



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“TRASTORNO BIPOLAR Y ADICCIONES: ABORDAJE PREVENTIVO
DUAL Y ASISTENCIAL EN LA SOCIEDAD ACTUAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO**

AUTOR: DARWIN ADOLPHO MOGROVEJO MOSQUERA

DIRECTORA: DRA. ROSA ELIZABETH SOLORZANO BERNITA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“TRASTORNO BIPOLAR Y ADICCIONES: ABORDAJE
PREVENTIVO DUAL Y ASISTENCIAL EN LA SOCIEDAD ACTUAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO**

AUTOR: DARWIN ADOLPHO MOGROVEJO MOSQUERA

DIRECTORA: DRA. ROSA ELIZABETH SOLORZANO BERNITA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

DARWIN ADOLPHO MOGROVEJO MOSQUERA portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106332992**. Declaro ser el autor de la obra: **"TRASTORNO BIPOLAR Y ADICCIONES: ABORDAJE PREVENTIVO DUAL Y ASISTENCIAL EN LA SOCIEDAD ACTUAL"**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **02 de febrero de 2024**



F:

Darwin Adolpho Mogrovejo Mosquera
C.I. **0106332992**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "TRASTORNO BIPOLAR Y ADICCIONES: ABORDAJE PREVENTIVO DUAL Y ASISTENCIAL EN LA SOCIEDAD ACTUAL" realizado por **MOGROVEJO MOSQUERA, DARWIN ADOLPHO** con documento de identidad No. **0106332992**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 02 de febrero de 2024

Rosa Elizabeth Solórzano B.
Médico Psiquiatra

SerieSyt: 1007315-86064442

F:  0106332992

Dra. Rosa Elizabeth Solórzano Bernita
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo primero a Dios quien es el que me ha permitido cumplir mis sueños y me ha dado la fuerza necesaria para seguir en este largo camino a pesar de las distintas adversidades que se han presentado en el mismo hasta cumplir con mi objetivo.

A mis padres quienes siempre han estado conmigo brindándome su apoyo y fortaleza. Gracias por creer en mí, por enseñarme que cada día puedo ser mejor si me lo propongo, y que los límites están sólo en nuestra mente. Hoy estoy cumpliendo uno de los sueños más grandes que anhelaba mi corazón, esto es por y para ustedes, en especial a mi madre por guiar mis pasos día a día, por ser ese apoyo incondicional en mi vida, pero también ser quien me anclaba a tierra las veces que eran necesarias, eres el pilar fundamental de mi vida.

A mis hermanos, que los amo con todo mi corazón y también han sido partícipes de cada una de mis etapas.

Dedico también este trabajo investigativo a todos y cada uno de los catedráticos de la Universidad Católica de Cuenca que de manera muy profesional y con alto conocimiento intelectual y académico supieron guiarme en mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme y guiarme, a mi familia especialmente a mis padres y hermanos, que a lo largo de estos años me han brindado su apoyo, comprensión, y acciones positivas hasta llegar a culminar mi carrera universitaria.

Doy gracias a la Universidad Católica de Cuenca y a sus honorables catedráticos por compartir sus conocimientos con sus estudiantes, nos enseñaron a luchar por un sueño, a persistir sin importar lo difícil que se torne la carrera, sin duda es un verdadero placer haber compartido un lapso de tiempo en estas instalaciones a receptar sus sabios conocimientos encaminados a la formación profesional de cada uno de sus estudiantes.

RESUMEN

La comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias es de las más relevantes dentro del espectro de la patología dual por su prevalencia y manejo integral. En el DSM-IV, los criterios para “trastorno del estado de ánimo relacionado con sustancias” y “trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica” (es decir, criterios que definen qué síntomas deben enfatizarse) se desarrollaron en un formato similar, los cambios de humor extremos, con ciclos de depresión, manía, hipomanía o una combinación de ambas, son un sello distintivo del trastorno bipolar. Entre el 60 y el 65 por ciento de las personas con trastorno bipolar dependen de sustancias psicoactivas legales o ilegales, especialmente alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína y alucinógenos. Además, el consumo de estas sustancias en individuos predispuestos suele concurrir con trastornos psiquiátricos, que anticipan su aparición, exacerban los síntomas e impiden significativamente el tratamiento farmacológico y psicosocial del paciente tratado. Los esfuerzos médicos tempranos para reducir, regular, tratar y prevenir los episodios de abuso de sustancias son importantes, estas medidas se consideran esenciales para evitar que el trastorno bipolar se deteriore, pase de ser una enfermedad manejable a una condición incapacitante y resistente al tratamiento. Los médicos se esfuerzan por brindar un tratamiento integral que aborde los aspectos farmacológicos y psicoterapéuticos del trastorno bipolar, que incluyen la prescripción de medicamentos adecuados, el seguimiento regular del paciente, educación sobre la enfermedad, apoyo familiar y social.

Palabras clave: PATOLOGÍA DUAL, TRASTORNO BIPOLAR, ABUSO DE SUSTANCIAS, TRATAMIENTO INTEGRAL.

ABSTRACT

The comorbidity between bipolar disorder and substance use disorder is one of the most relevant within the spectrum of dual pathology due to its prevalence and comprehensive management. In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), the criteria for "substance-related mood disorder" and "mood disorder due to medical illness" (i.e., criteria defining which symptoms should be emphasized) were developed in a similar format. Extreme mood swings, with cycles of depression, mania, hypomania, or a combination of both, are a hallmark of bipolar disorder. Between 60 and 65 percent of people with bipolar disorder are dependent on legal or illegal psychoactive substances, especially alcohol, tobacco, cannabis, cocaine, heroin, and hallucinogens. In addition, the use of these substances in predisposed individuals often coincides with psychiatric disorders, anticipating their onset, exacerbating symptoms, and significantly impeding the pharmacological and psychosocial treatment of the patient. Early medical efforts to reduce, regulate, treat, and prevent episodes of substance abuse are significant; these measures are considered essential to prevent bipolar disorder from deteriorating from a manageable illness to a disabling and treatment-resistant condition. Physicians strive to provide comprehensive treatment that addresses the pharmacological and psychotherapeutic aspects of bipolar disorder, including prescription of appropriate medications, regular patient follow-up, education about the illness, and family and social support.

Keywords: DUAL PATHOLOGY, BIPOLAR DISORDER, SUBSTANCE ABUSE, COMPREHENSIVE TREATMENT.

INDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
CAPITULO I.....	10
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO II	12
OBJETIVOS.....	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
CAPITULO III.....	13
METODOLOGÍA	13
BIBLIOMETRIA.....	14
CAPITULO IV	17
MARCO TEORICO	17
CAPITULO VI.....	32
DISCUSIÓN	32
CAPITULO V.....	36
CONCLUSIONES.....	36
CAPITULO VII	37
BIBLIOGRAFÍA.....	37

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La definición actual del trastorno bipolar según la Quinta Edición Del Manual De Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5) por sus siglas en ingles American Psychiatric Association Es un trastorno del estado de ánimo, enfermedad crónica y recurrente manifestándose por episodios alternados de síntomas depresivos y periodos de mal humor como maniacos e hipomaníacos (1).

El trastorno bipolar es un grupo de trastornos graves que duran toda la vida teniendo una prevalencia del 2% de la población. Las 3/4 partes de las personas con trastorno bipolar presentan las características del trastorno antes de cumplir los 25 años de edad, se manifiesta con aspectos del desarrollo neurológico del trastorno bipolar, es importante la detección y el diagnóstico oportuno del mismo, particularmente en la población más joven los cuales presentan entornos clínicos con síntomas de depresión y ansiedad (2).

Debido al diagnóstico retrasado las consecuencias son variadas y con ello se da las comorbilidades, como la adicción al uso de sustancias. Seguir tratamientos erróneos, dificulta el abordaje y tratamiento de una patología dual. Entre el 30% y 40% de los pacientes que acuden a consulta presentan la comorbilidad entre una adicción y el trastorno bipolar, teniendo en cuenta que las sustancias más relacionadas al consumo son la cocaína., nicotina y alcohol (3). La intoxicación por cocaína favorece el fenómeno kindling o sensibilización conductual, esto justifica el inicio precoz del trastorno bipolar. (4).

Este tipo de pacientes deben someterse a un tratamiento intensivo e integral, es decir controlado siempre por el mismo equipo médico terapéutico. Por lo general este grupo de pacientes requieren hospitalizarse por un largo tiempo, permanecer en centros médicos especializados en rehabilitación y abordaje de la enfermedad o con tratamientos ambulatorios. Por este motivo se debe recurrir a tratamiento farmacológico de ambas patologías y emplear psicoterapias que van dirigidas al abordaje de ambos trastornos (5).

Los pacientes con trastorno bipolar, más del 50% tiene comorbilidad al consumo de sustancias, por los estudios previos se llega a demostrar que es un trastorno mental grave que conlleva a

realizar delitos violentos, por lo tanto, la prevalencia de enfermedad mental grave estratificada por la coexistencia de trastornos por uso de sustancias podría proporcionar información valiosa sobre las características de las condiciones mentales de los reclusos en los países de ingresos bajos y medianos (6).

El trastorno bipolar tiene la tasa de comorbilidad más alta que cualquier trastorno psiquiátrico con relación al estado de ánimo grave. El alcohol al ser de venta libre y consumida especialmente por sexo masculino da como resultado la gravedad de la enfermedad dual en alto porcentaje. Cabe recalcar que el abuso de sustancias afecta los resultados clínicos, diagnóstico, tratamiento, evolución del trastorno bipolar, con múltiples consecuencias negativas que incluyen un mayor riesgo de suicidio y hospitalización, una mayor morbilidad médica y complicaciones de los problemas sociales (7).

CAPITULO II

OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo del estudio es determinar las adicciones en el trastorno bipolar, más específicamente si el consumo de sustancias podía tener algún tipo de influencia en relación con el establecimiento del diagnóstico, el pronóstico, el curso de la enfermedad dual y los patrones de prescripción farmacológica.

Objetivos específicos

- Exponer los aspectos teóricos sobre el Trastorno Bipolar y su relación directa con la patología dual.
- Investigar las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno por abuso de sustancias.
- Evaluar la eficacia y seguridad de los fármacos adyuvantes en pacientes con patología dual de Trastorno Bipolar.
- Resaltar el impacto de uso de sustancias en el curso y pronóstico del trastorno bipolar.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

Efectuar una revisión bibliográfica de tipo narrativa, una vez recopilado los artículos se desarrollará una verificación con declaración a base de los criterios “PRISMA 2020” (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses durante) en el transcurso de los últimos cinco años, utilizando diferentes bases de datos como PubMed, SCielo, Web of Sciece, Scopus, el repositorio Dialnet y ScienceDirect, así como diferentes plataformas científicas desde enero del 2019 hasta la presente fecha. Siguiendo términos de búsqueda “Bipolar Disorder” “sustance abuse” “sustance dependence” “dual disorder” “comorbidity” ” alcohol abuse” “nicotine use” “cocaine abuse”. Y en los criterios se incluyó adicción cannabis, cocaína, alcohol, nicotina y excluyo adicción por opioides por la presencia de escasos estudios realizados. Los resultados de los artículos elegidos fueron plasmados en una gráfica, la misma que me permitió evidenciar una elección exhaustiva de estudios que cumpla con el objetivo de la revisión bibliográfica seleccionada.

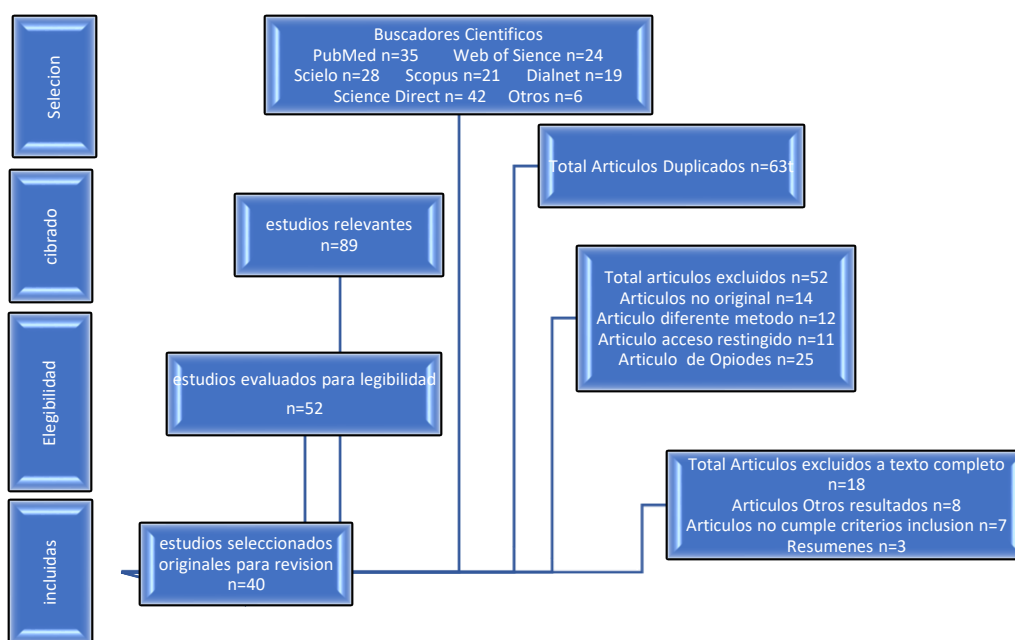









Figura 1. Flujograma de PRISMA elección artículos de investigación para revisión bibliográfica.

Autor: Darwin Mogrovejo.

BIBLIOMETRIA

Revista: nombre, pais, edicion.	Año	Quartile	
Psychiatry and Mental Health Spain Ediciones Doyma, S.L.	2022	Q1	
Adicciones Spain Edita Socidrogalcohol	2022	Q1	
Journal of Healthcare Quality Research Spain Elsevier Espana	2022	Q4	
Revista Colombiana de Psiquiatria Spain Asociacion Colombiana de Psiquiatria	2022	Q3	
Psiquiatria Biologica Spain Sociedad Española de Psiquiatria Biologica (SEPB)	2022	Q4	
Medicina (Kaunas, Lithuania) Switzerland Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)	2022	Q2	
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry United Kingdom SAGE Publications Ltd	2022	Q1	
Lancet Global Health,The United Kingdom Elsevier BV	2022	Q1	
Asian Journal of Psychiatry Netherlands Elsevier	2022	Q1	
European Psychiatry United Kingdom Cambridge University Press	2022	Q1	

International Journal of Mental Health and Addiction United States Springer New York	2022	Q1	
Journal of Affective Disorders Netherlands Elsevier	2023	Q1	
Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences Turkey Kare Publishing	2022	Q1	
Journal of Psychiatric Research United Kingdom Elsevier Ltd.	2022	Q1	
Current Pharmaceutical Design United Arab Emirates Bentham Science Publishers B.V.	2022	Q2	
European Neuropsychopharmacology Netherlands Elsevier	2022	Q1	
Journal of Clinical Medicine Switzerland MDPI AG	2022	Q1	
Frontiers in Psychiatry Switzerland Frontiers Media S.A.	2022	Q1	
Genes Switzerland Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)	2022	Q2	
Revista de Psiquiatria y Salud Mental Spain Ediciones Doyma, S.L.	2022	Q1	



Australian and New Zealand Journal of Psychiatry United Kingdom SAGE Publications Ltd	2022	Q1	 <p>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry Q1 Medicine (miscellaneous) best quartile SJR 2022 1.82 powered by scimagojr.com</p>
International Journal of Bipolar Disorders Germany SpringerOpen	2022	Q1	 <p>International Journal of Bipolar Disorders Q1 Psychiatry and Mental Health best quartile SJR 2022 1.41 powered by scimagojr.com</p>

Tabla 1: *Bibliometría del estudio.*

Autor: Darwin Mogrovejo

CAPITULO IV

MARCO TEORICO

En el DSM-IV, el criterio para “trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias” y “trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica” estaban redactados de forma idéntica, tras la eliminación del grupo de “trastornos del estado de ánimo” del DSM-IV en favor de un grupo de “trastornos bipolares y relacionados” y un grupo de “trastornos depresivos” en el DSM-5, se produjo una división de las categorías del DSM-IV para los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias y trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica general en sus componentes de trastorno bipolar y depresivo. El trastorno bipolar es un trastorno del estado de ánimo en el que las personas experimentan fluctuaciones extremas en el estado de ánimo y los niveles de energía, puede variar desde estar demasiado excitado e irritable (durante un episodio maníaco) hasta sentirse triste y desesperado (durante un episodio depresivo), con períodos de estado de ánimo normal en el medio, también pueden aparecer síntomas de psicosis (8).

En el caso del trastorno bipolar han encontrado anomalías morfológicas en el área dopaminérgica de la corteza prefrontal dorsolateral y una disfunción moderada en esta zona a la hora de ejecutar tareas relacionadas con la misma, las funciones más sensibles a esta mejora son la memoria inmediata y de corto plazo, así como funciones ejecutivas como la inhibición de respuestas, la flexibilidad cognitiva y las conductas de riesgo, el trastorno bipolar podría empeorar la atención, el procesamiento, la velocidad y las funciones ejecutivas cuyo deterioro puede provocar una afectación de variables relacionadas con el tratamiento, como una menor adherencia o más recaídas. Algunos resultados, por el contrario, pueden sugerir una menor vulnerabilidad en pacientes duales, al menos en el contexto del consumo de cannabis (9).

Los cambios de humor extremos, con ciclos de depresión, manía, hipomanía o una combinación de ambas, son un sello distintivo del trastorno bipolar, se estima que en los Estados Unidos de América del Norte la prevalencia del trastorno bipolar es aproximadamente del 1 al 1,5 %, distribuida equitativamente entre hombres y mujeres, y sus síntomas varían en presentación y gravedad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013) reconoce tres tipos principales de trastorno bipolar: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y cambios de humor. El trastorno bipolar es un problema específico de salud pública y es la sexta causa de discapacidad en personas de 15 a 44 años, las mujeres tienen

una combinación diferente de afecciones y patrones de comorbilidad que los hombres, incluidas tasas más altas de ciclos rápidos y trastornos alimentarios permanentes. El trastorno bipolar también puede ocurrir junto con otras enfermedades, de hecho, entre el 60 y el 65 por ciento de las personas con trastorno bipolar dependen de sustancias psicoactivas legales o ilegales, especialmente alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, heroína y alucinógenos, además, el consumo de estas sustancias en individuos predispuestos suele concurrir con trastornos psiquiátricos, que anticipan su aparición, exacerbaban los síntomas e impiden significativamente el tratamiento farmacológico y psicosocial del paciente tratado, y para tratarlo sirve como base primordial indicador de gravedad. El DSM-5 define un trastorno por uso de sustancias como la presencia de al menos 2 de 11 criterios durante un período de 12 meses, con niveles variables de gravedad del trastorno y la presencia de más criterios (2-3 = leve, 4-5 = moderado, ≥ 6 = grave), los criterios para el trastorno por uso de sustancias pueden aplicarse a una variedad de sustancias (como el alcohol, la nicotina, el cannabis, los opioides y la cocaína) e incluyen un mayor consumo, intentos ineficaces de reducirlas o suspenderlas, un consumo continuo a pesar de situaciones sociales, psicológicas y físicas desfavorables. Efectos, deseo persistente, desarrollo de tolerancia y síntomas de abstinencia (10).

El trastorno bipolar es una afección médica progresiva y potencialmente mortal, desafortunadamente, a menudo no se brinda la atención y tratamiento necesarios para controlar su progresión, como cualquier enfermedad maligna, si no se trata adecuada y oportunamente, el trastorno bipolar puede progresar a etapas más dañinas y resistentes al tratamiento, esta progresión puede incluir la acumulación de sensibilización a factores estresantes y el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y episodios de abuso de sustancias, es probable que cada uno de estos aspectos esté involucrado en mecanismos neurobiológicos subyacentes impulsados por cambios epigenéticos en el ADN, las histonas y los microARN, estos cambios, al ser influenciados por el entorno, son susceptibles a esfuerzos de prevención y tratamiento, es crucial realizar esfuerzos iniciales para reducir y modular el estrés, así como para tratar, prevenir los episodios y el abuso de sustancias, estas acciones parecen ser fundamentales para prevenir la transformación maligna del trastorno bipolar, pasando de ser una enfermedad manejable a una condición incapacitante y resistente al tratamiento, se necesitará una mayor investigación, atención académica y de salud pública para abordar de manera más efectiva el trastorno bipolar, es responsabilidad de cada médico proporcionar un tratamiento temprano e integral, aunque puede ser un desafío lograrlo en

el corto plazo, es fundamental que los médicos se esfuercen por proporcionar un tratamiento completo que aborde tanto los aspectos farmacológicos como los psicoterapéuticos del trastorno bipolar, esto puede incluir la prescripción adecuada de medicamentos, la monitorización regular del paciente, así como el apoyo, la educación sobre la enfermedad y su manejo (11).

El trastorno bipolar con trastorno comórbido por uso de sustancias representa un fenotipo clínico grave del trastorno bipolar. El trastorno por consumo de alcohol y el trastorno comórbido por consumo de sustancias que se encuentran en pacientes con trastorno bipolar, a menudo, coexiste con el consumo de otras sustancias, sin embargo, su diagnóstico es limitado cuando sólo se consideran factores sociodemográficos o clínicos, como fue el caso en este estudio. Los modelos complejos que integran predictores biológicos y clínicos representan una alternativa prometedora para mejorar el rendimiento predictivo (12).

La situación es especialmente complicada cuando coexisten el trastorno bipolar y los trastornos por uso de sustancias, este es el por qué, en primer lugar, es probable que los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por uso de sustancias tengan una influencia bidireccional entre sí, estos trastornos rara vez ocurren solos en un solo paciente en ausencia de otros trastornos psiquiátricos, y todos pueden contribuir a la gravedad de la enfermedad, por ejemplo, en el trastorno bipolar, una edad de inicio más temprana, tasas más altas de tabaquismo y trastornos por uso de sustancias con comorbilidad frecuente de trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención/hiperactividad y trastornos del estado de ánimo se asocian con un curso más grave del trastorno bipolar y del trastorno emocional, por lo tanto, está bien establecido que la dependencia del alcohol y las drogas se asocian con malos resultados clínicos en pacientes con trastorno bipolar, aunque es difícil decir en qué medida contribuyen los pacientes con trastornos comórbidos por uso de sustancias, aunque se han informado excepciones, los trastornos comórbidos por uso de sustancias se asocian con una menor adherencia al tratamiento, una mayor duración y frecuencia de los episodios del estado de ánimo, un aumento de los episodios maníaco-depresivos y una menor recuperación funcional incluso durante la abstinencia, esto sugiere que los trastornos por uso de sustancias pueden ser un marcador más que un determinante de la gravedad del trastorno bipolar. Como resultado, los pacientes bipolares con trastornos por uso de sustancias tienen una mayor utilización del departamento de emergencias y hospitalizaciones más frecuentes que los pacientes bipolares sin trastornos por uso de sustancias, de particular preocupación es que los trastornos por uso de

sustancias en personas con trastorno bipolar a menudo se asocian con una mayor impulsividad y tendencias suicidas, de hecho, el riesgo de intento de suicidio para los alcohólicos bipolares es casi el doble que para los pacientes con trastorno bipolar no alcohólico, lamentablemente, entre el 14% y el 16% de las personas con trastorno bipolar y trastornos por uso de sustancias se suicidan (13).

El trastorno bipolar se caracteriza por una alta prevalencia de comorbilidades, se estima que aproximadamente el 80% de las personas con trastorno bipolar experimentarán tres o más trastornos concurrentes durante su vida, otra complicación importante, especialmente en el trastorno bipolar I, es el abuso de sustancias concurrente, que afecta aproximadamente al 50% de los pacientes, es importante identificar rápidamente estos casos e iniciar el tratamiento adecuado, además, en comparación con los pacientes sin abuso de sustancias, desarrollan la enfermedad a una edad más temprana, son hospitalizados con más frecuencia, se recuperan más lentamente, tienen una menor adherencia al tratamiento y tienen peores resultados después de 15 años de seguimiento. Varios estudios epidemiológicos han investigado múltiples dominios cognitivos, incluida la memoria verbal, la memoria espacial, la memoria visual, la función psicomotora y la función ejecutiva. Más de la mitad de los artículos (64,3% de prevalencia) identificaron deterioro cognitivo en personas con trastorno bipolar comórbido con adicciones en comparación con personas con trastorno bipolar sin trastorno comórbido por adicciones, además, aquellos con comorbilidades tenían deterioros más graves en las pruebas de función ejecutiva y mayores déficits en la memoria verbal y visual (14).

La comorbilidad del abuso de sustancias tiene varios efectos adversos en los pacientes que presentan el trastorno bipolar, encontramos que el 66,7% de los estudios que evaluaron el uso general de sustancias que este era un factor de riesgo para el trastorno bipolar, en cuanto a las sustancias específicas evaluadas, el consumo de cannabis se describió como un factor de riesgo para trastorno bipolar en el 55,6% de los estudios, el uso indebido de medicamentos recetados por los médicos, fue un factor de riesgo para trastorno bipolar en el 50% de los estudios, la nicotina se encontró como un factor de riesgo para trastorno bipolar en el 50% de los estudios, y el consumo de alcohol se describió como factor de riesgo para el trastorno afectivo bipolar en el 42,9% de los estudios que lo evaluaron. Sólo un estudio evaluó si el consumo de cocaína era un factor de riesgo del trastorno bipolar y encontró una asociación significativa. Curiosamente, algunos estudios

sugirieron que la mayor frecuencia de consumo de cannabis se asociaba con un mayor riesgo de desarrollar trastorno bipolar o síntomas hipomaniacos/maníacos (15).

Puede haber una relación bidireccional entre el trastorno bipolar y el consumo de drogas. Se ha descubierto que el trastorno bipolar relacionado con el consumo de drogas se asocia con un mal pronóstico y resultados clínicos adversos, incluida una mala adherencia y respuesta a los medicamentos. De hecho, se ha descubierto que los pacientes con trastorno bipolar y problemas con el alcohol tienen casi el doble de probabilidades de intentar suicidarse que los pacientes bipolares que no consumen alcohol. De manera similar, es importante señalar que los pacientes con consumo de drogas y trastorno depresivo tienen un mayor riesgo de suicidio, independientemente de si el episodio depresivo ocurrió antes o durante el consumo de drogas (16).

Algunos estudios han encontrado que el riesgo de adicción a las drogas casi se duplica en personas con trastorno bipolar. Aproximadamente el 42% de las personas con trastorno bipolar dependen del alcohol. El 20% tiene problemas con el consumo de cannabis. Según SAMHSA (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias - 2022), las personas con trastorno bipolar pueden ser adictos por varias razones, incluido el hecho de que ambos trastornos están relacionados con la impulsividad, la recompensa y esto incluye cambios en áreas del cerebro que son importantes para el control, sentimientos de placer, las personas con trastorno bipolar suelen automedicarse para controlar sus problemas de salud mental, la automedicación del trastorno bipolar puede resultar muy difícil de controlar debido a los cambios de humor extremos. Usar alcohol u otras drogas para calmarse y cambiar sus niveles de energía puede parecer una idea razonable al principio, también puede aliviar temporalmente síntomas desagradables como la agitación psicomotora, sin embargo, puede causar daños a largo plazo o sorprendentemente tener el efecto contrario. El consumo de cannabis puede provocar o empeorar la manía y la psicosis del trastorno bipolar. Pacientes que toman sustancias para controlar el trastorno bipolar evitan quedarse solos con esta condición mental (17).

Un estudio encontró que el consumo de cannabis disminuye con la edad, lo que puede estar relacionado con los efectos del cannabis en la cognición, un factor importante es la estabilidad económica medida por el empleo, la familia y el estatus socioeconómico, que conduce al consumo de drogas en personas con trastorno bipolar, los pacientes con trastorno bipolar pueden no haber visto la necesidad de utilizar pastillas sedantes, especialmente en la fase maníaca de la enfermedad.

La asociación entre el consumo de alcohol y la duración de la enfermedad en pacientes con trastorno bipolar es consistente con informes anteriores de que el uso comórbido de drogas y el trastorno bipolar son el diagnóstico dual más común. Este estudio encontró que el número de episodios de enfermedad se asociaba con el consumo de alcohol a lo largo de la vida, el consumo de alcohol también puede estar asociado con un aumento del metabolismo de los antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo, lo que puede provocar una recaída, la influencia del alcohol en la progresión de la enfermedad parece ser prominente en el trastorno bipolar, lo que puede justificar por qué se observó la asociación en este estudio (18).

Un estudio mostró que 74 de 238 pacientes con trastorno bipolar (31%) también tenían un trastorno por consumo de alcohol, los participantes con trastorno por consumo de alcohol tenían más probabilidades de ser hombres solteros, autolesionarse con mayor frecuencia, experimentar su primer episodio depresivo a una edad más temprana, sentirse más irritables durante su episodio depresivo más grave, y tenían más probabilidades de informar más dependencia de drogas. Muchos estudios internacionales han informado altas tasas de comorbilidad de los trastornos por consumo de alcohol y el trastorno bipolar. Un estudio epidemiológico reciente en comunidades australianas encontró tasas similares de trastorno bipolar y trastorno por consumo de alcohol concurrentes (27% y 32%, respectivamente), siendo los pacientes masculinos con trastorno bipolar más propensos a tener comorbilidad que las pacientes femeninas con trastorno bipolar. También se encontró que el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol era 2,26 veces mayor, esto es consistente con varios otros estudios. Un metaanálisis de ensayos clínicos encontró que el género masculino se asociaba con el doble de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por consumo de alcohol. El trastorno por consumo de alcohol en el trastorno bipolar fue más prevalente en hombres (44%) que en mujeres (22%). Al igual que en el estudio actual, los pacientes varones con trastorno bipolar tenían entre dos y tres veces más probabilidades de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol a lo largo de su vida (19).

Hacer frente al trastorno bipolar y a los trastornos por uso de sustancias puede ser difícil, pero es factible. Según el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental – 2022), es mejor tratar ambos trastornos juntos que por separado. Los síntomas del trastorno bipolar y el abuso de sustancias pueden superponerse el enmascaramiento de los síntomas presenta un problema muy complejo

para la clínica, pudiendo confundir el diagnóstico, su médico puede derivarlo a un profesional de salud mental que pueda adaptar su plan de tratamiento a sus necesidades (20).

La OMS especificó la adicción a las drogas con problemas mentales paralelos con el término “diagnóstico dual”, subrayando la alta frecuencia de coexistencia y una variedad de puntos patogénicos comunes. En el contexto de los trastornos psiquiátricos, el consumo de sustancias con intención de automedicarse puede actuar como un factor atenuante en el desarrollo de problemas mentales primarios. Todo médico que trabaja con pacientes que padecen un diagnóstico dual es consciente de una serie de desafíos planteados por las restricciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación relacionadas con esta categoría de pacientes. Las complicaciones que distinguen a los pacientes con diagnóstico dual de aquellos con monodiagnóstico son el cumplimiento deficiente del tratamiento, el comportamiento agresivo y violento, las visitas frecuentes a la sala de emergencias, los episodios psicóticos y los pensamientos suicidas (21).

Los resultados eficaces del tratamiento dependen en gran medida de una detección temprana, ya que los síntomas se entrelazan tanto con el tiempo que es imposible determinar dónde termina una enfermedad y comienza la otra. Desafortunadamente, la detección temprana no es la norma, ya que las personas con síntomas psicóticos generalmente no se incluyen en el programa de tratamiento del trastorno por uso de sustancias de un centro médico hasta que se tratan sus síntomas. Se reconoce que la falta de investigaciones sobre la atención de la salud mental dificulta persuadir a las personas para que busquen tratamiento y proporcionen información precisa, incluso si las personas buscan tratamiento, los sistemas de atención primaria de salud ya están abrumados y los recursos son limitados, lo que hace casi imposible un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz. La brecha en el tratamiento es una preocupación importante porque la mayoría de los investigadores coinciden en que ambas afecciones deben tratarse simultáneamente y la gravedad de ambos síntomas debe determinar cuánto tiempo debe continuar el tratamiento (22).

El programa para el tratamiento integrado del trastorno dual fue fundado originalmente en la década de 1990 en el Centro de Investigación Psiquiátrica de Dartmouth. Durante los últimos 30 años, Robert E. Drake y sus colegas han desarrollado y acumulado una extensa base de evidencia para el éxito se estableció que el programa debería ser "integrado" y brindar servicios de salud mental y uso de sustancias como un "paquete consistente", manifestando que cualquier separación de los dos tratamientos haría casi imposible que las personas con enfermedades mentales graves y

trastornos por uso de sustancias accedan con éxito a los tratamientos fragmentados. Los servicios integrados incluyeron tratamiento residencial de diagnóstico dual, equipos de tratamiento comunitario asertivo, grupos de diagnóstico dual, capacitación en gestión del bienestar, psicoeducación familiar, empleo con apoyo y otras prácticas basadas en evidencia. El tratamiento integrado para trastornos duales es actualmente el programa de tratamiento más eficaz para que las personas con un diagnóstico dual de enfermedad mental grave y trastorno por uso de sustancias se recuperen de ambas afecciones (23).

Un estudio pudo demostrar la relación entre el trastorno bipolar y el uso de sustancias a través de un diseño de estudio clínico controlado, este examinó la incidencia del trastorno del espectro bipolar en los trastornos por uso de sustancias, tanto como una variable continua como la presencia del trastorno del espectro bipolar, en este estudio también participaron dos grupos de control. Un grupo de casos diagnosticado con trastorno bipolar sin trastorno por uso de sustancias y trastorno bipolar con trastorno por uso de sustancias como control positivo. Al reclutar dos grupos de comparación para nuestro estudio, nuestro objetivo era capturar todo el espectro bipolar. Nuestra hipótesis es que el trastorno bipolar al igual que otros rasgos se encuentra en una continua inclinación característica desde la población bipolar hasta la población con trastorno por uso de sustancias (24).

La comorbilidad del abuso de sustancias tiene muchos efectos negativos en los pacientes con trastorno bipolar, lo que potencialmente los pone en mayor riesgo de sufrir consecuencias psicosociales. Los hallazgos clave de varios estudios incluyen una peor calidad de vida, mayores tasas de ideación suicida, menor probabilidad de recuperación, peor respuesta al tratamiento y estancias hospitalarias más prolongadas. El estudio se realizó en el departamento de pacientes hospitalizados y ambulatorios del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). Un importante estudio sobre la coexistencia del abuso de sustancias y el trastorno bipolar I también encontró que el 57% de las personas con trastorno bipolar abusa o depende de una sustancia, el 28,2% usa dos sustancias y el 11,3% abusó de tres sustancias. Entre los pacientes con trastorno bipolar II, el 39% abusaba o dependía de una sustancia, el 39% consumía dos sustancias y el 11% consumía tres o más sustancias. El alcohol es la sustancia de abuso más común en pacientes con trastorno bipolar tipo I y tipo II (25).

Esta investigación resume los tratamientos médicos y psicosociales brindados a pacientes diagnosticados con trastornos por uso de sustancias y trastorno bipolar, además, proporciona recomendaciones clínicas sobre qué componentes de la intervención son eficaces en el tratamiento de los síntomas en pacientes que sufren simultáneamente síntomas de consumo de sustancias y de trastorno bipolar, hasta la fecha, pocos estudios clínicos han proporcionado evidencia consistente sobre cómo tratar los síntomas del estado de ánimo y el uso de sustancias en pacientes con trastorno bipolar. Se ha demostrado que algunos tratamientos son eficaces para los síntomas del estado de ánimo, pero no para el consumo de alcohol o drogas ilícitas. Con base en nuestros hallazgos, se pueden hacer las siguientes recomendaciones: 1) Recomendamos el uso adicional, aunque débil, de ácido valproico o naltrexona para aliviar los síntomas del trastorno por consumo de alcohol. 2) La adición de lamotrigina parece reducir los síntomas relacionados con la cocaína, por lo tanto, se recomienda en niveles moderados. 3) No se recomienda comúnmente la vareniclina para mejorar la abstinencia de nicotina (26).

También fue interesante en un estudio que la complejidad de la enfermedad bipolar dual al consumo de sustancias se asocia con un uso reducido de estabilizadores del estado de ánimo, más precisamente, replicamos una asociación entre el cumplimiento reducido de las pautas y el subtipo trastorno bipolar-II versus trastorno bipolar-I, y evidenciamos una asociación independiente entre el género femenino y la falta de cumplimiento de las pautas, este hallazgo no se debió a características comunes del trastorno bipolar y trastorno de uso de sustancias asociadas con el género femenino, la mayoría de las cuales fueron controladas en este estudio, sin embargo, esto podría haberse debido a otros factores asociados con la prescripción de antidepresivos, que fue significativamente mayor en mujeres que en hombres y probablemente impulsó la asociación entre el género y el cumplimiento de las pautas en este estudio, esto incluye ansiedad/trastornos de ansiedad y miedo a ganar peso, sugerimos que el miedo al aumento de peso podría ser mucho mayor con los estabilizadores del estado de ánimo y los antipsicóticos que con los antidepresivos, aumentando así la probabilidad de prescribir antidepresivos en lugar de estabilizadores del estado de ánimo en las mujeres, en línea con esto, encontramos asociaciones previas entre el género femenino y la polifarmacia compleja en trastorno bipolar dual al consumo de sustancias (27).

Una revisión sistemática examinó la investigación actual sobre farmacoterapia y su posible seguridad y eficacia en el tratamiento del trastorno bipolar con trastornos comórbidos por uso de

sustancias, las características de esta comorbilidad a menudo incluyen la aparición de características atípicas en comparación con el trastorno bipolar solo, son particularmente comunes los episodios maníacos o mixtos desagradables, la disminución de la respuesta a ciertos fármacos como el litio y los ciclos rápidos, por lo tanto, los tratamientos dirigidos a estas características atípicas pueden ser más eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar y los trastornos por uso de sustancias. Los tratamientos para los trastornos por uso de sustancias sin comorbilidad psiquiátrica fueron generalmente negativos, con la excepción del topiramato para la dependencia del alcohol y la olanzapina para reducir el consumo de tabaco (28).

La evidencia sobre una psicoterapia adecuada para el trastorno bipolar y el trastorno por consumo de alcohol concurrentes sigue siendo insuficiente, las directrices alemanas recomiendan la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el trastorno por consumo de alcohol como el tratamiento más basado en evidencia, pero no recomiendan otras psicoterapias debido a que no hay datos suficientes. En otro estudio de cohorte prospectivo de terapia cognitivo-conductual (TCC), 232 pacientes con dependencia del alcohol y trastornos del estado de ánimo concurrentes (incluidos 102 pacientes con trastorno bipolar) se sometieron a 4 semanas de terapia cognitivo-conductual hospitalaria, el programa también incluyó psicoeducación sobre ambos trastornos, después de 6 meses de seguimiento, ambos grupos (pacientes deprimidos y bipolares) mostraron reducciones significativas en el consumo de alcohol en el trastorno bipolar. Después de 5 años de seguimiento, persistieron beneficios significativos a largo plazo, especialmente en pacientes que participaron en cuidados de apoyo después del alta, la abstinencia temprana predijo la abstinencia posterior, y un número significativo de personas que redujeron su consumo de alcohol durante seis meses lograron la abstinencia completa cinco años después. Los trastornos por consumo de sustancias, especialmente los trastornos por consumo de alcohol, son la norma y no la excepción en el trastorno bipolar con sus comorbilidades, se recomienda un enfoque farmacológico y psicoterapéutico integrado que tenga en cuenta por igual ambas enfermedades aún raras, la terapia farmacológica de apoyo debe centrarse principalmente en el trastorno bipolar, siendo el tratamiento de elección los estabilizadores del estado de ánimo como el litio y el valproato (29).

Un estudio reciente de una muestra de tratamiento de trastorno bipolar por primera vez encontró que la proporción de participantes con abuso de sustancias disminuyó del 49% al inicio al 29% al año de seguimiento. También encontramos que los participantes con abuso persistente de alcohol

tenían un mayor riesgo de recaída del trastorno bipolar durante el seguimiento que los participantes sin antecedentes de abuso de alcohol. Este riesgo parece estar asociado principalmente con episodios depresivos, los participantes que dejaron de beber durante el seguimiento tuvieron un riesgo similar de recaída que los participantes que nunca abusaron del alcohol (30).

Los adultos y jóvenes que padecen una enfermedad mental grave y un abuso concomitante de sustancias se encuentran entre las categorías más vulnerables de nuestra sociedad y presentan desafíos para los sistemas de salud pública debido al incumplimiento de la medicación y los malos resultados, estos temas requieren una línea de intervención compleja y suponen una carga importante para los servicios de salud y bienestar, se justifican estudios futuros en personas con Diagnóstico Dual y centrados en evaluaciones a largo plazo y es necesario investigar la eficacia de las moléculas recientemente introducidas, como los agonistas parciales D2 (Dopaminérgico 2) y los antipsicóticos inyectables de acción prolongada, además, es necesario evaluar tratamientos y estrategias integrados que puedan tener más posibilidades de maximizar los resultados positivos para los síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias (31).

Los beneficios de las intervenciones farmacológicas y psicológicas se evalúan analizando la confiabilidad metodológica de los estudios experimentales publicados durante la última década, por lo tanto, sabemos que el ácido valproico y la lamotrigina pueden ayudar a reducir la ingesta de alcohol y el consumo de otras drogas, respectivamente, la quetiapina se ha utilizado como fármaco único o principal para reducir los síntomas psicóticos y los antojos, y la risperidona u olanzapina también han mostrado buenos resultados. En un estudio de pacientes con trastorno bipolar de ciclo rápido, la lamotrigina fue ineficaz y el tratamiento clásico con litio fue eficaz para tratar los síntomas psicóticos, la risperidona fue la más utilizada, tanto en formas farmacéuticas orales con dosis que oscilaban entre 2 mg y 9 mg, como en inyección continua mensual. Le siguieron la olanzapina y la clozapina, el aripiprazol está registrado tanto en el rango de dosis oral de 15 a 30 mg como en una formulación de acción prolongada de 400 mg, también se registraron quetiapina, haloperidol, ziprasidona y perfenazina, también se utilizaron zuclopentixol depósito y decanoato de flupentixol, casi todas las intervenciones psicológicas utilizan un enfoque integrado para abordar ambos diagnósticos. Dada la complejidad de la psicopatología y el supuesto consenso sobre un enfoque integral, parece razonable suponer que las intervenciones complementarias que tengan efectos integrales en todos los aspectos del problema sean la mejor opción (32).

Los tratamientos psicosociales se han utilizado con éxito junto con la farmacoterapia, teniendo en cuenta que todos los abordajes incluyen psicoeducación acerca del trastorno bipolar, grupos de apoyo para compartir experiencias y obtener ayuda mutua, discusión sobre el efecto de la medicación y la duda hacia ella, abordaje de las dificultades interpersonales y el desarrollo de una adecuada conciencia de la enfermedad. También con ayuda de folletos que utilizan un modelo cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno bipolar y para el abordaje específico del subgrupo de bipolares con diagnóstico comórbido de abuso o dependencia de drogas, su finalidad es prevenir las recaídas a través de las estrategias de autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales, la identificación de situaciones de riesgo, el control de impulsos, el análisis de pros y contras, y cambios en el estilo de vida (33).

Es frecuente que el paciente bipolar dual sufra las consecuencias de la división entre los servicios de salud mental y los de adicciones en la mayor parte de los lugares, el abordaje de ambos trastornos por parte de un único equipo terapéutico es el tratamiento más eficiente y adecuado para estos pacientes tan difíciles, por lo cual deberían coexistir unidades especializadas con expertos en ambos campos que proporcionen asistencia y tratamiento a los pacientes más graves, resistentes y difíciles, junto con dispositivos comunitarios en los que se podría atender y seguir a los pacientes menos graves o en fases más estabilizadas de los trastornos, los pacientes tratados de forma intensiva con modelos de tratamientos duales integrados en régimen hospitalario, consistente en tres pasos: 1) desintoxicación y estabilización del humor; 2) programa hospitalario de cuatro semanas, y 3) seguimiento posterior con frecuencia decreciente desde semanal hasta mensual. A lo largo del seguimiento mejoraron tanto las variables afectivas como las de consumo (34).

De hecho, las intervenciones psicológicas para tratar los trastornos duales tienden a ser menos numerosas y metodológicamente limitadas que las intervenciones farmacológicas, estos estudios a menudo carecen de grupos de control, tienen muestras pequeñas y contienen ciertos sesgos experimentales, sin embargo, varios estudios han mostrado resultados prometedores con diversas intervenciones psicológicas, por ejemplo, se ha descubierto que la terapia de grupo integrada y amigable con la comunidad es más eficaz que el asesoramiento grupal sobre drogas para reducir el consumo de drogas, los síntomas psiquiátricos y mejorar los resultados clínicos generales, además, se ha demostrado que tanto los grupos de asesoramiento sobre drogas como la terapia de grupo integrada son eficaces en el tratamiento de los trastornos duales. Un enfoque integrador que

considere los aspectos farmacológicos y psicológicos de los trastornos duales parece ser el enfoque más apropiado en la práctica clínica, existe evidencia que demuestra la eficacia de los enfoques integradores en el tratamiento de los trastornos duales, por ejemplo, se ha demostrado que la terapia de grupo integrada es eficaz para reducir el consumo de sustancias y mejorar los síntomas psiquiátricos, en resumen, aunque ningún estudio ha evaluado específicamente el tratamiento integrado versus el individualizado, la evidencia existente respalda la importancia de los enfoques integrados en el tratamiento de los trastornos duales, combinar farmacoterapia y psicoterapia puede ser la opción más eficaz para mejorar los resultados clínicos en esta población (35).

El tratamiento de pacientes con trastornos duales requiere un enfoque integrado y multidisciplinario que incluya tratamiento tanto psiquiátrico como por abuso de sustancias, el tratamiento médico para el trastorno bipolar con trastorno por consumo de drogas ilícitas se llevaría a cabo simultáneamente, en lugar de secuencialmente, en un solo lugar, de manera accesible y responsable, el tratamiento debe entenderse como un proceso en constante cambio en el que la motivación para reducir el consumo de drogas puede cambiar y requiere tareas de tratamiento integradas y entornos que aborden ambos trastornos. Finalmente, los modelos de reducción de daños pueden ser más apropiados que los modelos de abstinencia, especialmente en las primeras etapas del tratamiento, cuando las motivaciones de los pacientes para el cambio son inciertas, el tratamiento farmacológico debe centrarse en la estabilización del estado de ánimo después de la desintoxicación, más que en la abstinencia de sustancias, sin embargo, la psicoterapia debe incluir ambos. El tratamiento para el trastorno bipolar debe combinarse con terapia conductual para el abuso de sustancias y análisis de orina para detectar síntomas de abstinencia, aunque el trastorno por consumo de drogas ilícitas es una de las comorbilidades más comunes en el trastorno bipolar y tiene un impacto significativo en los resultados clínicos (36).

La detección rápida del abuso de drogas brinda una oportunidad más favorable para un diagnóstico y tratamiento temprano, lo que resulta en un mejor pronóstico para estos pacientes, esta práctica se considera esencial en psiquiatría y psicología, por lo tanto, es importante evaluar el consumo de drogas en todos los pacientes, ya sea en los servicios de adicción, salud mental, servicios de urgencia, medicina general o el sistema penitenciario, el tratamiento incluye preferentemente intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas tanto individuales como grupales, así como intervenciones familiares o sociales, según corresponda. Para lograr resultados efectivos, los

tratamientos psicosociales más comunes requieren una buena coordinación, trabajar en equipo y de manera multidisciplinaria, contar con personal capacitado y brindar atención las 24 horas, deben ofrecer una variedad de programas y asegurar un seguimiento a largo plazo. Estos tratamientos incluyen enfoques motivacionales, terapia cognitivo-conductual, planificación de contingencias, prevención de recaídas y entrenamiento de habilidades (37).

En los últimos años se han logrado importantes avances en el desarrollo de modelos explicativos mediante aprendizaje automático en el campo de la salud mental, mejorando tanto la detección como el diagnóstico de varias enfermedades y sirviendo potencialmente como herramienta para la futura psiquiatría de precisión. Independientemente del país y del modelo de atención, y donde se necesiten centros especializados y profesionales capacitados en el manejo del trastorno dual. Esta situación sólo se superará con un trabajo riguroso desde múltiples enfoques (biológico, psicológico, social) que permita una integración interdisciplinar que resulte en futuros avances en el conocimiento y superación de los déficits que existen hoy y nuevas oportunidades para mejorarlos (38).

Dada la naturaleza heterogénea, la alta prevalencia, las implicaciones clínicas y funcionales de los trastornos duales, en los últimos años ha aumentado el interés por su estudio con el objetivo de mejorar tanto la detección como el abordaje terapéutico. Diferentes estudios han demostrado que la conducta adictiva tiene efectos negativos sobre la expresión rítmica circadiana que pueden persistir semanas o meses después del inicio del uso de sustancias, abstinencia y no siempre responden al tratamiento con medicación. Las alteraciones rítmicas que se observan comúnmente en pacientes con trastorno por uso de sustancias son la reducción de la amplitud y el retraso de fase, que en casos graves pueden conducir a una alteración del considerado ritmo circadiano normal o desaparición de la ritmicidad, esta afectación está relacionada tanto con el tipo de sustancia utilizada como con el metabolismo y la tolerancia de la persona (39).

Los pacientes con trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias a menudo necesitan ser dirigidos hacia vías terapéuticas específicas y adaptadas en instalaciones residenciales, especialmente cuando no cuentan con apoyo familiar y social, por lo tanto esta indicación clínica contribuye a evitar el uso de sustancias ilícitas, porque los pacientes son colocados en un contexto protegido, alejado del ambiente patológico, por otro lado, permite seguir estrategias terapéuticas psicológicas y farmacológicas específicas, encaminadas a mantener la estabilización del estado de

ánimo, corregir los estilos de vida poco saludables para un mejor funcionamiento social y familiar, por lo que las altas tasas de comorbilidad entre enfermedades mentales graves y trastorno por uso de sustancia necesitan un enfoque integrado en los servicios psiquiátricos con médicos especializados para fomentar la evaluación e intervención tempranas con un seguimiento activo y cuidadoso (40).

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Esta revisión sirve para resumir las intervenciones farmacológicas y psicosociales en el trastorno bipolar, especialmente en el abuso de sustancias. Además, proporcionamos algunas recomendaciones clínicas sobre las intervenciones que pueden usarse para tratar los síntomas del uso de sustancias, particularmente los síntomas del estado de ánimo, en pacientes con estas comorbilidades. Es importante destacar que cuando las personas con trastorno bipolar dejan de tomar sus medicamentos, los resultados a largo plazo pueden verse gravemente afectados. Los estudios en sujetos que han experimentado un episodio psicótico temprano, como esquizofrenia o trastorno bipolar, han demostrado que dejar de consumir cannabis mejora significativamente los resultados a largo plazo. Estos resultados están respaldados por una gran muestra de pacientes diagnosticados con trastorno bipolar. En lo que respecta al uso de nicotina, los estudios clínicos han demostrado que es posible y seguro ayudar a las personas con trastorno bipolar a dejar de fumar (19). También será importante examinar la asociación entre la abstinencia de drogas y el uso de litio, el tratamiento estándar de oro para el trastorno bipolar, y la eficacia del litio en el tratamiento de los síntomas depresivos en entornos del mundo real. Actualmente, la terapia de grupo integral se considera el método más eficaz y eficiente para tratar los problemas de drogas, especialmente cuando se implementa en las primeras etapas del tratamiento, sin embargo, en etapas posteriores, puede ser necesario incorporar otras terapias psicosociales complementarias al tratamiento del trastorno bipolar para lograr una mejora en el estado de ánimo y el funcionamiento del paciente. Nuestra revisión destaca la necesidad de realizar más investigaciones y estudios multicéntricos a gran escala en esta área para obtener evidencia concluyente adecuada para la práctica clínica (26).

Otro estudio similar encontró que más hombres con trastorno bipolar cumplían los criterios de abuso de alcohol a lo largo de la vida que la población general, sin embargo, en comparación con la población general, se encontró que las mujeres con trastorno bipolar tenían un mayor riesgo de desarrollar trastornos comórbidos por consumo de alcohol que los hombres con trastorno bipolar. Descubrieron que las personas con trastorno bipolar tenían 2,66 veces más probabilidades de divorciarse, separarse o suicidarse, este hallazgo es consistente con la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Enfermedades Relacionadas, que encontró en los encuestados que eran hombres, nativos americanos, de 18 a 44 años, de nivel socioeconómico bajo y que vivían en el

oeste de los Estados Unidos. Se informa que esto se aplica a personas que actualmente beben alcohol, así como a personas que nunca han consumido alcohol sin importar el estado civil, en este caso, no hay diferencias en el nivel educativo o la fuente de ingresos (como ingresos personales o bienestar gubernamental) entre los grupos. El hallazgo de este estudio de que la prevalencia de los subgrupos de trastorno bipolar (particularmente el trastorno bipolar tipo I y el tipo bipolar II) no difirió entre los dos grupos es inconsistente con algunos informes anteriores. Varios estudios han informado una mayor prevalencia de trastorno por consumo de alcohol en pacientes con trastorno bipolar tipo I (39,2%) en comparación con el trastorno bipolar tipo II (26,8 %) (30).

Las sustancias ilícitas se consideran un importante factor de riesgo y desencadenante del trastorno bipolar, según lo define la nueva categoría de diagnóstico del DSM-5 "Trastorno bipolar inducido por sustancias y trastornos relacionados". El consumo de drogas como la cocaína, las anfetaminas y la marihuana suele ir acompañado de la primera aparición de un episodio del estado de ánimo. No sorprende que las personas con trastornos por uso de sustancias comiencen a consumir drogas a una edad temprana. Diagnosticar el trastorno bipolar de manera oportuna en pacientes con trastornos por uso de sustancias es difícil para los médicos porque los efectos clínicos agudos y a largo plazo del abuso de sustancias y los síntomas del trastorno bipolar pueden superponerse, por lo tanto, los síntomas clínicos pueden inicialmente atribuirse únicamente al consumo de drogas sin una evaluación precisa del trastorno bipolar, lo que puede provocar diagnósticos erróneos y retrasos en el tratamiento, por lo tanto, el trastorno bipolar subyacente no se reconoce hasta más adelante durante la estancia hospitalaria (40).

La mayoría de los datos evaluados en esta revisión provienen de estudios observacionales no controlados y series de casos que demuestran efectos positivos específicos de las drogas en la psicopatología, el ansia o el consumo de drogas y en general en todos los resultados de evaluación, el primer hallazgo interesante se refiere al uso de antipsicóticos de primera y segunda generación, en comparación con los antipsicóticos de segunda generación, los antipsicóticos como el haloperidol y la clorpromazina son menos seguros y tolerables, pero igualmente eficaces y efectivos (3). Sin embargo, el número y la calidad de los estudios son insuficientes para sacar conclusiones firmes sobre la superioridad de los antipsicóticos de segunda generación en el diagnóstico dual (4). Desafortunadamente, aunque se han realizado muchos estudios durante los últimos 20 años, no se mencionan moléculas comercializadas recientemente como bripiprazol,

cariprazina y lurasidona, en general, los resultados evaluados en este estudio fueron principalmente informes de casos/series de casos ($n = 10$), estudios publicados ($n = 11$) y estudios observacionales ($n = 8$). El aripiprazol (formulaciones orales y de acción prolongada) es el único agonista parcial estudiado, este compuesto ha demostrado eficacia y un excelente perfil de seguridad para consumidores de cannabis, alcohol y cocaína. Sólo un estudio comparó directamente otros antipsicóticos atípicos, como olanzapina, quetiapina, risperidona, perfenazina, ziprasidona, demostraron una eficacia similar (29). Sin embargo, algunos estudios informan efectos secundarios graves como la neutropenia, curiosamente, los resultados de esta revisión se refieren a una población formada casi en su totalidad por sujetos masculinos, lo que puede estar relacionado con la mayor prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias en los hombres, sin embargo, es más probable que las mujeres no busquen tratamiento para los trastornos por uso de sustancias (37). Por lo tanto, las diferencias de género deberían investigarse más a fondo en estudios futuros. Un segundo aspecto relacionado tiene que ver con la alta prevalencia del consumo de cannabis, con evidencia de que esta molécula es la sustancia más consumida a nivel mundial y tiene un impacto en la salud y el rendimiento mental, es un resultado de investigación comprobado, puede desempeñar un papel relacionado con el desarrollo de trastornos mentales, particularmente síntomas psicóticos, pero también un papel relacionado con el desarrollo de deterioro cognitivo, comportamiento social disfuncional y consecuencias legales (9).

El uso de medicamentos en investigación es muy prometedor en el tratamiento del trastorno bipolar y los trastornos por uso de sustancias, pero se necesita más investigación para comprender los beneficios potenciales y la eficacia relativa en poblaciones expuestas. Los investigadores ahora llevarán a cabo ensayos clínicos aleatorios controlados con placebo con muestras de mayor tamaño y se centrarán en controlar factores como el subtipo bipolar, medicamentos concomitantes y otras comorbilidades como enfoque estándar. También son útiles los estudios comparativos que examinan los efectos de las combinaciones de medicamentos, así como los enfoques farmacológicos y conductuales, además, las investigaciones futuras también deberían tener como objetivo comprender el impacto de cada droga en los tipos de abuso y si algunas drogas son más efectivas que otras, además, se necesita investigación para comprender la dosis óptima y la duración de la terapia farmacológica en esta población. La mayoría de los estudios actuales han investigado los efectos de las drogas en participantes con trastornos por consumo de estimulantes o alcohol, pero se necesita más investigación sobre otros trastornos por consumo de sustancias

prevalentes en el trastorno bipolar, como los opioides, el tabaco y la marihuana. Finalmente, se deben considerar otros medicamentos, especialmente anticonvulsivos como la gabapentina, la carbamazepina, el ácido valproico y la lamotrigina, que resultan ser los más eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar y los trastornos por uso de sustancias (28).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- El trastorno bipolar y el consumo de sustancias son trastornos complejos que requieren un enfoque de tratamiento integral para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
- El trastorno bipolar y el consumo de sustancias tienen una alta comorbilidad que ocurren de manera simultánea en un individuo, lo que dificulta el tratamiento.
- Las personas con trastorno bipolar y consumo de sustancias llegan a tener un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud física, mental y legales, dificultando las relaciones interpersonales, experimentando episodios de depresión y manía, pudiendo con llevar al suicidio.
- El tratamiento que realice el psiquiatra del trastorno bipolar y el consumo de sustancias debe ser de forma conjunta para lograr una recuperación exitosa con un enfoque de diagnóstico dual que aborde simultáneamente ambos trastornos, y proporcionar un tratamiento integral que incluye terapia de conversación, medicación, grupos de apoyo y programas de rehabilitación, tomar los medicamentos de manera sistemática para prevenir recaídas, brindando psicoeducación tanto del paciente como de su familia.
- El tratamiento de la comorbilidad con un apoyo adecuado, los pacientes pueden lograr una estabilidad emocional y abstenerse del consumo de sustancias y permitirles volver a llevar una vida normal y satisfactoria.

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez Vargas X, Arias Leal M, Madrigal Zamora S. Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Rev Medica Sinerg*. 1 de septiembre de 2020;5(9):e572.
2. Madero Dutazaka MG, Velasco Moyon MV, Suarez Loor WA, Torres Yamunaque YA. Trastorno bipolar. *RECIAMUC*. 30 de enero de 2021;5(1):54-62.
3. Luciano M, Steardo L, Sampogna G, Caivano V, Ciampi C, Del Vecchio V, et al. Affective Temperaments and Illness Severity in Patients with Bipolar Disorder. *Medicina (Mex)*. 9 de enero de 2021;57(1):54.
4. Li C, Palka JM, Brown ES. Cognitive impairment in individuals with bipolar disorder with and without comorbid alcohol and/or cocaine use disorders. *J Affect Disord*. julio de 2020;272:355-62.
5. Marquez-Arrico JE, Gonzalez-Sanchez A, Navarro JF, Penadés R, Adan A. Patients with Schizophrenia Showed Worse Cognitive Performance than Bipolar and Major Depressive Disorder in a Sample with Comorbid Substance Use Disorders. *J Clin Med*. 9 de noviembre de 2022;11(22):6648.
6. Na KS. Incomplete discussion of bipolar disorder and comorbid substance use disorder. *Lancet Glob Health*. julio de 2019;7(7):e846.
7. Fernández Lozano M, Rodríguez Rodríguez B, Mateos Sexmero MJ, Navarro Barriga N, Vallecillo Adame C. Bipolar disorder and substance use: Risk factors and prognosis. 19 de julio de 2023;66(1):S704-S704.
8. Altınbaş K. Comorbid substance use disorder in bipolar disorder: A hard rock to roll on the treatment road. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci* [Internet]. 2021 [citado 24 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://dusunenadamdergisi.org/article/1498>

9. Miguel N, Marquez-Arrico JE, Jodar M, Navarro JF, Adan A. Neuropsychological functioning of patients with major depression or bipolar disorder comorbid to substance use disorders: A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol.* octubre de 2023;75:41-58.
10. De Marco A, Scozia G, Manfredi L, Conversi D. A Systematic Review of Genetic Polymorphisms Associated with Bipolar Disorder Comorbid to Substance Abuse. *Genes.* 22 de julio de 2022;13(8):1303.
11. Post RM. How to prevent the malignant progression of bipolar disorder. *Braz J Psychiatry.* octubre de 2020;42(5):552-7.
12. Oliva V, De Prisco M, Pons-Cabrera MT, Guzmán P, Anmella G, Hidalgo-Mazzei D, et al. Machine Learning Prediction of Comorbid Substance Use Disorders among People with Bipolar Disorder. *J Clin Med.* 6 de julio de 2022;11(14):3935.
13. Tolliver BK, Anton RF. Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues Clin Neurosci.* 30 de junio de 2015;17(2):181-90.
14. Gogia M, Shah AQ, Kapczinski F, De Azevedo Cardoso T. The impact of substance use disorder comorbidity on cognition of individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Psychiatry Res.* mayo de 2022;311:114525.
15. Lalli M, Brouillette K, Kapczinski F, De Azevedo Cardoso T. Substance use as a risk factor for bipolar disorder: A systematic review. *J Psychiatr Res.* diciembre de 2021;144:285-95.
16. Ibáñez C, Cáceresa J, Brucher R, Seijas D. Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Rev Médica Clínica Las Condes.* marzo de 2020;31(2):174-82.
17. Anwar N. All about Substance Use and Bipolar Disorder. *Bipolar Disord.* (158).
18. Sowunmi OA, Amoo G, Onifade PO, Ogunwale A, Babalola E. Psychoactive substance use among outpatients with severe mental illness: A comparative study. *South Afr J Psychiatry* [Internet]. 30 de septiembre de 2019 [citado 18 de octubre de 2023];25. Disponible en: <https://sajp.org.za/index.php/sajp/article/view/1111>

19. Xia Y, Ma D, Perich T, Hu J, Mitchell PB. Demographic and Clinical Differences Between Bipolar Disorder Patients With and Without Alcohol Use Disorders. *Front Psychiatry*. 3 de septiembre de 2020;11:570574.
20. Gold AK, Peters AT, Otto MW, Sylvia LG, Magalhaes PVDS, Berk M, et al. The impact of substance use disorders on recovery from bipolar depression: Results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder psychosocial treatment trial. *Aust N Z J Psychiatry*. septiembre de 2018;52(9):847-55.
21. E. M. Manarbekov, A. R. Kerimbayeva, M. V. Prilutskaya. THE CLINICAL CASE OF BIPOLAR DISORDER COMPLICATED BY THE SYNTHETIC STIMULANT ADDICTION. 2020 [citado 24 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://cyberdoi.ru/doi/10.24411/1995-5871-2020-10090>
22. Van Zyl K, Geyer T. Dual Diagnosis: How Adults Diagnosed With Bipolar Disorder Experience In-Patient Substance Abuse Treatment For Stimulant Use Disorder. *Soc Work [Internet]*. julio de 2019 [citado 24 de septiembre de 2023];55(2). Disponible en: <http://socialwork.journals.ac.za/pub/article/view/716>
23. Hancq ES, South K, Vencel M. Serious Mental Illness and Co-Occurring Substance Use Disorders. *Treat Advocacy Cent*.
24. Gupta AK, B N S, Ghosh A, Basu D. The link between bipolarity and substance use: A controlled clinic based study. *Asian J Psychiatry*. enero de 2020;47:101835.
25. Rashid MH, Ahmed AU, Khan MZR. Substance Abuse among Bipolar Mood Disorder Patients. *Delta Med Coll J*. 19 de marzo de 2019;7(1):31-4.
26. González-Pinto A, Goikolea JM, Zorrilla I, Bernardo M, Arrojo M, Cunill R, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con trastorno bipolar y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones*. 14 de junio de 2021;34(2):128.
27. Davis A, McMaster P, Christie DC, Yang A, Kruk JS, Fisher KA. Psychiatric Comorbidities of Substance Use Disorders: Does Dual Diagnosis Predict Inpatient Detoxification Treatment

Outcomes? *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2 de mayo de 2022 [citado 24 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11469-022-00821-1>

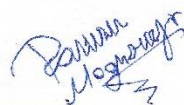
28. Coles AS, Sasiadek J, Tony P. G. Pharmacotherapies for co-occurring substance use and bipolar disorders: A systematic review. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 11 de mayo de 2023;21(7):595-610.
29. Grunze H, Schaefer M, Scherk H, Born C, Preuss UW. Comorbid Bipolar and Alcohol Use Disorder—A Therapeutic Challenge. *Front Psychiatry*. 23 de marzo de 2021;12:660432.
30. Lagerberg TV, Icick R, Aminoff SR, Nerhus M, Barrett EA, Bjella TD, et al. Substance Misuse Trajectories and Risk of Relapse in the Early Course of Bipolar Disorder. *Front Psychiatry*. 4 de mayo de 2021;12:656912.
31. Martinotti G, Chiappini S, Mosca A, Miuli A, Santovito MC, Pettorruso M, et al. Atypical Antipsychotic Drugs in Dual Disorders: Current Evidence for Clinical Practice. *Curr Pharm Des*. agosto de 2022;28(27):2241-59.
32. Secades-Álvarez A, Fernández-Rodríguez C. Review of the efficacy of treatments for bipolar disorder and substance abuse.
33. Rodríguez FJZ. El uso de sustancias y su relación con el curso del trastorno bipolar.
34. Radua J, Fortea L, Goikolea JM. Meta-analysis of the effects of adjuvant drugs in co-occurring bipolar and substance use disorder. *Rev Psiquiatr Salud Ment* .
35. Secades-Álvarez A, Fernández-Rodríguez C. Revisión de la eficacia de los tratamientos para el trastorno bipolar en comorbilidad con el abuso de sustancias. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. abril de 2017;10(2):113-24.
36. Preuss UW, Schaefer M, Born C, Grunze H. Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina (Mex)*. 17 de noviembre de 2021;57(11):1256.

37. San L, Arranz B, Bernardo M, Arrojo M, González-Pinto A. Manejo clínico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. *Adicciones*. 1 de abril de 2022;34(2):91.
38. Torrens M, Adan A. Recent Advances in Dual Disorders (Addiction and Other Mental Disorders). *J Clin Med*. 6 de mayo de 2023;12(9):3315.
39. Serrano-Serrano AB, Marquez-Arrico JE, Navarro JF, Martinez-Nicolas A, Adan A. Circadian Characteristics in Patients under Treatment for Substance Use Disorders and Severe Mental Illness (Schizophrenia, Major Depression and Bipolar Disorder). *J Clin Med*. 25 de septiembre de 2021;10(19):4388.
40. Aguglia A, Natale A, Fusar-Poli L, Amerio A, Bruno E, Placenti V, et al. Bipolar Disorder and Polysubstance Use Disorder: Sociodemographic and Clinical Correlates. *Front Psychiatry*. 15 de junio de 2022;13:913965.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

DARWIN ADOLPHO MOGROVEJO MOSQUERA portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0106332992. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**TRASTORNO BIPOLAR Y ADICCIONES: ABORDAJE PREVENTIVO DUAL Y ASISTENCIAL EN LA SOCIEDAD ACTUAL**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02 de febrero de 2024



F:

Darwin Adolpho Mogrovejo Mosquera
C.I. 0106332992