

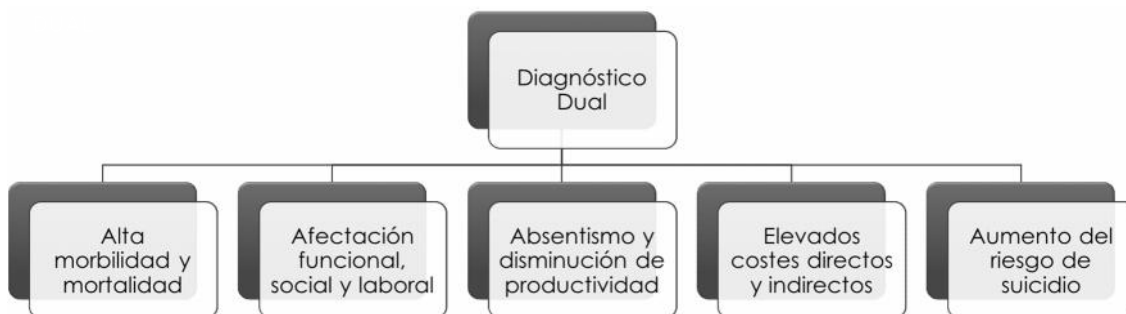
# COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ADICCIONES

## 1. INTRODUCCIÓN

La comorbilidad psiquiátrica en las adicciones, también llamada trastorno dual o patología dual, hace referencia a la coexistencia en un mismo sujeto de una dependencia de sustancias junto con otro trastorno mental, y su tratamiento es uno de los retos que tiene planteados el clínico, al agravarse la evolución y el pronóstico y complicarse el tratamiento de ambos trastornos comórbidos

Las personas con comorbilidad presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, mayores tasas de recaídas, menor adherencia al tratamiento, mayor complejidad en el consumo, mayor riesgo de suicidio y peores condiciones de salud física. Utilizan más los servicios sanitarios y sociales y su situación laboral es precaria, lo que empeora pronóstico.

Aún existe una falta de consenso en cuanto a las estrategias más adecuadas tanto farmacológicas, psicosociales, como del lugar donde debe realizarse el tratamiento para estas personas, que se benefician con el tratamiento habitual de adicciones y de los otros trastornos mentales, aunque tienen peores resultados.



### 1.1. EPIDEMIOLOGIA

Se estima que un tercio de los individuos en población general que tienen un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) tienen al menos otro Trastorno Mental (OTM), cifra que es mayor en las personas que se encuentran en tratamiento por su adicción. A su vez, se estima que alrededor del 80% de las personas con esquizofrenia, más del 60% de las personas con trastorno bipolar, más del 70% con trastorno de personalidad grave y cerca del 30% de

los trastornos ansiosos y depresivos pueden tener un trastorno por uso de sustancias

No obstante, hay gran variabilidad en las cifras aportadas por los diferentes estudios, que oscilan debido a dificultades diagnósticas y metodológicas. Los principales datos epidemiológicos históricos provienen de grandes estudios realizados en población general.

Ya según halló el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area, 1990) los sujetos dependientes de sustancias presentan un riesgo 4 veces mayor de padecer otro trastorno mental asociado, y las personas con una enfermedad mental tiene 4,5 veces más riesgo de padecer una dependencia. El National Survey of Mental Health and Well Being australiano (2002) observó que el 36,5% de la muestra de los que presentaban un trastorno por uso de alcohol presentaban otro trastorno psiquiátrico asociado, siendo el más frecuente la depresión.

Otro gran estudio norteamericano, el NSDUH (2012) encontró TUS en personas con trastorno mental grave en el 33,3%. Por su parte, el CATIE (2011) muestra que más del 60% de personas con esquizofrenia consumían alguna droga. En general en estudios en poblaciones clínicas con psicopatología las prevalencias de TUS encontradas oscilan entre el 35-55%.

El National Comorbidity Survey Replication (NCSR, 2005), entre más de 9000 personas con la CIDI como instrumento diagnóstico, encuentra también que el entre los pacientes dependientes del alcohol, el 37% sufre otras alteraciones psiquiátricas.

El THC es la sustancia de abuso que más ha aumentado su incidencia entre los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), en los cuales se ha estudiado su relación con la precipitación del primer evento psicótico.

The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) fue una encuesta a 43.093 participantes que cubría alcohol, drogas y trastornos psiquiátricos, factores de riesgo y consecuencias. La primera oleada del NESARC se llevó a cabo en 2001-2002. Tres años después, se realizaron re-entrevistas de seguimiento de la ola 2 con 34.653 de los participantes originales. Los trastornos más frecuentemente encontrados fueron por uso de alcohol, los trastornos por estrés postraumático y la depresión mayor.

Los datos de prevalencia varían según el escenario en que estén hechos, y el estudio Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe (EMCDDA, 2015) valora precisamente este tipo de trastornos comorbidos entre la población general, los pacientes en hospitales generales, los pacientes tratados en los servicios de drogas, los pacientes atendidos en las Unidades de salud mental, los usuarios de drogas que no buscan tratamiento, la población penitenciaria o los sin techo; por ello, las distintas prevalencias de las enfermedades psiquiátricas en consumidores de drogas son dispares. Los propios autores del informe EMCDDA, reconocen que la relación entre el TUS y los otros trastornos mentales representan dificultades a la hora de establecer relaciones entre ambos problemas.

El estudio Madrid (2013) halla que un 11% de los pacientes duales tenían psicosis, y que el 77% de los pacientes con psicosis tenían un diagnóstico de TUS

En definitiva, aunque los pacientes drogodependientes pueden presentar cualquier tipo de patología psiquiátrica asociada, los trastornos encontrados con mayor frecuencia son: trastornos de la personalidad (37-65%), trastornos depresivos (17-60%) y trastornos de ansiedad (11-28%).

## 1.2. ETIOLOGIA. HIPOTESIS EXPLICATIVAS DE LA COMORBILIDAD

Hay una serie de hipótesis etiológicas para intentar explicar la elevada comorbilidad psiquiátrica entre los consumidores de sustancias:

### ➤ Modelo de Factores Comunes o Modelo unitario:

#### **TUS ÷ Factores comunes ÷ OTM**

Trastornos psiquiátricos y dependencia son dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso (componentes genéticos y neurobiológicos similares). Hay características premórbidas que marcan vulnerabilidad para ambas entidades psicopatológicas (Antecedentes familiares psicopatológicos, factores ambientales, desarrollo infantil, estatus socioeconómico, funcionamiento cognitivo, rasgos de personalidad y vulnerabilidad neurobiológica y genética).

### ➤ Modelo de psicopatología secundaria:

#### **TUS ÷ OTM**

El TUS incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades mentales, de tal forma que los síntomas psiquiátricos pueden presentarse como resultado directo del consumo de sustancias de abuso, que serían disparadores de OTM en personas que presentan vulnerabilidad biológica/genética. Los OTM más frecuentes que aparecen a consecuencia del consumo son depresión, ansiedad y psicosis, siendo el cannabis, el alcohol y la cocaína los responsables en la mayoría de los casos. Se ha de distinguir del efecto agudo del consumo de sustancias.

- Modelo de abuso de sustancias secundario:

### **OTM $\rightarrow$ TUS**

Las enfermedades mentales incrementan el riesgo de desarrollar dependencia a sustancias. Una de las teorías que apoya este modelo es la de la automedicación, según la cual el consumo se realiza para aliviar la sintomatología o el sufrimiento psíquico producidos por ciertos trastornos mentales. La crítica más importante a esta teoría es que no cuenta con un sustento empírico, por lo que otros autores han propuesto la Teoría de Mejoramiento de la Disforia. Otra teoría alternativa es la Multifactorial, que postula la existencia de múltiples variables y factores de riesgo.

- Modelo Bidireccional:

### **OTM $\leftrightarrow$ TUS**

Este modelo sugiere efectos de interacción en la evolución entre OTM y TUS. Cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro. Por ejemplo: un TUS podría desencadenar OTM en una persona biológicamente vulnerable, que se mantiene en el TUS debido a factores cognitivos y de aprendizaje social. Este modelo posee poca evidencia que lo soporte.

- Modelo de independencia biológica

### **OTM-TUS**

Trastorno psiquiátrico y abuso de drogas son totalmente independientes, pero con bases biológicas compartidas.

Es conveniente, no obstante, discriminar el efecto esperado/inducido por sustancias, y diferenciar si el OTM es independiente o inducido. La diferenciación de los trastornos inducidos frente a trastornos independientes tiene implicaciones relevantes a nivel pronóstico y terapéutico ya que tienen

una evolución clínicamente distinta, situación que puede incidir en las estrategias de tratamiento.

## 2. CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DUALES

### 2.1. TUS y ESQUIZOFRENIA.

La asociación de esquizofrenia y la dependencia de drogas repercute en las manifestaciones clínicas y el curso evolutivo de ambos trastornos implicando:

- ✓ Más alteraciones conductuales, problemas familiares, agresividad y conductas hostiles y amenazadoras, y más enfermedades físicas.
- ✓ Más cambios de humor, síntomas afectivos, delirios, alucinaciones auditivas y síntomas positivos, con influencia variable en los efectos extrapiramidales.
- ✓ Inicio de esquizofrenia más precoz y curso agravado.
- ✓ Mayor uso de urgencias, más conductas suicidas, peor cumplimiento del tratamiento, más ingresos hospitalarios y más recaídas
- ✓ Pude repercutir en los efectos del tratamiento farmacológico.
- ✓ Los pacientes esquizofrénicos con subtipo negativo, tienen menos consumo de drogas asociado que los de subtipo mixto, que están más socializados y tienen mayor capacidad para la búsqueda de sustancias.

En concreto, para algunas sustancias:

Sustancia	Implicaciones terapéuticas sintomatológicas
Cannabis, Cocaína y Anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición más brusca del cuadro, síntomas positivos más prominentes con predominio del subtipo paranoide y de síntomas depresivos, tienen más ingresos y más alteraciones motoras.</li> <li>• Pueden ser relevantes los efectos anticolinérgicos del cannabis en la efectividad de los antipsicóticos (AP).</li> <li>• Los consumidores de cocaína requieren mayores dosis de AP por posibles interacciones, y puede que su consumo incremente el riesgo de síntomas extrapiramidales.</li> </ul>
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más conductas hostiles y amenazadoras, y más conductas suicidas.</li> <li>• Peor evolución, con más recidivas e incumplimiento terapéutico, además de más enfermedades físicas, aunque presentan menos efectos extrapiramidales.</li> </ul>

Cafeína y Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los fumadores de tabaco y los consumidores de cafeína pueden requerir mayores dosis de AP (en el caso del tabaco posiblemente por incrementar su metabolismo).</li> <li>• El tabaco mejora la función cognitiva de la esquizofrenia y la inducida por los AP.</li> </ul>
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2.2. TUS y TRASTORNO DEL ÁNIMO O DE ANSIEDAD

En los pacientes con trastorno del ánimo o de ansiedad que consumen sustancias se complica su trastorno de base, se modifican los síntomas, empeora el curso con aumento de la cronicidad y el riesgo suicida, y disminuye la eficacia del tratamiento.

Los trastornos depresivos y ansiosos hacen evolucionar peor la adicción, con abuso de un mayor número sustancias, edad de comienzo del consumo menor, y contribuyen a mantener o recaer en el consumo. Aunque se considera que la comorbilidad empeora el pronóstico, algunos autores refieren menores tasas de recaída en los pacientes con diagnóstico dual si realizan tratamiento adecuado de ambos trastornos. La gravedad psiquiátrica es un predictor negativo del resultado terapéutico en dependientes de opiáceos y de cocaína.

El alcohol produce disminución inmediata de la ansiedad favorece el consumo, y dicho consumo y su abstinencia inducen ansiedad, reforzando el consumo. Los dependientes de alcohol con trastorno del ánimo o de ansiedad presentan un curso más rápido de su adicción, con mayores ingestas, consecuencias físicas y psicosociales más graves, y síntomas de abstinencia más graves. Asimismo, el propio consumo excesivo de alcohol puede producir sintomatología depresiva, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. Por su potencial ansiolítico también se registra una elevada tasa de consumo de tabaco y cannabis en estos pacientes.

## 2.3. TUS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Determinados rasgos de personalidad se relacionan con el consumo de alcohol y cannabis, hallándose que consumidores jóvenes obtienen puntuaciones más bajas en estabilidad emocional y apertura mental. Un estudio reciente (2016) muestra diferentes distribuciones del consumo de alcohol con respecto a los rasgos de personalidad.

El uso de sustancias se asocia a menudo con un trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes entre los usuarios de drogas ilegales los trastornos de la personalidad antisocial y de inestabilidad emocional/límite. Las personas con trastornos de la personalidad padecen más síntomas problemáticos de TUS que aquellas que no presentan trastorno de personalidad. Estos pacientes participan con más frecuencia en conductas de riesgo: compartir jeringas y prácticas sexuales de riesgo, y presentan más dificultades para permanecer o cumplir el tratamiento.

Un TUS está presente en 65% de pacientes con TLP, y el 18% de TUS cumplirían también criterios TLP, siendo las drogas más frecuentes entre ellos los opiáceos, seguidos de la cocaína y el alcohol. Par el estudio Madrid, el Trastorno disocial de personalidad fue el más frecuente entre los TUS. También desde hace años se viene evidenciando una estrecha relación entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y el consumo de sustancias, concretamente el cannabis y tabaco.

### **3. DIAGNÓSTICO**

#### **3.1. PAUTAS GENERALES**

El problema diagnóstico fundamental es precisamente la tendencia a no diagnosticar el trastorno dual. Generalmente esto ocurre por tendencia a la ocultación, negación o minimización del consumo de drogas en enfermos mentales, y a la no detección de psicopatología en pacientes adictos. Otra dificultad diagnóstica se centra en diferenciar los síndromes clínicos inducidos por drogas de los primarios. El término “inducido” implica causalidad y son síndromes derivados de la intoxicación o la abstinencia de una o varias sustancias. El consumo de drogas produce una modificación de la clínica habitual de los trastornos primarios, modificando su presentación y el curso evolutivo que puede ser fundamental para establecer el diagnóstico.

Por todas estas dificultades para el diagnóstico, se recomienda una anamnesis detallada (incluyendo antecedentes familiares, cronología del proceso, sintomatología durante períodos de abstinencia y relación con consumos), el apoyo con entrevistas semi o estructuradas, y el uso de marcadores biológicos (toxicología en orina, sangre...).

En la entrevista diagnóstica conviene:

<p>Evaluar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El consumo de sustancias tras haberlo hecho en otras áreas como su historia previa y el funcionamiento vital, sin prejuizar.</li> <li>• Utilizar preguntas simples, directas y claramente definidas que no permitan ambivalencia.</li> <li>• Utilizar la información proporcionada por el propio paciente, junto con otras fuentes de información (test de laboratorio, información de otras personas), dando seguridad sobre la confidencialidad de la información.</li> <li>• Evaluar las posibles razones del paciente para distorsionar la información y relacionarlo con posibles factores motivacionales.</li> </ul>
<p>Considerar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado cognitivo y estado físico del paciente, incluyendo evaluaciones repetidas a través del tiempo de forma a obtener una perspectiva longitudinal de la evaluación.</li> </ul>
<p>Re-evaluar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando el paciente esté psicopatológicamente estable, o en caso de pacientes resistentes a tratamiento con sospecha de TUS concomitante;</li> <li>• En ausencia de signos de intoxicación o abstinencia</li> </ul>

### 3.2. HERRAMIENTAS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO

#### Marcadores biológicos

Entre los marcadores biológicos se puede utilizar el VCM, la GOT, la GGT y la CDT para el alcohol, y en el caso de las otras drogas la detección de metabolitos de drogas en orina (Bencil-Ecgonina; para el alcohol indica consumos hasta las 72 horas el etil glucurónido). Se están incorporando además los análisis en saliva de diversas sustancias

La identificación de la sustancia psicótropa involucrada puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).



El periodo de latencia de cada droga en orina va a variar, siendo lo más frecuente (en horas):

SUSTANCIA	ORINA
Cocaína	3-72
Opiáceos	3-120
Anfetaminas	4-96
MDMA (Éxtasis)	2
Cannabis	1-36 días*
LSD	2-96

### Instrumentos de ayuda diagnóstica al TUS

Para la evaluación de la gravedad y perfil de la dependencia, existen cuestionarios generales como: ASI, MAP, SDS.

Para el diagnóstico de detección y gravedad del consumo de alcohol, se pueden utilizar los cuestionarios habituales: AUDIT CAGE CBA ISCA MALT SMAST, SADQ, EIDA.

Específicamente por sustancias, se pueden emplear:

- Cannabis Abuse Screening Test (CAST).
- Escala Breve de Abstinencia de Opiáceos (SOWS).
- Cuestionario de Craving de Cocaína-General (CCQ-G).
- Escala de Evaluación de Síntomas Positivos de la Psicosis Inducida por Cocaína, revisada (SAPS-CIP).
- Escala de valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA).

\*: Para mayor información sobre instrumentos de ayuda diagnóstica consultar el capítulo específico de esta Guía.

### Instrumentos de cribado y ayuda al diagnóstico psiquiátrico

- *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)*

Entrevista diagnóstica estructurada basada en los criterios del DSM IV, diseñada para el estudio de la comorbilidad psiquiátrica en sujetos con TUS. Permite diferenciar los trastornos mentales primarios de los inducidos por sustancias y también de los efectos esperados en la intoxicación y abstinencia.

- *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

Entrevista diagnóstica estructurada, comprensiva y estandarizada diseñada para medir trastornos mentales según las definiciones y criterios de la CIE y el DSM.

- *Structured Clinical Interview for DSMIV (SCID)*

Entrevista diagnóstica semiestructurada basada en los criterios del DSM-IV. Permite realizar los diagnósticos de trastorno primario o inducido por sustancias.

- *MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS)*

Entrevista diagnóstica estructurada, desarrollada para evaluar pacientes psiquiátricos de acuerdo con los criterios de CIE y DSM.

- *Dual Diagnosis Screening Instrument (DDSI)*

Es un instrumento de cribado resultado de una adaptación de la sección de screening del CIDI, que tiene por objetivo detectar posibles casos de diagnóstico dual.

- *Symptom CheckList-90-R (SCL-90-R)*

Instrumento autoaplicado que mide la intensidad de los síntomas psicológicos que experimenta el sujeto. Es útil como herramienta de cribado para la identificación de posibles casos clínicos psiquiátricos en pacientes a tratamiento por TUS.

A pesar de la utilidad y garantías métricas de estos instrumentos, la evaluación de la comorbilidad psicopatológica plantea problemas derivados de la confusión entre efectos agudos y crónicos de las sustancias, y de la inexistencia de marcadores biológicos claros.

*\*: Para mayor información sobre instrumentos de ayuda diagnóstica consultar el capítulo específico de esta Guía.*

#### **4. TRATAMIENTO**

La presencia de un diagnóstico dual, dificulta el tratamiento y determina un peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de los dos trastornos no es diagnosticado y tratado adecuadamente.

Los problemas en su tratamiento tienen que ver con las interferencias mutuas entre los tratamientos específicos, el incumplimiento de las

prescripciones, la carencia de apoyos sociales y de recursos asistenciales, y la elevada frecuencia de problemática familiar y legal.

El tratamiento ha de ser individualizado, teniendo en cuenta los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente, y considerando la necesidad de intervenciones terapéuticas más intensivas, siendo el apoyo sociofamiliar determinante para la evolución.

Por ello, estos pacientes con peor pronóstico y difícil manejo terapéutico precisan de un sistema asistencial integrado. La existencia de dos redes asistenciales diferenciadas y paralelas supone una grave dificultad para su atención, y existe consenso sobre la mayor efectividad del tratamiento integrado, que precisa que el seguimiento se lleve a cabo dentro de un equipo multidisciplinar que atienda los aspectos psicológico, médico y social del paciente y su entorno.

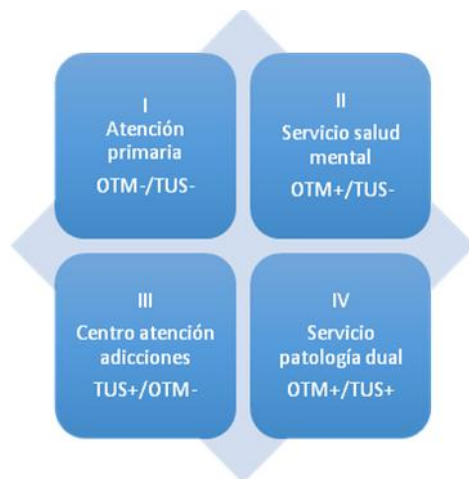
#### 4.1. DISEÑO GENERAL DEL TRATAMIENTO

Los principales objetivos del tratamiento farmacológico deben estar enfocados a aliviar los síntomas de abstinencia y al apoyo de la rehabilitación (tratamiento inicial, seguimiento/mantenimiento), además de aminorar o remitir la gravedad de la sintomatología psiquiátrica.

En la actualidad, en bastantes casos aún existe una separación funcional entre los dispositivos de salud mental y de drogodependencias. En este sentido, se han descrito varios modelos generales de tratamiento para estos pacientes:

- Modelo secuencial: En este modelo el paciente es atendido inicialmente en función de la patología que se considera primaria por el tipo de recurso destinado a ello (drogodependencias o salud mental). El único vínculo entre ellas es la derivación. Sólo cuando el paciente está estable o asintomático es derivado al siguiente dispositivo para abordar el trastorno que se ha considerado secundario. Este modelo se ha relacionado con un aumento en el número de asistencias a urgencias y de ingresos hospitalarios.
- Modelo paralelo: El paciente es atendido en ambos dispositivos de forma simultánea e independiente. La falta de comunicación y de abordaje conjunto suele ser la norma, con problemas logísticos, mala coordinación y estigmatización.

- Modelo matricial: Propone un abordaje del paciente dual en un mismo momento y en un mismo dispositivo asistencial (drogodependencias o salud mental) por profesionales vinculados a ambos dispositivos. Profesionales de salud mental son invitados a dispositivos de drogodependencias y viceversa, estableciendo redes de conexión y un único plan terapéutico.
- Modelo integrado: Un mismo recurso asistencial oferta un tratamiento integrado al paciente, tanto para su adicción como para la comorbilidad psiquiátrica. Aunque este modelo se considera el ideal, la realidad es que no está generalizado.
- Modelo de cuidado escalonado: La persona recibe tratamiento de diversa intensidad de acuerdo a su gravedad particular. Es el modelo de los “Cuadrantes de atención” :



OTM- significa OTM menos grave;  
 OTM+ significa OTM más grave  
 TUS- significa TUS menos grave  
 TUS+ significa TUS más grave

La separación en el tratamiento de los trastorno por consumo de sustancias y los otros trastornos mentales favorecen modelos de atención secuencial o paralela, situación que ha generado altos costos de tratamiento y deficiente efectividad en ellos. Existe poca investigación para determinar qué modelo de tratamiento puede ser el más adecuado. En general, los tratamientos integrados se han asociado a resultados positivos en reducción de consumo, mejoría de síntomas psiquiátricos y funcionamiento general, disminución de hospitalizaciones, mayor estabilidad de la residencia, menos detenciones, mayor adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida.

#### 4.2. EL TRATAMIENTO INTEGRADO

Se han planteado unos principios básicos para el tratamiento integrado:

- ✓ Servicios sanitarios integrados en el sistema sanitario y coordinados con los servicios sociales, asegurando la continuidad de cuidados.
- ✓ Especialistas capacitados para tratar tanto los trastornos por uso de sustancias como las enfermedades mentales graves.
- ✓ Equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo de atención para los pacientes con diagnóstico dual
- ✓ Disponibilidad de múltiples intervenciones, individuales, grupales, de autoayuda y familiares. Y de programas de baja exigencia.
- ✓ Supervisión permanente, adoptando un enfoque holístico del paciente.
- ✓ Naturaleza colaborativa del tratamiento, involucrando a familiares y cuidadores.
- ✓ Expectativas realistas, expresando confianza en la eficacia del tratamiento.
- ✓ Actitud de no juzgar, sin confrontaciones.
- ✓ Intervenciones motivacionales en todas las etapas, y una aproximación cognitivo-conductual, con prevención de recaídas.
- ✓ Consideración entre los objetivos la reducción de consumo/daños.
- ✓ Utilización de fármacos efectivos, bien tolerados y que faciliten la adherencia.

Por otro lado, se han descrito los elementos para un tratamiento integrado, y se han concretado los recursos terapéuticos necesarios:

<b>Elementos del tratamiento</b>	<b>Recursos terapéuticos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de alianza terapéutica.</li> <li>• Tratamiento rápido de intoxicación, abstinencia y descompensación psicopatológica.</li> <li>• Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado.</li> <li>• Prevención de las recaídas.</li> <li>• Educación sanitaria individual/familiar.</li> <li>• Reducción de comorbilidad somática.</li> <li>• Favorecimiento de la adherencia al tratamiento y la motivación para el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo multidisciplinar especializado en salud mental y drogodependencias.</li> <li>• Coordinación con otros dispositivos sociosanitarios.</li> <li>• Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.</li> <li>• Hospitalización parcial con seguimiento intensivo.</li> <li>• Cobertura psicofarmacológica.</li> </ul>

<p>cambio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento de las actividades ocupacionales y formativo-laborales</li> <li>• Mejora del funcionamiento interpersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas cognitivo-conductuales.</li> <li>• Grupos de prevención de recaídas.</li> <li>• Grupos psicoeducativos.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4.3. ASPECTOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Los tratamientos utilizados en los pacientes duales son semejantes a los que se utilizan cuando se presenta una sola patología y, en general, se considera que los que son eficaces para tratar determinados trastornos mentales también lo son en los pacientes con diagnóstico dual, y que los que están indicados para tratar los trastornos por uso de sustancias también están indicados en los pacientes adictos con comorbilidad psiquiátrica.

El uso adecuado de medicación es un elemento importante en el tratamiento de los pacientes con comorbilidad, pues inciden significativamente en la estabilización de la sintomatología psiquiátrica aguda, situación lo que ayuda al incremento de la efectividad de otros tratamientos. Los principales objetivos del tratamiento farmacológico deben estar enfocados a aliviar los síntomas de abstinencia y al apoyo en deshabitación y en la rehabilitación (tratamiento inicial, seguimiento/mantenimiento), además de disminuir o remitir la gravedad de la sintomatología psiquiátrica.

Se debe tener en cuenta la alta sensibilidad a los efectos secundarios que presentan estos pacientes, las interacciones entre psicofármacos y drogas, y las altas tasas de incumplimiento. Pueden necesitarse dosis de psicofármacos mas altas. Hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psicofarmacológico sobre ella. Se deben utilizar preferentemente los psicofármacos con menos efectos adversos y mejor tolerados, y que no aumentan o que incluso puedan disminuir el "craving". En caso de previsión de incumplimiento o por mayor comodidad se recomiendan los nuevos inyectables de larga duración, y en general todos los fármacos que favorezcan la adherencia.

En cuanto al tratamiento del abuso/dependencia de drogas, y aunque pequeños consumos pueden ser problemáticos y motivar exacerbaciones

clínicas o abandonos de tratamiento, se requiere ser flexible en los objetivos, sin renunciar a la abstinencia. Ofrecer diversos objetivos (abstinencia o reducción del consumo) mejora el compromiso con el tratamiento y sus resultados. Es necesario flexibilizar objetivos según necesidades del paciente. Cualquier cambio en la forma, frecuencia o cantidad de consumo es un cambio positivo. El concepto de reducción del consumo/daño permite tratar a pacientes que de otra manera no se habrían planteado ayuda.

### Tratamiento del trastorno por uso de sustancias

El tratamiento farmacológico de la adicción en pacientes duales se hará según pautas habituales, teniendo en cuenta algunas consideraciones:

- ✓ En la dependencia de opiáceos es preferible utilizar dosis altas de sustitutos opiáceos para un mejor control de los consumos y las manifestaciones psicopatológicas.
- ✓ La supresión del tratamiento debe de ser más gradual y con necesidad de una vigilancia estrecha del estado mental por un mayor riesgo de reagudización de sus alteraciones psicopatológicas de base.
- ✓ La naltrexona y el nalmefeno pueden utilizarse sin problemas, y su combinación con otros psicofármacos (antidepresivos o antipsicóticos) es segura y bien tolerada. El nalmefeno se ha indicado especialmente en tratamientos con objetivo inicial de reducción del consumo de alcohol.
- ✓ El uso de disulfiram hay que ser cauteloso, debido a las interacciones descritas con antidepresivos y antipsicóticos y a las reagudizaciones referidas de cuadros psicóticos.

### Tratamiento del otro trastorno mental comórbido

El tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados a una drogodependencia es en líneas generales semejante al realizado en aquellos trastornos sin abuso de sustancias. En principio, no está contraindicado ningún psicofármaco:

#### A) Trastornos afectivos y ansiosos

- ✓ Los ISRS: son de elección debido a su perfil de uso frente a enfermedades comórbidas y a su perfil de acción. Los antidepresivos

“duales” (venlafaxina, duluxetina) son los fármacos de elección, por bajo potencial de abuso, escasas interacciones y bajo riesgo de sobredosis.

- ✓ En pacientes a tratamiento con metadona, la fluvoxamina y en menor medida la fluoxetina, aumentan indirectamente la concentración de metadona. Al retirarlos, los niveles de metadona pueden disminuir y facilitar la aparición de SAO.
- ✓ La trazodona, desvenlafaxina, mirtazapina, bupropión también son útiles. La agomelatina necesita una vigilancia particular en pacientes con afectación y cuidados hepáticos especiales.
- ✓ Los tricíclicos se utilizarán con precaución por sus interacciones y los posibles efectos secundarios como la disminución del umbral convulsivo, aunque en los trastornos depresivos con comorbilidad con el consumo de alcohol se han mostrado efectivos. Cualquier tratamiento instaurado se mantendrá a dosis eficaces hasta al menos 6-12 meses después de la desaparición de la sintomatología.
- ✓ El empleo de valproato + litio mostró ser eficaz para la reducción en el consumo de alcohol entre personas con trastorno bipolar, mostrando eficacia en la prevención del gesto suicida y del episodio maniaco.
- ✓ Se evidencia en pacientes jóvenes la mejoría de estado del ánimo y disminución de gesto autolesivo en personas jóvenes con trastorno depresivo que estuvieron a tratamiento con fluoxetina.
- ✓ Las benzodiacepinas deben evitarse en lo posible, principalmente las de vida media corta y alta potencia como el flunitrazepam o el alprazolam, por el riesgo de adicción y por la interacción con drogas sedantes que pueden facilitar la sobredosis y aumentar el riesgo vital por depresión respiratoria y alteraciones cardiovasculares. En caso de utilización debe ser por tiempo limitado.
- ✓ El empleo de pregabalina para el manejo de la sintomatología ansiosa y del craving en personas con dependencia al alcohol ha mostrado aceptable efectividad.
- ✓ La gabapentina, oxacarbamacepina, lamotrigina y otros estabilizadores del ánimo han sido útiles en estudios abiertos en dependientes de sedantes y estimulantes, aunque precisan más investigación.



- ✓ El litio puede sufrir modificaciones en sus niveles plasmáticos en consumidores de alcohol y/o cocaína, con aumento de su toxicidad aunque debe valorarse su uso en pacientes con trastorno bipolar y consumo de drogas concomitante.

#### B) Trastornos psicóticos

- ✓ Dado que los psicóticos con trastorno dual presentan mayor sensibilidad a los efectos extrapiramidales, a veces es difícil conseguir dosis adecuadas de fármaco que sean tolerables. Además, pueden necesitar dosis de AP mas altas. Por ello se utilizan de primera elección los antipsicóticos atípicos o de 2ª generación, cuyo perfil de efectos secundarios es más favorable. A pesar de escasos ECA, cada vez mas datos recomiendan los ap 2ª G por > seguridad y tolerabilidad, y por su posible utilidad en disminuir el consumo.
- ✓ Los AP convencionales pueden aumentar el consumo al disminuir dopamina, que provocaría anhedonia y apatoabulia, incrementando el *craving*. Además, al bloquear D2, disminuyen los efectos de las drogas, y son rechazados. Al consumir drogas aumenta la dopamina, desplazando al AP, lo que potencia sus efectos, siendo el consumo muy reforzante. Los AP atípicos no producen sensibilización tan intensa, disminuyen el *craving* a corto plazo por atenuar efectos reforzantes, y a medio por ausencia de hipersensibilidad D2.
- ✓ En pacientes malos cumplidores son más útiles las presentaciones inyectables de larga duración (risperidona, paliperidona, aripiprazol), no siendo fácil establecer el tiempo de mantenimiento.
- ✓ Los AP con potencial anticolinérgico pueden interaccionar con drogas de abuso. Tabaco y cafeína interfieren metabolismo de algunos AP.
- ✓ Algunos AP (sobre todo clozapina) disminuyen el umbral convulsivo: uso cauto en epilépticos y en S.A. OH/BZD
- ✓ Hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento con AP sobre ella: sdr. metabólico, cardiopatía, HTA, hepatopatía, SIDA (tienen mas riesgo de SEP y de disminución del rendimiento cognitivo por efectos anticolinérgicos).

- ✓ La clozapina es el AP atípico con mayor evidencia empírica para disminuir síntomas psicóticos y consumo (cocaína, cannabis), aunque sus efectos adversos, sus controles hematológicos y sus interacciones (tabaco) la hacen de mas difícil manejo. La clozapina presenta igual efectividad en pacientes psicóticos resistentes con TUS y sin éste.
- ✓ Con cannabis hay que evitar usar las fenotiacinas, pues disminuyen HTA y aumentan efectos anti-M1, y también el haloperidol, ya que aumenta el riesgo de SEP (También la risperidona).
- ✓ Con alcohol hay que recordar que los AP clásicos disminuyen los efectos extrapiramidales agudos pero aumentan el riesgo de discinesias tardías
- ✓ Con usuarios de cocaína suelen necesitarse dosis superiores, lo que aumenta los efectos adversos y el riesgo de abuso de anticolinérgicos. Además, hay mas riesgo de SEP y de discinesia tardía. Hay refuerzo del uso de cocaína con el haloperidol.
- ✓ Los AP anti-H1 aumentan apetito y peso, y la sedación. Además, reducen el umbral convulsivo (a considerar en privación de OH y BZD). No utilizar en lo posible clozapina ni olanzapina.
- ✓ Con risperidona (oral e inyectable) se ha hallado que disminuye las recaídas, el *craving* y la frecuencia de consumo, a la vez que aumenta la adherencia y mejora la clínica psicótica.

#### Efectos secundarios e interacciones con otros fármacos y drogas de consumo

- ✓ La metadona inhibe el encima CYP 2D6 del citocromo P450 por lo que interfiere en el metabolismo de los antidepresivos, debiendo prescribirse éstos a dosis inferiores a las habituales.
- ✓ Carbamazepina, fenitoína y alcohol incrementan el metabolismo de la metadona por lo que es necesario reajustar la dosis de ésta con el fin de prevenir la aparición de síntomas de abstinencia.
- ✓ Se ha usado la naltrexona junto con varios fármacos como disulfiram, antidepresivos, neurolépticos o litio sin que existan referencias de interacciones adversas.
- ✓ Se han descrito interacciones de disulfiram con amitriptilina, imipramina o perfenacina, pero poco claras. Potencia la sedación de las

benzodicepinas que sufren oxidación hepática, pero no con el resto. No tiene interacciones con la metadona y se ha descrito hipomanía tomado junto con cannabis. Además, presenta interacciones con anticonvulsivantes, anticoagulantes orales, antihipertensivos, fenitoína, teofilina, metronidazol e isoniacida.

- ✓ Los ADT en dependientes de alcohol se deben usar a dosis habitualmente mayores, y si es posible con monitorización plasmática, ya que el alcohol disminuye sus niveles plasmáticos, y estos fármacos conducen a mayores niveles cerebrales de alcohol y mayor frecuencia de *black-outs*.
- ✓ La metadona puede interferir con el metabolismo de los ATD, existiendo un aumento de los niveles de desipramina con el uso de metadona. También se ha descrito interacción entre ADT y cannabis.
- ✓ El litio en dependientes de alcohol puede dar lugar a cambios en los niveles plasmáticos, con toxicidad o dilución del litio por los vómitos, deshidratación o aumento de la ingesta de líquidos, aunque es eficaz en pacientes con trastorno bipolar y consumo de drogas.
- ✓ Se recomiendan precaución con la supresión brusca del tabaco, dado que los fumadores suelen usar más dosis de AP y tienen menos extrapiramidalismo y la abstinencia de tabaco puede conducir a una exacerbación de los efectos secundarios.
- ✓ Se ha observado una correlación entre la dosis de AP y el consumo de cafeína, por lo que esta puede interferir en alguna propiedad de los antipsicóticos. De igual forma, el alcohol puede disminuir los niveles plasmáticos de los AP y los síntomas extrapiramidales, aunque este consumo puede ser un factor de riesgo para la discinesia tardía.
- ✓ Los antipsicóticos pueden disminuir el umbral convulsivo en pacientes alcohólicos, y el haloperidol puede provocar síntomas de abstinencia a opiáceos. Los pacientes psicóticos consumidores de cocaína pueden requerir mayores dosis de AP por posibles interacciones a nivel neurobiológico, y puede que su consumo incremente el riesgo de síntomas extrapiramidales.

#### 4.4. ASPECTOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un abordaje integral de la concurrencia de OTM y TUS. Las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas (como las intervenciones motivacionales) facilitan la disminución del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos, especialmente en poblaciones con carencias extremas (personas sin hogar, inyectores activos).

Las intervenciones motivacionales se utilizan para tratar a los consumidores en todas las etapas. El enfoque cognitivo-conductual se utiliza para tratar a los consumidores en la etapa activa del tratamiento y en la prevención de recaídas. La combinación de entrevista motivacional (EM), terapia cognitivo-conductual (TCC) e intervenciones familiares mejora evolución de pacientes con OTM grave y TUS. La EM ha mostrado mejores resultados comparados con psicoeducación. La Terapia Personal es una intervención individual que combina psicoeducación, terapia de apoyo, entrenamiento en afrontamiento de estrés emocional, TCC, habilidades de comunicación, resolución de problemas y terapia ocupacional. Programas de contingencias como el BTSAS han demostrado su utilidad.

No obstante, una revisión sistemática (2005) realizada con resultados de 25 ensayos controlados aleatorizados, con 2.478 participantes en total con pacientes con diagnóstico dual, reporta no encontrar evidencia suficiente que valide la efectividad de las intervenciones psicosociales en esta población. Asimismo, los autores reportaron dificultades metodológicas. Otra revisión sistemática (2007), que incluyó 36 estudios en los que se evaluaron intervenciones psicosociales y farmacológicas, también hizo evidente la falta de intervenciones que hayan sido replicadas y mostrado beneficios consistentes sobre los grupos de comparación en el tratamiento de la comorbilidad.

Sin embargo, algunos estudios sobre intervenciones cognitivo conductuales apoyan su efectividad en la reducción de la sintomatología psiquiátrica en pacientes adictos, además de mostrar mejores resultados si se combinan con entrevista motivacional, que a su vez ha mostrado que los pacientes presentan mejorías en la reducción del consumo, así como en la adherencia al tratamiento.

Programas de intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial, con un tratamiento integrado para personas sin hogar con

trastornos duales, con su propia combinación de ingredientes: (reducción peldaño, intervenciones motivacionales, psicoeducación y grupos de prevención de recaídas) han mostrado buenos resultados.

El modelo de intervención basado en los programas de seguimiento, apoyo comunitario o “case management” se centra en ayudar al paciente con TD, tan vulnerable al estrés y a la desmotivación, a adquirir los recursos que necesita (comida, alojamiento, vestido y asistencia médica), y a elaborar estrategias de afrontamiento para que puedan hacer frente a la vida en comunidad. La atención la realiza un equipo multidisciplinar, habitualmente compuesto por psiquiatras y enfermeras, gestores de casos o tutores. La prioridad en las intervenciones está en prestar soporte a la vida diaria de los enfermos. Se trabaja con las habilidades del individuo en la consecución de metas más que con los déficits.

El modelo matrix en pacientes con diagnóstico dual es esencialmente una estrategia para la gestión de diagnóstico dual en una amplia gama de dispositivos y recursos. Es una forma de implementar el trabajo coordinado a través de servicios y puesta en marcha de estructuras conjuntas. Profesionales ubicados en servicios de salud mental y otros en adicciones trabajan con los pacientes en los centros de trabajo de los otros. Al hacerlo, crean nodos de integración. Estos nodos de integración se vinculan a través de trabajo en paralelo para crear una matriz. La idea clave, que ha mostrado buenos resultados, es que profesionales del campo de la salud mental y de las adicciones se ubiquen en los dispositivos de la otra red asistencial, adoptando un enfoque asertivo para trabajar con los pacientes con diagnóstico dual .

## **BIBLIOGRAFIA**

Bobes J, Casas M (Coord) Manejo clínico del paciente con patología dual. Valencia: Socidrogalcohol, 2009.

Bernardo M, Arrojo M, San L (Coord). Guía de práctica clínica de tratamiento de la patología dual en el adulto. Sociedad Española de Psiquiatría-Soc Esp. de Psiquiatría Biológica (En prensa).

Clausen H, Ruud T, Odden S, Daltyt Benth J, Heiervang KS, Stuen HK, et al. Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. BMC Psychiatry 2016; 16(1):1–10.

Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with cooccurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. Soc Sci Med. 2005; 60(6):1371-1383.

Drake R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J., Bond, G.R. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophr Bull 1998; 24(4): 589-608.

Fernández-Miranda JJ, Cortés-Tomás MT (Dir). Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales (Comorbilidad psiquiátrica en adicciones): concepto, epidemiología, diagnóstico y marco general de tratamiento. Guía clínica Socidrogalcohol. Valencia: Socidrogalcohol, 2017.

Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Cochrane Database of Systematic Reviews. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). 2005.

Hendrickson E. Designing, implementing, and managing treatment services for individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: blueprints for action. Binghamton, NY: The Harworth Press Inc. 2006.

Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the Association between Lifetime Prevalence of Mental Illness and Transition from Substance Use to Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict.* 2013; 22(2):93–8.

Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Xie H, Zarate R, Smith LF, et al. A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders. *Schizophr Bull.* 2013; 39(3):658–72.

Pereiro, C. (Editor). Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Barcelona: Socidrogalcohol 2010.

Serzman, N. (Dir) Patología Dual. Protocolos de Intervención. Esquizofrenia/T.bipolar/Depresion/T.Personalidad/TDAH. Barcelona: EdikaMed. 2009-2012.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders. Training Frontline Staff. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.

Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31:513-536.

Torrens, M.; Mestre-Pintó, J.I.; Domingo- Salvany,A. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Lisbon: EMCDDA 2015.