

## **Comorbilidad psiquiátrica en la dependencia alcohólica (II): Alucinosis alcohólica, celotipia y otros trastornos.**

Carmen Romero-Mohedano\*, Guadalupe Espárrago-Llorca\*\*, Laura Carrión-Expósito\*\*

\* Facultativo Especialista de Área Psiquiatría. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla). \*\* Médico residente de Psiquiatría. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Dirección postal: Dra. Carmen Romero-Mohedano. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Merced. Avda. Constitución, 2. 41640 Osuna (Sevilla). Tfno-fax: 955 077257. E-mail: h82carom@yahoo.es

Declaración de intereses: ninguna.

### **Resumen.**

En la actualidad, la alucinosis y la celotipia, antes consideradas entidades propias, se recogen en las clasificaciones diagnósticas más reconocidas dentro de la categoría de trastornos psicóticos inducidos por el alcohol (con predominio de alucinaciones o de delirios). La alucinosis es una forma infrecuente de psicosis orgánica subaguda que sigue al alcoholismo crónico.

Consiste en alucinaciones auditivas con un nivel de conciencia normal, y generalmente tiene buen pronóstico con el tratamiento adecuado. Es primordial diferenciarlo del delirium tremens y otros cuadros psicóticos más graves. En la celotipia el sujeto sufre delirio de celos, siendo fundamental determinar el riesgo de agresividad hacia la pareja y poder actuar consecuentemente. Los diferentes estudios de comorbilidad realizados señalan la alta probabilidad de que un alcohólico padezca a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental.

Se revisan aquí las distintas posibilidades de relación entre los trastornos comórbidos y el trastorno por uso del alcohol, la prevalencia de las distintas patologías coexistentes posibles, así como la importancia, impacto y consecuencias de la patología dual en estos pacientes.

**Palabras clave:** Alcoholismo. Alucinosis-alcohólica. Celotipia. Comorbilidad.

Psychiatric comorbidity in alcohol dependence (III): Hallucinosi, jealousy delusion and other disorders.

### **Abstract.**

Nowadays, alcoholic hallucinosis and jealousy delusion, not so long ago considered as independent entities, are now dealt with, in the majority of the most acknowledged diagnostic classifications, in the category of alcohol misuse induced psychotic disorders (with a prevailing presence of hallucinations or delusion).

On the one hand, hallucinosis is an infrequent type of subacute organic psychosis following chronic or ingrained alcoholism, consisting of auditory hallucinations while in normal levels of consciousness. It generally has a good prognosis with the appropriate treatment. It is absolutely essential to distinguish and

differentiate this disorder from delirium tremens and others with a more serious prognosis, and also another psychotic episodes.

On the other hand, in jealousy delusion the patient experiences or suffers from episodes of pathological and irrational jealousy – being fundamental to establish potential risks of physical aggressive behaviour towards his or her couple in order to be able to cope and act in accordance -. Surveys on the issue of comorbidity show that there is a high degree of probability for an alcoholic to suffer from some type of mental disorder in lifetime.

Finally, this paper aims to review the different possibilities of interrelation between comorbid disorders and alcohol dependence; the prevailing importance of the different coexisting pathologies that may be possible; and also the importance, impact and consequences of the dual pathology in these patients.

**Key words:** Alcoholism. Alcoholic-hallucinos. Jealousy-delusion. Comorbidity.

### **1. Trastorno psicótico inducido por alcohol.**

Ubicación nosológica en la CIE-10 y DSM-IV. Incluye: Alucinosis alcohólica; Celotipia alcohólica; Paranoia alcohólica; Psicosis alcohólica sin especificación.

En las últimas ediciones de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), todos estos trastornos se engloban bajo la categoría de trastorno psicótico inducido por una sustancia. Así, los encontraremos como:

- F10.51 Trastorno psicótico inducido por el alcohol con delirios.
- F10.52 Trastorno psicótico inducido por el alcohol con alucinaciones.

Especificando el momento en el que se inicia (durante la intoxicación o durante la abstinencia).

En primer lugar y para ayudar a entender esta definición repasaremos algunos conceptos claves:

-Trastorno psicótico primario: cuando los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia o aparecen tras largos períodos de abstinencia, exceden de lo esperable dada la cantidad, tipo o duración de uso de la sustancia consumida, persisten más de 1 mes y cuando hay antecedentes de episodios previos.

-Trastorno psicótico inducido: se caracteriza porque los síntomas (alucinaciones o ideas delirantes), que no cumplen criterios de trastorno primario ni aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium, se consideran efectos directos de la sustancia y aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia de sustancias. Además, los síntomas son excesivos en relación a los asociados con la intoxicación o abstinencia y son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Los trastornos psicóticos inducidos por el alcohol se caracterizan por alucinaciones auditivas, ideas delirantes, falsos reconocimientos, alteraciones psicomotoras y estados emocionales anormales. El nivel de conciencia suele ser normal, aunque también puede darse un cierto grado de obnubilación sin llegar a la gravedad de un estado confusional. Habitualmente son de corta duración (suelen resolverse parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses), a no ser que se reinicie la ingesta de alcohol. Es muy importante no confundirlos con un trastorno psiquiátrico más grave. Por otra parte, debemos considerar la

posibilidad de que el consumo de la sustancia puede precipitar o empeorar otro trastorno mental como una esquizofrenia, un trastorno afectivo o un trastorno paranoide o esquizoide de la personalidad. En estos casos no es adecuado el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias psicotropas.

A continuación pasaremos a describir los trastornos psicóticos inducidos por alcohol más importantes:

### 1.1. Alucinosis alcohólica.

Se considera una forma definida y clásica de psicosis orgánica, rara pero importante, de curso subagudo, que se asocia con alucinaciones auditivas vívidas de al menos una semana de duración y que suele aparecer durante la ingesta o tras haber interrumpido o al menos reducido un consumo importante de alcohol en sujetos que llevan varios años bebiendo (frecuentemente entre el segundo y quinto día, aunque también puede aparecer al cabo de dos semanas). Estos casos más tardíos pueden conducir a diagnósticos erróneos de esquizofrenia y prolongados tratamientos con neurolépticos (1-6).

Es cuatro veces más frecuente en varones. La conciencia aparece clara, aunque un examen cuidadoso mostrará cierto menoscabo funcional con disminución de la capacidad de atención y concentración (3). No obstante, a veces puede aparecer un estado de hiperalerta. No hay signos ni síntomas de hiperactivación autonómica (3-5).

Las alucinaciones pueden comenzar como ruidos simples, que gradualmente son reemplazados por voces claras que a veces se dirigen directamente a la persona y otras, comentan entre ellas acontecimientos de la vida del sujeto (3). Las voces suelen ser percibidas por el sujeto como malignas y amenazantes (le hacen reproches, lo acusan o maltratan), en algunos casos pueden convertirse en imperativas, aunque algunos pacientes refieren oír voces agradables que no les perturban (2). Pueden ser ocasionales o persistentes generando en el paciente respuestas emocionales diversas mostrándose estresado, asustado, intranquilo o agitado, respondiendo con comportamientos de defensa incontrolados con peligro para quienes lo rodean o con conductas suicidas. Esta posibilidad es alta, por lo que hay que tenerlo siempre en consideración (3,5).

Las alucinaciones suelen durar aproximadamente una semana. Durante este período es frecuente que el sujeto tenga perturbado su sentido de la realidad (2) pero una vez remitido, la mayoría de los pacientes reconoce la naturaleza alucinatoria de los síntomas. Suele aparecer ideación delirante de contenido paranoide o persecutorio secundaria a las alucinaciones como interpretación de las mismas (3,5).

Las pistas para el diagnóstico nos las darán la historia previa de consumo importante de alcohol, la ausencia de trastornos formales del pensamiento y la falta de antecedentes personales y familiares de esquizofrenia o manía (4). El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con el delirium tremens, con otros cuadros alucinatorios secundarios a estimulantes en los que también se consume alcohol, otros estados alucinatorios orgánicos (tóxicos, fármacos, comicialismo, desaferentación) (7) y con los trastornos esquizofrénicos. El diagnóstico diferencial con el delirium tremens se basa en que las alucinaciones auditivas pueden acompañar a las visuales en esta entidad, pero las visuales predominan en el cuadro clínico. También por la alteración del nivel de conciencia y la presencia de ansiedad, temblores y agitación (1-5).

Los cuadros alucinatorios producidos por anfetaminas o cocaína son clínicamente indiferenciables de los debidos a alcohol. La historia de consumo y las determinaciones de tóxicos en orina pueden ser orientativas de la sustancia responsable del trastorno (1). En el caso de los trastornos esquizofrénicos, puede existir cierto grado de solapamiento sintomatológico entre ambos, pero para diagnosticar de esquizofrenia es necesario que los síntomas perduren más de seis meses. Además, las características fenomenológicas de los fenómenos alucinatorios (alucinaciones internas en segunda persona en la esquizofrenia; alucinaciones externas en tercera persona en alucinosis), su asociación temporal con la supresión de alcohol, la falta de antecedentes familiares y personales de esquizofrenia, la ausencia de alteraciones en el curso del pensamiento y la existencia de congruencia con el estado de ánimo lo delimitarán de los cuadros esquizofrénicos (3,6).

El tratamiento consistirá en proporcionar información y tranquilizar al paciente y a su familia, prevenir el desarrollo de un síndrome de abstinencia, prescribir vitaminas, benzodiazepinas y neurolépticos incisivos, a lo que suele responder con rapidez (7).

El pronóstico suele ser bueno (8), mejorando en unos días o semanas siempre que la persona se mantenga abstinente. Las alucinaciones remiten durante la primera semana aunque ocasionalmente pueden persistir de forma crónica. En este caso es fundamental que el clínico considere otros trastornos psicóticos en el diagnóstico diferencial (2).

#### 1.2. Delirio de celos o celotipia.

En las clasificaciones actuales se codifica en el apartado de trastornos delirantes crónicos. No se ha podido confirmar específicamente la etiología etílica de esta enfermedad, por lo que considerar la celotipia alcohólica como una entidad propia es debatible. Sin embargo, la experiencia clínica confirma que esta asociación es extraordinariamente frecuente hasta el punto que es raro que un celotípico no sea consumidor importante de alcohol (7). En este sentido, el mejor diagnóstico para estos pacientes sería trastorno delirante combinado con dependencia alcohólica (9).

Estudios tempranos mostraron que un uso indebido del alcohol exacerbaba los celos patológicos, lo cual es cuestionable, ya que estos en realidad son secundarios al consumo de la sustancia. Una explicación probable es que los celos emerjan tras la intoxicación debido a la desinhibición producida por la sustancia (10). En concreto se trata de un trastorno delirante crónico con contenido de celos, es decir, el paciente se muestra convencido de estar siendo engañado por su mujer (más frecuente en varones), aportando interpretaciones y sospechas infundadas. Se añade una hostilidad manifiesta hacia su pareja, con potencial riesgo de heteroagresividad (7,8). Lo más importante es evaluar la resonancia emocional y conductual del delirio, indicando ingreso en caso de existir riesgo para el paciente o su entorno.

El tratamiento consiste en indicar abstinencia de alcohol y administración de neurolépticos. La proximidad de esta enfermedad al fenómeno obsesivo-compulsivo ha hecho considerar que podría responder a sustancias de probada eficacia empleadas en este trastorno. Así, se han ensayado en el tratamiento de la celotipia antidepresivos ISRS (fluoxetina), que parecen útiles para mitigar la angustia de pacientes con celotipia (11).

### 1.3. Trastorno delirante inducido por alcohol.

Se trata de un cuadro en el que predominan ideas de contenido megalomaniaco, persecutorias, paranoides o de celos que aparece en el contexto de intoxicaciones, sin que existan fluctuaciones de la conciencia. No hay fenómenos sensorceptivos pero sí trastornos psicomotores y una respuesta emocional excesiva congruentes con el contenido del delirio (3). Incluiría a los antiguos cuadros de "alucinosis que se esquizofrenizan", término bastante impreciso. Se trata con abstinencia y antipsicóticos. El pronóstico suele ser bueno con remisión en torno a un mes y desaparición completa a los seis meses, aunque algunos evolucionan de forma tórpida y crónica.

## 2. Patología Dual y Comorbilidad.

La mayoría de los pacientes alcohólicos presentan algún otro trastorno psiquiátrico o drogodependencia a lo largo de su vida, según el estudio de comorbilidad nacional de EEUU (N.C.S.) (12). Pueden aparecer antes, una vez la dependencia ya está establecida o en etapas tardías de la misma. En estos últimos se tiende a considerar la dependencia como un factor de vulnerabilidad para dichos trastornos (1). Por otra parte, el alcoholismo puede ser una consecuencia de la ansiedad o de los trastornos del estado ánimo (alcoholismo secundario); pero también puede desarrollarse independientemente, antes o después (alcoholismo primario)(5). De esta forma, el consumo abusivo de alcohol puede ser una conducta que suponga una complicación más en sujetos que padecen independientemente otro trastorno mental de base (Patología dual) (3).

Precisamente, es fundamental tener en cuenta que el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) puede precipitar, agravar o moderar los síntomas psiquiátricos y a la inversa, dificultándose el proceso diagnóstico y terapéutico. A continuación enumeramos las distintas posibilidades de relación entre el trastorno por uso de sustancias, en el caso que nos ocupa, alcoholismo, y los diferentes trastornos psiquiátricos comórbidos:

- Los síntomas psiquiátricos pueden aparecer secundariamente al TUS. El abuso o dependencia de alcohol u otras drogas pueden inducir síntomas psiquiátricos de novo (que podrán remitir o no después de la abstinencia), o determinar un empeoramiento del trastorno comórbido. Por lo general, el tipo, duración y gravedad de estos síntomas se correlacionan con el tipo, dosis y cronicidad del consumo de sustancias.

- Los síntomas psiquiátricos se deben a la abstinencia de la droga, pudiendo incluso confundirse con múltiples trastornos psiquiátricos.

- Los trastornos psiquiátricos pueden predisponer o precipitar los TUS. Los sujetos emplean las drogas para aliviar ciertos síntomas psiquiátricos o evitar los efectos secundarios de fármacos, es decir, como una forma de "automedicación". Es el llamado "bebedor enfermo psíquico" que bebe para paliar la tristeza, la ansiedad o potenciar la manía.

- La patología dual puede desencadenarse por un factor común de vulnerabilidad, genético, ambiental o de otro tipo.

- Ambos trastornos puedan coexistir como fenómenos totalmente independientes.

La patología dual se asocia con peor pronóstico: peor adherencia y respuesta global al tratamiento y en consecuencia, mayor probabilidad de recaídas y de hospitalización, cifras de discapacidad más elevadas,

tasas más altas de violencia, problemas legales, desempleo, suicidios o conductas parasuicidas, problemas familiares y “homelessness”. Su importancia e impacto vienen dados por su alta frecuencia de aparición, por las dificultades para su abordaje terapéutico y por su peculiar situación asistencial, ya que ambos trastornos son atendidos por redes asistenciales diferentes, quedando estos pacientes en terreno fronterizo y común para ambos (3).

Los índices de prevalencia de los diferentes trastornos comórbidos asociados a la dependencia alcohólica son variables dependiendo de la muestra estudiada (4), de la metodología del estudio, el ámbito y alcance del mismo, del marco en que se realice y del instrumento empleado (3). Así, esta prevalencia es mayor en poblaciones hospitalarias que en las comunitarias. Y más en cohortes de pacientes psiquiátricos que alcohólicos, ya que los pacientes alcohólicos con trastornos comórbidos tienden a buscar más frecuentemente ayuda de servicios especializados.

En las mujeres con problemas de alcohol la incidencia y gravedad de los trastornos comórbidos es aún mayor. Esta prevalencia se modifica en función de patrones socioculturales: así, se ha observado que en países con un acceso más limitado a los servicios sanitarios y con menor grado de tolerancia social, la comorbilidad en pacientes psiquiátricos es menor mientras que la presencia de trastornos mentales entre alcohólicos es mayor (3).

Como ya se ha mencionado más arriba, más de la mitad de los alcohólicos van a presentar a lo largo de su vida otro trastorno mental. Un estudio canadiense sobre personas alcohólicas mostró que un 65% poseía un diagnóstico DSM-III coadyuvante (4).

Entre las mujeres con alcoholismo predominan los trastornos de ansiedad y afectivos. Entre los hombres, las otras drogodependencias y el trastorno de personalidad antisocial son los más prevalentes. Agrupando hombres y mujeres predominan los trastornos de ansiedad, afectivos y el trastorno de personalidad antisocial (3). Una gran proporción de personas que presentan trastornos psiquiátricos graves, como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad o dependencia de otras sustancias, pueden presentar también un consumo abusivo de bebidas alcohólicas, lo cual contribuye a una mayor gravedad de su patología psiquiátrica o adictiva, además de otras posibles consecuencias negativas. Además, el consumo prolongado y desmedido de alcohol puede generar cuadros de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y disfunción sexual, en los que debe realizarse un correcto diagnóstico diferencial para evitar errores terapéuticos.

El National Comorbidity Survey fue un estudio realizado en los EEUU llevado a cabo entre 1990-1992, en el que se tomó una muestra representativa a nivel nacional de pacientes que presentaban trastornos mentales y abuso de sustancias. El NCS2, entre 2001-2003, supuso la segunda fase del estudio prospectivo, empleando como muestra los pacientes respondedores de la muestra inicial.

Los hallazgos obtenidos durante el período de seguimiento demuestran que padecer una enfermedad mental de base supone un factor de riesgo para el inicio de consumo de nicotina, alcohol y otras sustancias ilegales. Fueron particularmente significativas las asociaciones encontradas entre los trastornos del comportamiento y ciertos trastornos del humor y ansiedad y el uso de sustancias (13). Estos pacientes usan y abusan del alcohol buscando mitigar su clínica y/o ser capaces de afrontar los requerimientos de la vida cotidiana (3):

- Los ansiosos y depresivos consumen para contener los síntomas emocionales causantes de su malestar.
- Los fóbicos sociales en un intento de poder establecer algún tipo de relación social.
- Los pacientes maníacos consolidan y fomentan sus estados morbosos de euforia.
- Los pacientes con psicosis esquizofrénica intentan controlar sus síntomas positivos y negativos, disminuir la ansiedad social, la disforia, el insomnio y otros síntomas no psicóticos pero desagradables (4).

Esta forma de consumo siempre ejerce un importante efecto perjudicial sobre los mismos. La presencia de un trastorno mental comórbido con el uso de alcohol dificulta el reconocimiento, diagnóstico y asistencia del paciente que lo padece. Su clínica suele ser más abigarrada y confusa con un mayor número de complicaciones médicas, sociales e interpersonales, disminuye la adherencia terapéutica con mayor riesgo de recaída, requieren más hospitalizaciones, aumentan los costes, y las complicaciones más temidas, como el suicidio, se hacen más probables. La evolución va a estar caracterizada por empeoramientos y recaídas en ambos trastornos, que interactúan recíprocamente. Esto hace necesario la elaboración de planes terapéuticos específicos y una adecuada coordinación entre las redes asistenciales (3).

#### 2.1. Trastornos afectivos.

Aproximadamente un 30-40% de las personas con trastorno por dependencia del alcohol cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor alguna vez en su vida (2). Dicha comorbilidad eleva el riesgo de cometer suicidios y de consumo de otras sustancias. Más del 20% de los alcohólicos han intentado suicidarse y alrededor del 15% mueren en el intento. Pero las consecuencias de la comorbilidad van más allá, al poder producirse un retraso en el diagnóstico con el consecuente impacto negativo en el tratamiento y pronóstico de ambos procesos (14).

El elevado grado de solapamiento entre ambas patologías sugiere una transmisión genética común, aunque los estudios de heredabilidad indican que se trata de dos trastornos que se transmiten independientemente. También es posible que en las mujeres ambos trastornos compartan aspectos parciales de heredabilidad (1). Entre los factores predisponentes para la aparición de episodios depresivos se han considerado: sexo femenino, historia familiar de trastornos afectivos y/o alcoholismo, elevada ingesta diaria de alcohol, comienzo precoz del consumo, estar divorciado, nivel socioeconómico bajo, antecedentes personales de algún trastorno de ansiedad, consumo de otras drogas e intentos previos de suicidio (1-3).

A la hora de tratar enfermedades comórbidas es muy importante tener en cuenta la distribución por género de la depresión y alcoholismo para no olvidar, en la evaluación de una mujer que consulta por depresión, la posibilidad de coexistencia de alcoholismo; así como, la posibilidad de depresión en un varón alcohólico, por las repercusiones que ello conlleva (15). En algunos casos, la depresión es la que ha conducido al consumo, constituyendo una forma de automedicación (“bebedor enfermo psíquico”).

Por el contrario, un 25-65% de las personas alcohólicas pueden llegar a sufrir depresiones secundarias en algún momento de su vida (4). Influye el deterioro familiar, social y laboral que genera el consumo crónico. Por otra parte, también influye el efecto depresógeno, por la inhibición del SNC, del propio etanol, que tomado regularmente en dosis altas puede provocar sentimientos de tristeza (7). Los episodios de



abstinencia o privación relativa pueden producir clínica depresiva, aunque también excitabilidad y nerviosismo (5).

El diagnóstico de trastorno afectivo inducido sólo debe ser efectuado cuando los síntomas causen daño clínicamente significativo o malestar social, ocupacional o en otras áreas de funcionamiento (5). Y en cuanto a su tratamiento, lo más importante es promover la abstinencia, que mejora la clínica depresiva tras unas semanas. Los resultados obtenidos en los estudios realizados durante la última década, así como la mejora en la evaluación y detección diagnóstica de depresiones en pacientes alcohólicos apoya el uso de antidepresivos en esta población con el fin específico de mejorar los síntomas depresivos. La mayoría de estos estudios demuestran que los antidepresivos tienen relativo poco impacto en reducir la ingesta de alcohol incluso cuando resultan eficaces en mejorar la clínica depresiva (16). Algunos clínicos recomiendan emplear fármacos antidepresivos cuando los síntomas de depresión persistan tras 2-3 semanas de la abstinencia de alcohol (2).

También se han descrito elevadas tasas de comorbilidad con el trastorno bipolar. La comorbilidad es más prevalente con los episodios de manía ya que se piensa que estos pacientes emplean el alcohol para potenciar la euforia maníaca (2). La presencia de un trastorno bipolar y alcoholismo supone un inicio más precoz de los síntomas afectivos, mayor riesgo de suicidio, agresión y violencia (sobre todo en pacientes psicóticos), menor respuesta al litio, peor cumplimiento de la medicación, más hospitalizaciones y más probabilidades de manía mixta o de cicladores rápidos, y puede dificultar el tratamiento del abuso de sustancias (17).

## 2.2. Tentativas de suicidio.

Las tasas de suicidio a lo largo de la vida del paciente alcohólico son muy variables y se estiman en un 3-5%. Un 5-7% de las muertes de los pacientes alcohólicos son debidas al suicidio, de forma que los sujetos con dependencia y depresión se constituyen como grupo de especial riesgo (1). El alcohol es un factor de riesgo de suicidio tan importante como la depresión, con tasas entre 60 y 100 veces superiores a la observada en la población general (1). El 15-25% de los suicidios son cometidos por personas con problemas a causa del alcohol (1).

Se ha estudiado que en individuos con alcoholismo y depresión comórbida una mayor disfunción serotoninérgica puede estar asociada con un mayor riesgo de suicidio. Del mismo modo, la disfunción dopaminérgica puede jugar un papel importante en la fisiopatología del comportamiento suicida en pacientes alcohólicos. El daño cerebral y los déficits neurobiológicos relacionados con el abuso del alcohol pueden contribuir también a la conducta suicida (18). Por otra parte, la mayor frecuencia y severidad de conductas autolíticas en sujetos con depresión y alcoholismo comórbido parecen estar relacionadas con rasgos agresivos asociados. Se postula que alcoholismo, agresividad, tabaquismo y suicidio puedan tener sustratos biológicos comunes (19).

Los factores de riesgo para las tentativas son: sexo masculino, juventud, consumir alcohol de alta graduación, patología depresiva o ansiosa concomitante, estresores vitales, dificultades interpersonales, alta impulsividad, desesperanza, abuso de otras sustancias (especialmente cocaína), antecedentes de tentativas previas, presencia de enfermedad grave, desempleo, escaso apoyo social y vivir solo (1-4, 20, 21).



Las circunstancias sociofamiliares pueden llevar al paciente a una situación límite sin apoyo alguno, donde la única salida sea el suicidio. Así, las rupturas de pareja están fuertemente asociadas con el comportamiento suicida en pacientes con alcoholismo. La desinhibición del control de impulsos hace que tras ingestas moderadas haya un alto riesgo de realizar gestos autoagresivos (7). De este modo, todos los pacientes con dependencia del alcohol deberían recibir una evaluación del riesgo suicida basándonos en la estimación de estos factores de riesgo.

Igualmente, el conocimiento de factores protectores para el suicidio puede ayudar a prevenir o predecir la conducta suicida. En el alcoholismo son bastante variados y abarcan características biológicas y comportamentales del individuo así como de su entorno y cultura. Entre ellas se incluyen: las creencias culturales o religiosas del sujeto que impulsen la autoprotección, una asistencia clínica eficaz que atienda los trastornos físicos y psiquiátricos, facilitar el acceso a variadas intervenciones clínicas ante las búsquedas de ayuda, restringir el acceso a medios letales, fortalecer las conexiones familiares y los apoyos comunitarios así como trabajar con el paciente habilidades para la resolución de problemas (21).

### 2.3. Trastornos de ansiedad.

Entre el 25-50% de los pacientes con trastornos relacionados con el alcohol también cumplen criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad (2). A la inversa, el 20-45% de los pacientes con trastornos de ansiedad también tienen antecedentes de alcoholismo (5). Las fobias y el trastorno de angustia son diagnósticos especialmente frecuentes en estos pacientes (2). La existencia de sintomatología ansiosa multiplica por cuatro el riesgo de consumo de alcohol respecto de la población general, convirtiéndose en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de alcoholismo (1,3,22).

El sujeto ansioso o con fobias puede aprender a utilizar el alcohol por sus efectos ansiolíticos o desinhibidores, surgiendo los problemas de alcohol como secundarios a esta psicopatología, pero en un número importante de casos el consumo de alcohol es el inductor de estos trastornos. El alcohol se utiliza como automedicación para reducir los síntomas de agorafobia o fobia social, pero probablemente el trastorno relacionado con el alcohol suele preceder al desarrollo del trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada (2,4).

Los trastornos de ansiedad inducidos por alcohol se diagnostican cuando se considera que los síntomas ansiosos están relacionados con los efectos fisiológicos directos del alcohol (5). Pueden presentar ansiedad, ataques de angustia y fobias. Se puede desarrollar durante la intoxicación, abstinencia o hasta cuatro semanas después del cese del consumo. Durante la intoxicación y abstinencia, el diagnóstico debe hacerse sólo cuando la sintomatología excede francamente aquello que se podría esperar de los síntomas de ansiedad durante una intoxicación regular o un episodio de abstinencia.

### 2.4. Trastornos de personalidad.

Se consideran un factor importante a tener en cuenta, ya que influyen en la patogénesis, curso clínico y resultados del tratamiento de la dependencia del alcohol. La literatura se ha centrado principalmente en el trastorno antisocial y trastorno límite, aunque casi todo el espectro de trastornos de la personalidad se puede encontrar en estos casos. En un intento de caracterizar una "personalidad alcohólica" nítida, se ha concedido especial importancia a rasgos como la impulsividad/desinhibición o neuroticismo/afectividad negativa; la importancia de otros rasgos como la extraversión/sociabilidad aún está por aclarar (23).

El trastorno que más se ha relacionado con el alcoholismo es el trastorno antisocial de la personalidad, especialmente frecuente entre los varones que abusan del alcohol. Su prevalencia en la población general es de aproximadamente un 4%, y de los afectados, más del 65% presenta algún trastorno por abuso o dependencia de drogas (1,4). En sujetos con problemas de alcohol, la prevalencia de este trastorno ronda el 15-25%.

#### 2.5. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

Entre el 17% y el 45% de adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) han presentado algún episodio de abuso o dependencia del alcohol. El diagnóstico de TDAH en la infancia dobla el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias en la vida adulta, particularmente cuando va asociado a un trastorno de conducta en la infancia o la adolescencia. Tanto los trastornos de conducta como el TDAH en la infancia pueden tener continuidad con un trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta, y tanto éste como otros trastornos de personalidad presentan una elevada comorbilidad con el abuso de alcohol.

#### 2.6. Trastornos de la conducta alimentaria.

La presencia de bulimia es frecuente entre las mujeres jóvenes con dependencia del alcohol, en especial en las denominadas multiimpulsivas (1).

#### 2.7. Trastornos psicóticos no inducidos.

La esquizofrenia se diagnostica en el 3-4% de los sujetos con problemas debidos al alcohol. Estos sujetos suelen recurrir al alcohol para disminuir su ansiedad u otros sentimientos desagradables, por sintonía con su grupo de referencia y para mitigar efectos secundarios del tratamiento (1).

El abuso de alcohol podría estar asociado al 40-60% de los trastornos psicóticos en los países occidentales, lo cual es motivo de preocupación, ya que va asociado a una falta de cumplimiento de tratamiento. Cerca de la mitad de los pacientes en un estudio prospectivo de 4 años (n=99) que presentaban abuso de sustancias activo (n=42) tenían una mayor probabilidad de no cumplimentar el tratamiento, conductas antisociales, peores resultados del tratamiento, aumento de la tasa de recaídas y hospitalizaciones, más problemática económica, legal, de salud, de alojamiento y una mayor carga familiar, incluso cuando las sustancias de abuso se consumen a dosis bajas (24). En pacientes esquizofrénicos pequeñas cantidades de alcohol producen un mayor efecto, potencian la sintomatología negativa, aumentan los déficits cognitivos observados y aumentan la probabilidad de depresión comórbida.

#### 2.8. Abuso de otras drogas.

Es raro encontrar a un paciente que únicamente tome alcohol. Éste suele emplearse para potenciar el efecto de otras drogas y para paliar los efectos secundarios provocados por otras sustancias (1). Las más habituales en el policonsumo son la nicotina, cocaína, opiáceos y benzodiazepinas. Cuando el abuso de alcohol y cocaína son simultáneos aumenta la probabilidad de presentar síntomas depresivos que pueden ser muy intensos y precipitar autolesiones. Con frecuencia se trata de síntomas "inducidos" por el abuso de drogas, que tienden a remitir espontáneamente tras varias semanas de privación de las mismas.

## 2.9. Juego patológico.

Aparece en el 15-55% de los sujetos con dependencia etílica siendo más prevalente en los hombres que en mujeres (1). El riesgo de presentar alcoholismo es 23 veces mayor en las personas que presentan ludopatía que en la población general. Esta asociación se explica como la expresión de un mismo fenómeno: la conducta adictiva a lo largo de un proceso evolutivo (1): bajo los efectos del alcohol se puede producir un deterioro en la inhibición de respuestas inapropiadas, la capacidad de razonamiento y la asunción de riesgos, que aumenten la probabilidad de apostar y seguir jugando a pesar de estar perdiendo dinero.

## Bibliografía.

- 1.- Gual-Solé A, Rubio-Valladolid G, Santo-Domingo-Carrasco J. Adicciones a sustancias químicas (I) Alcohol. En: Vallejo-Ruiloba J, Leal-Cercós C. (eds). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2005. p. 759-761.
- 2.- Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos relacionados con el alcohol. En: Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Panamericana; 1999. p. 446-458.
- 3.- Giner-Ubago J, Franco-Fernández MD. Problemas relacionados con el alcohol. En: Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 436-438.
- 4.- Frances RJ, Franklin JE. Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds). Tratado de psiquiatría. Barcelona: American Psychiatric Press; 1996. p. 373-396.
- 5.- Mann KF. Alcohol y trastornos psiquiátricos y físicos. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 583-584.
- 6.- Surawicz FG. Alcoholic Hallucinosis: A missed diagnosis. Differential diagnosis and management. Can. J. Psychiatry. 1980; 25: 57-63.
- 7.- Correas-Lauffer J, Ramírez-García A. El paciente alcohólico. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003. p. 234-235.
- 8.- Soyka M. Alcohol-induced psychotic disorders. Nervenheilkunde.2009; 28:533-538.
- 9.- Jiménez-Arriero MA, Hernández B, Manrique IM, Rodríguez-Jiménez R, Giménez MJ, Alfaro GP. Alcoholic jealousy: An old and current dilemma. Adicciones. 2007; 19: 267-272.
- 10.- Arunkumar N, Sunil Kumar S, Ramakrishnan K. Morbid jealousy in alcohol dependence. Indian J. Psychiatry. 2010; 52 (Suppl 1): S21.
- 11.- Zacher A. Pathological jealousy. MMW-Fortschr. Med. 2004; 146: 29-51.
- 12.- Kessler, R.C. The National Comorbidity Survey of the United States. International Review of Psychiatry. 1994; 6: 365-376.

13.- Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR et al. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. 2010; 105:1117-28.

14.- Cottencin O. Severe depression and addictions. *Encephale*. 2009; 35 (Suppl 7): S265-8.

15.- Hanna EZ, Grant BF. Gender differences in DSM IV alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population: clinical implications. *Compr Psychiatry*. 1997; 38: 202-12.

16.- Pettinati HM. Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence. *Biol Psychiatry*. 2004; 56: 785-92.

17.- Brown ES, Suppes T, Adinoff B, Thomas RN. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J. Affect. Disord*. 2001; 65: 105–115.

18.- Sher L. Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *Scientific WorldJournal*. 2006; 6: 700-6.

19.- Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, Grunebaum MF, Burke AK, Zalsman G et al. The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav*. 2005; 30: 1144-53.

20.- Modesto Lowe V, Brooks D, Ghani M. Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harv Rev Psychiatry*. 2006; 14: 241-8.

21.- Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *ScientificWorldJournal*. 2006; 6: 1405-11.

22.- Alegría AA, Hasin DS, Nunes EV, Liu SM, Davies C, Grant BF et al. Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71: 1187-95.

23.- Mellos E, Liappas I, Paparrigopoulos T. Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo*. 2010; 24: 761-9.

24.- Kavanagh DJ, Young R, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N et al. A brief motivational intervention for substance in recent onset psychosis. *Drug Alcohol Rev*. 2004; 23: 151-155.