión encontradas, destacan dos; una se refiere a la Depresión Mayor y la otra es la Depresión secundaria, es decir la Depresión Inducida por sustancias. En gran parte de las muestras de adolescentes la inducida ha sido la más frecuente (Armentano, 1998). Estos cuadros pueden darse tanto previos al inicio del consumo de sustancias, pero por lo general son secundarios a la iniciación del consumo de drogas. Muy relacionado a ello se halla el suicidio, el mismo que en el plano de la adolescencia ha adquirido una relevancia inusitado por el incremento de esta emergencia en este grupo poblacional.

Tanto en nuestro medio como en América del Norte como en Europa, el uso de drogas por los adolescentes ha ido incrementándose cada vez más, dando lugar a que esta eventualidad severa sea una de las causas de mayor preocupación en los escenarios de la salud pública y aquí dentro de la drogas las que más comprometidas son el alcohol y los estimulantes ya sean los derivados de la cocaína así como los anfetamínicos los mismo que en escenarios asiáticos son unos de los responsables de los elevados índices de suicidio en este grupo

poblacional. En estos casos las diversas sustancias involucradas ejercen un rol ya sea disparador de la conducta suicida o en su defecto inductora de efectos depresivos, en especial en los períodos de abstinencia, donde los anfetamínicos adquieren un riesgo sumamente elevado. (Saavedra, 1997, Kaminer, 1999). En cuanto a la forma de presentación, el (la) adolescente suele presentarse con una actitud taciturna, con poco contacto visual, y con facies depresiva. Por lo general se muestra desarreglado en cuanto a su forma de vestir y arreglo personal y se puede mostrar emotivo(a) lloroso(a) durante la entrevista, aún cuando al interrogatorio niegue sentimientos de tristeza, aún cuando ectoscópicamente se evidencia su estado anímico depresivo. (Armentano, 1998).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, en el ámbito de los adolescentes sus tasas han fluctuado entre el 7% y el 40%. El orden de aparición entre el trastorno de ansiedad y el trastorno adictivo ha sido variable, dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad. Es así, que en los casos de Fobia Social (temor excesivo y persistente a una situación social determinada en la cual la persona pueda ser expuesta o vista por otras personas), esta usualmente precede al abuso de sustancias, mientras que el Trastorno de Ansiedad con Crisis de Pánico (trastorno de ansiedad súbito agudo y recurrente, en el cual la persona siente un temor intenso sin poder comprender la causa objetiva externa, asociada a palpitaciones, sudoración, ansiedad, sensación de falta de aire o temor a sufrir un desmayo o problema cardíaco, etc.) y la Ansiedad Generalizada (trastorno de ansiedad continuo, de tendencia a ser excesivamente preocupado(a) por minucias y preocupaciones de eventualidades adversas en múltiples circunstancias de su vida y entorno) suele por lo general ser secundario al abuso de sustancias.

A su vez, los(as) adolescentes con trastornos por uso de sustancias frecuentemente tienen historias de trastornos de Estrés Posttraumático (involucra una experiencia psicológica a un estresor muy traumático sea de muerte de una persona, accidentes, desastres etc, tras el cual se desarrolla un cuadro de ansiedad con tendencia a reexperimentar la experiencia en la forma ya sea de sueños o vívidamente, asociado a

irritabilidad, insomnio, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada), asociado a una severa alteración en el estado emocional y anímico con cierto desapego y anestesia emocional. Tal condición es muy frecuente en la mujer, donde la experiencia traumática suele ser la de una historia de abuso físico o sexual.

Otros trastornos también reportados como diagnósticos duales lo constituyen los trastornos alimenticios, los mismos que han venido reportándose de manera incrementada en población de adolescentes con uso de sustancias. Es así que hasta un 25% de todos los pacientes con trastornos alimenticios dan una historia o un uso actual de sustancias psicoactivas.

Se sabe que las diversas condiciones alimenticias son las que más se han reportado han sido las de la bulimia nervosa, que se refiere aun trastornos por el cual existen episodios recurrentes de atracones de comida, que por lo general se dan un tiempo corto de tiempo y se asocian a conductas compensatorias del tipo de la inducción del vómito y el abuso de laxantes, anorexígenos o abuso de hormonas tiroideas y una preocupación crónica por el peso, la comida y la imagen corporal. Del mismo modo, se sabe que entre el 90% y el 95% de los casos estos trastornos ocurren en mujeres. Es un trastorno severo y que al igual que con las adicciones químicas, las personas suelen ocultar y realizar sus rituales de vómito a escondidas por lo cual la perspicacia por parte del agente de salud y la información familiar cercana se convierte como una estrategia de vital importancia para su identificación y su derivación a tratamiento. De otro lado, esta condición amerita abordajes de naturaleza interdisciplinaria por lo cual debe ser derivada a personal con experiencia en el manejo, dada las intervenciones múltiples que requiere no sólo en el plano personal, familiar, sino también en el ámbito nutricional, médico y psicológico y psiquiátrico. Otros condiciones adictivas que esta apareciendo en nuestro medio se refieren al juego patológico con su variante de los video juegos tanto locales en el hogar como por internet y el acceso en casi cada barrio de múltiples cabinas para su uso por parte de adolescentes y sin el control respectivo. (Armentano, 1998; Kaminer, 1999).

### ***COMORBILIDAD Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS EN LA MUJER***

La mujer constituye un grupo poblacional especial y la dualidad en ella ha sido bastante diferenciada que la del hombre. La comorbilidad se refiere a la asociación entre dos entidades psiquiátricas, es también conocida como diagnóstico dual, doble diagnóstico, dependencia química con enfermedad mental severa entre los términos más destacados. (Saavedra, 1997).

El estudio con el cual podemos partir para hacer un análisis es el del ECA, que se refiere al estudio epidemiológico norteamericano a fines del 80 donde Helzer y Pryzbeck evaluaron cerca de 44 diagnósticos en cerca de 20,000 americanos adultos de la comunidad. Se encontró que el 13% de la población sufría de Dependencia al Alcohol. De estos el 47% tenía un diagnóstico asociado. Las mujeres alcohólicas tuvieron más diagnósticos asociados que los varones (65% vs. 44%). De otro lado las mujeres tuvieron más diagnósticos que los varones en Depresión Mayor (19% vs. 5%), en Trastorno Fóbico (31% vs. 13%), en Trastorno de Pánico (7% vs. 2%); mientras que los hombres superaron a las mujeres en los Trastornos Adictivos asociados (31% vs. 19%), y en el Trastorno de Personalidad Antisocial (15% vs. 10%) (Blume, 1991, 1998).

Posteriormente se han recopilado diversos estudios en muestras clínicas tanto en mujeres alcohólicas, como aquellas dependientes a opiáceos y a la cocaína desde la década del 80, los cuales han refrendado los hallazgos del ECA. En tal sentido tales estudios encontraron que el Trastorno Depresivo Mayor, la Distimia fueron los diagnósticos más prevalentes y significativamente en mayor proporción que en los varones. A su vez, en segunda instancia destacaron los trastornos de ansiedad, en especial el trastorno de pánico, como la Fobia y menor tasa de frecuencia de Trastorno de Personalidad Antisocial y menor tasa de adicciones ilegales que los varones. (Blume, 1991, 1993, 1998; Saavedra, 1997).

Dado que la *Depresión Mayor* es una de las condiciones comorbidas más frecuentes, es importante destacar algunos hallazgos diferenciales con el varón. En primera instancia, el alcoholismo femenino fue secundario a un trastorno Depresivo en el 66%, mientras que en el varón el 22% lo fue así y el 78% fue primario.

Cuando a las mujeres en tratamiento por alcohol se les pregunta acerca de sus razones para buscar ayuda, la razón citada con más frecuencia es depresión. Los promedios de depresión entre los alcohólicos varía dependiendo de los sujetos de estudio, las herramientas de evaluación y las definiciones de depresión. La prevalencia reportada ha variado entre 30 a 70%. Aquí los estudios más interesantes han sido los longitudinales, de los cuales resalta el meta análisis de Hartka y Jhonstone a inicios de la década del 90, en el sentido que evaluaron 8 estudios longitudinales poblacionales hallando que para las mujeres (y no los hombres) los síntomas depresivos predijeron la cantidad de alcohol en el seguimiento y lo mismo se halló que la cantidad de alcohol predijo los síntomas depresivos en el futuro.

Del mismo modo, en otro estudio también se halló que las disfunciones sexuales en la mujer también fue otro predictor de consumo excesivo de alcohol en la mujer a los 5 años de seguimiento. (Blume, 1998). Muchas explicaciones se han postulado acerca de la alta prevalencia de desorden afectivo entre mujeres bebedoras. La hipótesis que las mujeres se automedican con alcohol una vez que ellas empiezan a experimentar síntomas depresivos ha sido discutido por Schuckit y Monteiro, quienes encontraron que muchas mujeres con depresión mayor tendían ya sea a no alterar o disminuir su ingesta de alcohol después de empezar a experimentar síntomas depresivos. No obstante ello, pareciera ser que los síntomas depresivos en la mujer pueden representar una condición psicológica que de alguna manera predispone a la ingesta excesiva de alcohol, la dependencia al alcohol y quizás la dependencia a otras drogas.

A su vez, el incremento de riesgo de eventos traumáticos en la mujer, tales como abuso sexual pueden ser los mediadores para síntomas de desmoralización, baja autoestima frecuentemente asociados con depresión. (Blume, 1998). Si es causa o consecuencia de la bebida, el tamizaje para la depresión es crítica en ambientes de atención primaria. Al mismo tiempo, debería observarse que la depresión puede enmascarar los signos de abuso de alcohol.(Stein, 1997).

La combinación de alcoholismo y depresión posiciona en una situación de alto riesgo para la conducta suicida. Las mujeres alcohólicas menores de 40 años fueron cinco veces mas probables ha intentar suicidio que las mujeres no alcohólicas. Este riesgo de suicidio acentuado empieza en la adolescencia. Las chicas adolescentes que beben en mas de cinco ocasiones por mes son cinco veces mas probables a intentar suicidio que aquellas que nunca beben (26% vs 5%). (Stein, 1997)

Entre alcohólicos adultos, el promedio de suicidio para mujeres iguala al de los varones. Diferenciar los síntomas efectivos verdaderos de los efectos depresivos farmacológicos del alcohol es difícil. Los sentimientos de tristeza pueden ser generados por una combinación de alcohol y las consecuencias sociales y psicológicas debido al consumo. Además, muchos síntomas de depresión (perturbación del sueño, pérdida de apetito, irritabilidad) son también reportados durante el uso de alcohol fuerte y abstinencia. Un parámetro muy aceptado por un gran número de investigadores es esperar hasta 4 semanas para evaluar si se trata o no de un trastorno Afectivo inducido por sustancias. Si el cuadro no remite la probabilidad de estar ante una complicación afectiva es muy elevado. (Stein,M.,1997; Saavedra 1997).

Es importante destacar, que las tasa de suicidios con otros sustancias suelen ser mayores entre mujeres que en varones alcohólicos. Los promedios de intentos suicidas en adictas a heroína son 5 a 20 veces mayor que los promedios de acuerdo a la edad para

la población general. Entre adolescentes que intentan suicidarse, aquellos que usan drogas ilícitas exceden en número al grupo control (no intentos previos) es de 10:1. Los problemas de depresión y familia han sido encontrados que predicen suicidio en un estudio prospectivo de consumidores de heroína, pero el suicidio y sobredosis no fueron asociados.(Stein, 1997).

Otro diagnóstico asociado de importancia lo constituye los desórdenes de alimentación, incluyendo anorexia nerviosa y bulimia, la cuales tienen prevalencias documentadas de consumo de alcohol y abuso de otras sustancias en promedios mucho mas altos que aquellas reportadas en la población femenina general. 20 a 40% de mujeres tratadas por anorexia o bulimia abusan de alcohol o lo usan en exceso.

Contrariamente, las mujeres con desórdenes de abuso de sustancias reportan promedios mas altos de desórdenes de alimentación. Aunque el alcohol es la droga más frecuente usada por pacientes con desórdenes de alimentación, una alta prevalencia de cocaína ha sido notado también. Esta coprevalencia puede ser simplemente un epifenómeno de una población diagnosticada psiquiátricamente, que tiene promedios altos de abuso de sustancias que la población general como demostró el ECA. La coprevalencia es más alta entre mujeres jóvenes en muestras de comunidad. El hacer dieta, la rutina entre la secundaria y la universidad, también ha sido asociado con el uso de alcohol y otras drogas. Estos estudios transversales que relacionan los dos diagnósticos no clarifican la relación entre tiempo de aparición o cambios en la dieta y abuso de drogas. (Stein, 1997).

Una posible explicación para estos descubrimientos es que ambos desórdenes son expresiones del mismo problema de base; la explicación alternativa es que un desorden lleva al otro. Estas dos explicaciones pueden no ser mutuamente exclusivas. La hipótesis de la patología común de base es sustentada por el descubrimiento que los pacientes con desórdenes de alimentación son mas probables a tener historias de familia de abuso de alcohol y otras drogas con tasas que oscilan entre el 20 y el 60% (Blume, 1991). Interesantemente,

los estudios de animales sugieren que los animales deprivados de comida se autoadministran drogas. Así la deprivación de comida refuerza el uso de drogas. Algunas mujeres usan agentes anoréticos, y estas drogas podrían actuar como caminos al uso de otras drogas. Si un desorden predispone a otro desorden, debería haber una secuencia característica de problemas. Muchos estudios pequeños han notado que los desórdenes de alimentación usualmente anteceden la aparición de abuso de alcohol u otras drogas.

Otros diagnósticos asociados en la mujeres se refiere al juego patológico, si bien se sabe que las mujeres tiene menor tasa que los varones en cuanto al juego patológico, se sabe que las mujeres suelen jugar para escapar o afrontar con la depresión, mientras que los varones suelen jugar más como elemento hedonístico per se. De otro, lado se sabe que las mujeres suelen estar subrepresentadas en los programas de tratamiento y consituyen apenas entre el 2% al 4% en la membresía de Jugadores Anónimos a nivel norteamericano. (Blume, 1991; Schneider, 1997).

En el plano de los trastornos de personalidad, los estudios clínicos en muestras de mujeres dependientes (especialmente al alcohol) en el ámbito internacional han hallado desde la década del 80 tasas de personalidad borderline (PBOR) entre el 13% al 66%. Guarismos bastante elevados, considerando que las tasas de PBO, en la población general han oscilado entre el 0,2% y 1,8%, mientras que a nivel de la atención primaria y pacientes ambulatorios las tasas han alcanzado entre el 8% y el 11%, mientras que en los hospitalizados han oscilado entre el 14% y 20%. (Dimeff, 1998). Del mismo modo, evaluado desde la perspectiva de los pacientes borderline la tasa de alcoholismo en poblaciones clínicas de mujeres ha alcanzado hasta el 47% (Blume, 1991). En el plano nacional peruano, el diagnóstico de personalidad más frecuente ha sido la de personalidad Histriónica con tasas de hasta 17%. Tal situación es bastante frecuente en la práctica clínica en especial en mujeres con dependencia al alcohol, sedantes y con antecedentes de maltrato conyugal y cuadros depresivos crónicos. (Saavedra, 1997).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armentano, M. (1998):** Adolescent Substance Abuse and Psychiatric Comorbidity. En: Principles of Addiction Medicine Graham, A., Schultz, T.(Eds.), American Society of Addiction Medicine, Maryland, USA,1161-1169.
- Babor, Th. (1996):** The Classification of Alcoholics. Typology Theories From the 19<sup>th</sup> Century to the Present. Alcohol, Health and Research, 20: 6-14.
- Barbee, J. y Crapanzano, M., (1989):** Alcohol and Substance Abuse among Schizophrenic Patients presenting to an emergency psychiatric service. J. Nerv Mnet Disease, 177: 400-407.
- Blume, Sch. (1990):** Alcohol and Drug Problems in Women: Old Attitudes, New Knowledge. En: Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse. Milkman, H., Sederer, LL. (Eds.), Lexington Books, Lexington
- Blume, Sch. (1991):** Women, Alcohol and Drugs. En: Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. Miller, N. (Ed.) Marcel Dekker, New York: 147- 177.
- Blume, Sch. (1998):** Understanding Addictive Disorders in Women. En: Principles of Addiction Medicine, Graham, A., Schultz, T. (Eds.), American Society of Addiction Medicine, Maryland, USA,1173-1190
- Brady, K., Myrick, H. y Sonne, S. (1998):** Comorbid Addiction and Affective Disorders. En: Principles of Addiction Medicine Graham, A., Schultz, T.(Eds.), American Society of Addiction Medicine, Maryland, USA,983-992.

- Cavanaugh, R., Pickett, F. y Rogers, P. (1998):** Screening for Substance Abuse in Children and Adolescents. En: Principles of Addiction Medicine, Second Edition, Graham, A., Schultz, T.(eds.), American Society Addiction Medicine, Maryland, USA,1129-1144.
- CONTRADROGAS, INEI (1999):** Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas CONTRADROGAS, Lima, Perú.
- Dimeff, L., Anne, K. y Linehan, M. (1998):** Borderline Personality Disorders. En : Principles of Addiction Medicine, Graham, A., Schultz, T.(Eds.), American Society of Addiction Medicine, Maryland, USA,1063-1080.
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., y col. (1998):** Substance Misuse and Psychiatric Comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. Addictive Behaviours,23,6, 909-919.
- Goldsmith, R. y Ries, R. (1998):** Substance Induce Mental Disorders. En: Principles of Addiction Medicine, Second Edition, Graham A., Schultz, T. (Eds.),American Society of Addiction Medicine, 969-981.
- Kaminer, Y. (1999):** Addictive Disorders in Adolescents. En: The Psychiatric Clinics of North America, Addictive Disorders, 22,2, 275-288.
- Kushner, M., Sher, K. y Beitman, B. (1990):** The relation between alcohol problems and the Anxiety Disorders. Am J Psychiatry, 147:685-695.
- Lie, N. (1992):** Follow-up of Children with attention déficit Hiperactivity (ADHD), Acta Psychiatrica Scandinavica. (Suppl. 386), vol 85.

- Merikangas, K., Metha, R., Molnar, B. y col (1998):** Comorbidity of Substance Use Disorders with Mood and anxiety Disorders: Results of the International Consortium in Psychaitric Epidemiology. *Addictive Behaviour*, 23, 6, 893-907.
- OPCION (2001):** Epidemiología del consumo de Drogas. En: *Fundamentos Teóricos de las Adicciones*. Campos, P., Galvez, P., Humabachano, J., Meneses, G., Rivera, G., Saavedra-Castillo, A., Serna, J., Saavedra, C.(Eds.), NAS, 5ta Edición, 41-77.
- Ries, R. (2000):** Assessment and Treatment of Patients with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other drug Abuse. Treatment Improvement Protocol, TIPS, Series N° 9, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, U.S. Department of Health and Human Services.
- Rudnick, F. (1998):** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders, Intermittent Explosive Disorder, and Eating Disorders. En: *Principles of Addiction Medicine* Graham, A., Schultz, T.(Eds.), American Society of Addiction Medicine, Maryland, USA, 1029-1046.
- Saavedra-Castillo, A. (1997):** Comorbilidad en Alcoholismo Serie: Monografías de Investigación N°5, INSM HD-HN 51-111.
- Saavedra-Castillo, A. (1994):** Epidemiología de la Dependencia a Sustancia en el Perú. *Rev de Neuropsiquiatría*, 57: 150-169.
- Saavedra, A. (1997).** Manual de Atención Primaria para e Manejo de los Problemas Relacionados al Uso y Abuso de Alcohol. Parte I-II, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, Ministerio de Salud.

- Sederer, L. (1990):** Mental Disorders and Substance Abuse. En: Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse. Milkman, H., Sederer, L., (Eds), Lexington Books, 163-181.
- Schneider, J. y Irons, R. (1997):** Treatment of Gambling, eating and sex addictions. En: Manual of Therapeutics for Addictions. Miller, N., Gold, S., Smith, D.(Ed.), Jhon Wiley & Sons, 225-245.
- Stein, M. y Cyr, M. (1997):** Women and Substance Abuse. En: Alcohol and Other Substance Abuse. The Clinics of North America. Samet, J., Stein, M.; O'Connor, P.(Eds.), 81, 4: 979-998.
- Strenberg, D. (1991):** Suicide in Drug and Alcohol Addiction. En: Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction, Miller, N. (Ed.), Marcel Dekker, New York, 663-679.
- Strang, J. y Connell, P. (1985):** Clinical aspects of drug and alcohol abuse. En: Child and adolescent Psychiatry. Rutter, M., Hersov, L.(Eds.), Blackwell Scientific Publication, Oxford, London: 501-514.

Esta publicación se terminó de imprimir en abril  
del 2004 en el Centro de Ediciones de CEDRO,  
Ubicada en la Av. Roca y Boloña 271, San  
Antonio, Miraflores, Lima-Perú.