



Comorbilidad psiquiátrica en adicciones

/TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES/

tus+tm concepto, epidemiología & diagnóstico. Marco general de tratamiento

Francisco Pascual Pastor
Juan José Fernández Miranda
Sylvia Díaz Fernández
Carmen Sala Añó

socidrogalcohol



Comorbilidad psiquiátrica en adicciones

/TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES/

tus+tm concepto, epidemiología & diagnóstico. Marco general de tratamiento

Francisco Pascual Pastor

Juan José Fernández Miranda

Sylvia Díaz Fernández

Carmen Sala Añó

socidrogalcohol

Edita  Socidrogalcohol

Colaboran  Otsuka

 Lundbeck 

Director de la colección

Juan J. Fernández Miranda

Coordinadores

**Francisco Arias, Maite Cortés, Juan J. Fernández,
Gerardo Flórez y Enriqueta Ochoa**

Autores #0

PASCUAL PASTOR, Francisco

Doctor en Medicina. Coordinador Conductas adictivas de Alcoi. Presidente de SOCIDROGALCOHOL. Profesor Colaborador Universidad Miguel Hernandez (UMH).

FERNÁNDEZ MIRANDA, Juan José

Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Licenciado en Psicología. AGC Salud Mental-V. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

DÍAZ FERNÁNDEZ, Sylvia

Enfermera especialista en Salud Mental. AGC Salud Mental-V. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

SALA AÑÓ, Carmen

Diplomada en Enfermería. Hospital de la Plana (Castellón). Máster en Drogodependencias.

© textos: los autores

Diseño, maquetación e impresión:  **martín gràfic** · martingrafic.com

ISBN 978-84-945737-2-9

Presentación	5
Introducción	7
 Conceptos	
* Trastorno por uso de sustancias (TUS)	11
* Otros trastornos adictivos	12
* Comorbilidad psiquiátrica y diagnóstico dual	12
* Patología dual	13
* Factores etiopatogénicos	14
 Epidemiología	
* TUS + Ansiedad	27
* TUS + Depresión	28
* TUS + Trastorno bipolar	29
* TUS + Psicosis	31
- Esquizofrenia	34
- Trastorno esquizoafectivo	35
- Trastorno psicótico inducido por el uso de sustancias	36
* TUS + Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	37
* TUS + Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	38
* TUS + Trastorno de personalidad	40
- Trastorno límite de personalidad (TLP) <i>-borderline-</i> o de inestabilidad emocional	40
- Antisocial	41
* TUS + Suicidio	41
* TUS + Alteraciones del sueño	43
* TUS + Trastornos de la alimentación	44
* TUS + Otros	45

Diagnóstico	46
* Pautas para el diagnóstico	48
* Marcadores biológicos	50
* Herramientas de cribado y ayuda diagnóstica	50
Marco general de tratamiento	55
* Principios básicos	57
- Accesibilidad	57
- Detección eficaz	57
- Tratamiento basado en el conocimiento científico	58
* Componentes de un programa de tratamiento	59
* Modelos de abordaje	59
* El tratamiento integrado	62
* Aspectos generales de las intervenciones farmacológicas	64
* Aspectos generales de las intervenciones psicosociales	65
* Aspectos generales de las intervenciones de enfermería	66
- El diagnóstico enfermero. Resultados esperados de las intervenciones enfermeras	67
- Modelos de intervención	72
· El modelo de intervención basado en los programas de seguimiento, apoyo comunitario o 'case management'	72
· El modelo Matrix en pacientes con diagnóstico dual	73
Conclusiones	74
Bibliografía	75
Índice de gráficos	80
Índice de tablas	80
Desarrollo de las siglas	81

Presentación

Queremos resaltar que el libro que ahora tienes entre tus manos, y las monografías que le sucederán, tienen un marcado acento práctico, o al menos eso pretendemos.

Este es el primer número de una serie de monografías que irá explicando y adentrándose en las evidencias científicas de los trastornos por uso de sustancias, desde el punto de vista epidemiológico, de diagnóstico y terapéutico, para ayudar a un mejor abordaje de estos cuadros de comorbilidad que se presentan frecuentemente en la consulta.

Se trata de un material elaborado especialmente, aunque no de forma excluyente, para aquellos profesionales que atendemos a personas que presentan un trastorno por uso de sustancias y además padecen otro trastorno mental, o los trastornos mentales que presentan un TUS.

Por lo tanto, es un material que va dirigido a médicos de Conductas Adictivas y a psiquiatras fundamentalmente, además del resto de profesionales socio-sanitarios, incluidos psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc., que atienden a estos pacientes.

En el día a día, en nuestras consultas, nos encontramos con pacientes que hacen un uso patológico de lo que denominamos drogas de abuso. Con ellos intentamos determinar en primer lugar si presentan un trastorno o bien su gravedad, utilizando criterios diagnósticos CIE10 o DSM5.

En muchos casos, además, vemos cómo el consumo no se ciñe exclusivamente a una sola sustancia, es decir, estamos ante un policonsumo, e intentamos abordar con el paciente en primer lugar estos consumos para así poder trabajar una serie de cambios conductuales, sociales, de vida... que le permitan desenvolverse y desarrollarse como persona.

Durante el diagnóstico observamos que puede haber una enfermedad orgánica, neurológica, hepática, infecciosa, etc., que debemos también abordar o al menos derivar al especialista correspondiente.

Y también, cómo no, dentro de los cuadros comórbidos nos topamos con trastornos mentales, patología psiquiátrica, tributaria también de tratamiento.

Pero en cuanto a este último aspecto nos surgen una serie de dudas: ¿Es tan frecuente como algunos dicen? ¿Debemos esperar a hacer el diagnóstico cuando haya una disminución o cesación del consumo? ¿Es una patología independiente o un trastorno propio del uso de la droga o bien

secundario a otro trastorno mental? ¿Deben existir recursos específicos o se deben integrar los existentes? ¿Debemos tratarla desde nuestro recurso asistencial, o se debe derivar a los pacientes?

Sí, seguro que hay más preguntas, más dudas y por supuesto hay que averiguar cómo ante cualquier dilema, el quién, el cómo y el dónde, pero sobre todo debemos poner y tener al alcance del personal sanitario, o exigir, si es el caso, la información, formación y recursos necesarios para hacer un abordaje íntegro e integral de estos pacientes.

Sin olvidar la visión holística bio-psico-social de esta patología. Pues si con esta serie de monografías facilitamos esta tarea, habremos cumplido nuestro propósito. Esperamos que sean útiles y prácticas y que ayuden al clínico en su praxis.

Y por supuesto no puedo terminar esta presentación sin agradecer a los patrocinadores de estos libros, que han hecho posible esta edición, por acercarnos, a todos, la posibilidad de contar con este material.

Gracias a Otsuka-Lundbeck por confiar en SOCIDROGALCOHOL.

Seguro que entre todos sumaremos sinergias y alcanzaremos metas de futuro para una mejor atención a nuestros pacientes.

Dr. Francisco Pascual Pastor

Presidente de SOCIDROGALCOHOL

Introducción

Durante estas últimas dos décadas hemos asistido a un continuo incremento de los diagnósticos psiquiátricos relacionados con el consumo de drogas, tanto legales como ilegales. Esto puede ser debido a que cada vez se intentan perfilar más los diagnósticos en los pacientes, se les dedica el tiempo necesario y a que la comorbilidad física u orgánica se ha ido controlando de forma más efectiva.

Han aparecido nuevos tratamientos para el VIH, la hepatitis C y se ha mejorado el diagnóstico y pronóstico de las hepatopatías, pancreatitis, etc., y aunque no deja de ser importante la patología orgánica, la incorporación de nuevos profesionales desde el campo de la psiquiatría al campo de las adicciones y el buen hacer de los pioneros en este campo ha permitido profundizar más en la comorbilidad psiquiátrica relacionada con el trastorno por uso de sustancias, o lo que se ha denominado patología dual.

Curioso es que en algunos de los libros o artículos consultados encontramos defensores a ultranza del término y constructo patología dual y en cambio, en otros, verdaderos detractores de esta denominación. Según Pedrero y Ruiz (2014), se cuentan con sólidas evidencias en contra del concepto de patología dual y de cada uno de sus postulados. Concretamente, remarcan el uso de las categorías diagnósticas, la confusión entre clasificación y diagnóstico, y entre trastorno y enfermedad, además del concepto de comorbilidad, entre otros.

Y es que la coexistencia de ambas patologías en algunos pacientes está presente y por lo tanto se debe admitir y tratar; aunque no siempre está clara la relación causa efecto, como tampoco lo está el poder dilucidar qué cuadro es el primario, si el TUS o el cuadro clínico psiquiátrico, esto no nos exime de ofrecer al paciente y a su entorno el enfoque terapéutico más adecuado y completo a su situación clínica.

A finales de los noventa (Cabrera et al., 1998) se destacaba que las prevalencias que aparecían en distintos estudios a nivel epidemiológico, variaban mucho de unas a otras, posiblemente debido a los aspectos metodológicos, pero también al tamaño de la muestra y del escenario en el que se habían realizado, además de otros factores geográficos y diversas variables sociales.

Desde SOCIDROGALCOHOL como sociedad científica pionera en España en el campo de las adicciones vamos a mantener la nomenclatura de Comorbilidad Psiquiátrica, al menos hasta que la sociedad científica

internacional, la CIE y el DSM así lo mantengan, sin menoscabo de otras denominaciones.

Dicho esto, creo que todos los que trabajamos en las adicciones, desde los distintos ámbitos de actuación, bio-psico-social, estamos de acuerdo en que los pacientes que presentan ambos diagnósticos precisan una atención especial, amén de la asistencia adecuada a otros padecimientos físicos y/o sociales.

Por este motivo, vamos a dedicar una serie de libros a definir, concretar y analizar este fenómeno.

Haremos un repaso actualizado por la epidemiología, la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento de estos cuadros, aunque no olvidemos que tan importante va a ser para el paciente y también para su entorno que tratemos al unísono su adicción y todo su cuadro comórbido, por lo que se hace necesaria la coordinación tanto entre profesionales sanitarios y sociales como entre los distintos niveles asistenciales.

La importancia de la comorbilidad de los trastornos mentales en los usuarios de sustancias radica en la alta prevalencia, su gravedad clínica y social, su difícil manejo y su asociación con malos resultados para los sujetos afectados. Aquellas personas que tienen Trastorno por Uso de Sustancias y otro trastorno mental comórbido muestran más urgencias hospitalarias psiquiátricas y una mayor tasa de hospitalización y mayor prevalencia de suicidio que aquellos sin trastornos mentales comórbidos (Torrens et al., 2015).

En cuanto los aspectos epidemiológicos, no todos los estudios hechos hasta el momento dan cifras homogéneas y los márgenes son muy amplios, lo que nos obligará a perfilar mejor los diagnósticos y a valorar los cuadros clínicos comparando los mismos contextos y condiciones; por ejemplo, no será lo mismo diagnosticar a un paciente que aún sigue consumiendo que tras un período prudente (1-2 meses de abstinencia), pues el propio consumo puede estar enmascarando cuadros clínicos (Pereiro, 2010).

Lo prudente sería un diagnóstico tras al menos 1 mes de abstinencia y con criterios DSM5 o CIE10. Además de poder perfilar mucho mejor la situación clínica del paciente y por lo tanto la pertinente intervención terapéutica, nos puede servir para entender mejor la magnitud de este fenómeno y por lo tanto gestionar mejor los recursos necesarios para este tipo de pacientes.

Por otro lado, siempre se ha intentado dilucidar si el consumo de sustancias es la causa principal de los cuadros psiquiátricos, o si al contrario es la psicopatología la que induce al consumo de sustancias, pero, desde el punto de vista etiopatogénico, sabemos que además hay otros factores individuales, ambientales, sociales, genéticos, etc., que pueden incidir en ambos padecimientos, y de esta forma multicausal podemos comprender mejor el enfoque terapéutico multidisciplinar, ya que el objetivo sería abordar todos los aspectos y consecuencias de la comorbilidad en todos sus ámbitos.

La recuperación del paciente debe ir encaminada a devolverle su integridad. Por ese motivo, el tratamiento estará dirigido por un lado a conseguir la abstinencia a sustancias o al menos a la reducción de consumos y daños, para lo que utilizaremos los elementos farmacológicos al efecto y las intervenciones psicoterapéuticas que tengan una evidencia científica además de las distintas estrategias para su reintegración social. En paralelo, deberemos tratar su cuadro psicopatológico de la índole que sea, por lo que no tendrá sentido tratar el uno sin el otro pues la probabilidad de sufrir recaídas en uno de los aspectos mórbidos se incrementaría y caeríamos en un círculo vicioso del que es difícil salir ya que, una vez instaurada la comorbilidad psiquiátrica en un TUS, la recaída en el consumo agrava el cuadro y viceversa, el propio agravamiento clínico podría desencadenar una recaída en el consumo con la consecuente pérdida de control en la patología psiquiátrica presente.

Debemos tener en cuenta en la intervención el poder trabajar los factores predisponentes, estresantes, las situaciones de riesgo y valorar también estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas.

Cambiar hábitos, mejorar el entorno, ocuparnos del tiempo libre y el trabajo con los familiares pueden ser indispensables para consolidar la abstinencia a sustancias y la estabilidad en la patología psiquiátrica.

Será tarea de todos, también, luchar contra el estigma social que acompañan a estas patologías, pues la sociedad termina rechazando, marginando y no entendiendo qué les pasa a estas personas, lo que les aleja más si cabe de sus posibilidades de recuperación.

Al fin y al cabo, se trata de personas enfermas, que no deben renunciar a su dignidad como seres humanos y que tienen el derecho a ser atendidos con los mejores recursos y en las mejores condiciones. No se puede descri-

minar a este tipo de pacientes ya que en muchas ocasiones realmente habrán perdido el control sobre sus actos y precisan de la ayuda profesional, farmacológica y social necesaria para hacer una vida normalizada dentro de un entorno social estable.

El enfoque terapéutico propuesto debe ser multidisciplinar, implicando a profesionales tanto especializados en adicciones como en salud mental, y no exclusivamente médicos, sino también psicólogos, enfermeros, y trabajadores sociales, etc.

Aunque sigue existiendo en Europa una falta de consenso acerca de la intervención tanto farmacológica como psicosocial (Torrens et al., 2015), a lo cual pretende colaborar esta colección de libros, no debemos de dejar de analizar y estudiar las evidencias científicas terapéuticas y asistenciales, ya que al final la dificultad la tienen los propios pacientes que no terminan de encontrar el lugar más adecuado para ser atendidos de forma íntegra, y en cambio tienen derecho a la mejor atención posible.

Existen varios modelos asistenciales, de entre ellos destacamos tres: el secuencial, en el que primero se trata una patología y luego la otra y en ocasiones desde distintos recursos; el modelo paralelo, en el que se tratan las dos patologías al mismo tiempo pero desde recursos distintos; y finalmente el modelo integrado, en el que el paciente es atendido de su comorbilidad o doble patología desde el mismo recurso y al unísono, coordinándose con otras especialidades para otras comorbilidades de tipo físico u orgánico, por ejemplo, problemas infecciosos, digestivos, neurológicos, hematológicos, etc., que van a requerir al menos el mismo grado de implicación y respuesta por parte de los profesionales y estructuras sanitarias. Aunque esta cuestión será objeto de mayor profundización más adelante apoyándose en estudios y revisiones bibliográficas.

De momento sigue siendo importante estudiar la aparición de comorbilidad psiquiátrica en los usuarios de drogas, tanto para determinar su magnitud como para ayudar a proporcionar un tratamiento adecuado. La correcta detección y tratamiento de los trastornos mentales y del uso de sustancias comórbidas es uno de los mayores retos a los que se enfrentan los responsables políticos y los profesionales de drogas en los próximos años (Torrens et al., 2015; Pereiro, 2010) ●

Conceptos

Para entrar en materia vamos a intentar dejar claras una serie de definiciones o conceptos que explican el porqué de la utilización de una u otra nomenclatura y cuál es su significado.

* TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)

Según el DSM5, la característica esencial del consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia (APA, 2015). Dentro de las sustancias que causan trastornos se encuentra el alcohol, el cannabis, los opioides, los sedantes (ansiolíticos), los estimulantes (incluida la cocaína), el tabaco y otras. Todas estas sustancias van a ser objeto de análisis actualizado en estas monografías.

No todas producen los mismos efectos, yendo desde los efectos sedantes, depresores o estimulantes a los psicodislépticos. Ni todas van a revestir la misma gravedad o capacidad adictiva, como tampoco en las complicaciones que puedan producir.

Señala el DSM5 que una particularidad importante del Trastorno por Consumo de Sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Lo cual se demuestra en el deseo de consumo (*craving*) y en la frecuencia con que se sufren recaídas.

La tolerancia, la abstinencia, el *craving*, el descuido de actividades, etc., serán algunos de los criterios que luego nos van a permitir llegar al diagnóstico y que son comunes a todas las sustancias.

Los trastornos incluyen la Intoxicación, los cuadros de abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por su uso que iremos viendo a lo largo de los distintos capítulos de esta obra (trastorno psicótico, depresivo... inducido por sustancias).

Para el DSM5 el trastorno por uso de sustancias incluye al menos diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias.

Ya en el DSM5 se distinguen dos grupos en los trastornos relacionados con sustancias: los trastornos por consumos de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias, por ejemplo, la intoxicación, abstinencia y otros

trastornos mentales inducidos por la sustancia como pueden ser: trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos (APA, 2015).

Aunque la comorbilidad psiquiátrica puede ir más allá, ya que no se trata sólo de los cuadros psiquiátricos inducidos sino también de los coexistentes.

* OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

Incluye adicciones al juego (juego patológico), ya que el mecanismo de la adicción es similar, pero sin sustancia, activando el mismo sistema de recompensa que el activado por las drogas. Y aunque no están reconocidos por el DSM5, se habla también de las adicciones sociales, por ejemplo, a las nuevas tecnologías, incluyendo internet, a las compras, al culto al cuerpo, e incluso al sexo y al trabajo. Aunque estos extremos estarían aún por catalogar no es menos cierto que estos pacientes empiezan a acudir a la consulta en demanda de ayuda, y en no pocas ocasiones con cuadros psiquiátricos concomitantes.

* COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y DIAGNÓSTICO DUAL

En medicina, el término *comorbilidad* se refiere a enfermedades y/o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial. Estas enfermedades «secundarias» pueden deberse directamente a la primera o, por el contrario, no tener ninguna conexión aparente con ella. En psicología, el término se aplica cuando se emiten múltiples diagnósticos para el mismo individuo. El paciente puede no tener, así, una sola enfermedad mental. La complejidad de estos casos impide hacer un diagnóstico simple.

Cuando dos trastornos o enfermedades ocurren en la misma persona, simultánea o secuencialmente, se describen como comórbidas. La comorbilidad también implica interacciones entre las enfermedades que afectan el curso y el pronóstico de ambas (NIDA, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un

trastorno psiquiátrico (OMS, 1995). De conformidad con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), una persona con diagnóstico dual es aquella a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico, normalmente de carácter psiquiátrico, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia (PINUCD, 2000). En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias.

* PATOLOGÍA DUAL

En estos momentos y desde hace unos años se ha venido extendiendo esta nomenclatura para referirnos al mismo cuadro, al de comorbilidad psiquiátrica con TUS, aunque no representa por sí misma una entidad nosológica ya que no es reconocida como tal por las clasificaciones internacionales, pero puede servir para establecer un lenguaje común, y su utilización se ha ido universalizando; de hecho, el presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (Casas, 2016) señala que en los países de habla inglesa prefieren ahora denominar «trastornos concurrentes» a la denominación acuñada de «patología dual», pero ya nadie ignora su existencia.

Según esta misma Sociedad (SEPD, 2016) la Patología Dual es la denominación aplicada, en el campo de la salud mental, para aquellos sujetos que sufren de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital de una adicción y otro trastorno mental.

Las adicciones pueden ser a sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, las xantinas (café, por ejemplo), el alcohol, los analgésicos, o a aquellas no integradas como el cannabis, los estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.) y los opioides. También se incorporan adicciones comportamentales como la ludopatía.

Los trastornos mentales hacen referencia a sufrir trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social, etc.), trastornos del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar, etc.), trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y diferentes rasgos y trastornos de personalidad (antisocial, límite o *borderline*, esquizotípico, evitativo y obsesivo, fundamentalmente).

* FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

En primer lugar, podemos observar cuáles son los factores tradicionales que pueden influir para que una persona pueda padecer un Trastorno por Uso de Sustancias, o Trastorno Adictivo:

Gráfico 1. Desarrollo de la conducta adictiva

ADICCIÓN = SUSCEPTIBILIDAD + EXPOSICIÓN



(Bejerot, 1970)

Ya en 1970 Bejerot señalaba la importancia que tienen en este proceso los factores individuales y entre ellos cabe destacar los factores genéticos, las disfunciones del sistema nervioso central, la vulnerabilidad individual, los condicionamientos sociales y la presencia de psicopatología.

Y aunque el esquema es un clásico, lo fundamental no ha variado y de esta forma podemos entender de forma más clara cómo los factores psicopatológicos pueden actuar de predisponentes, casuales, mantenedores o incluso propiciadores de una recaída.

Aunque no deja de ser una teoría, ya que algunos aspectos de vulnerabilidad también pueden influir de forma más o menos determinante, y es que probablemente lo que determina el TUS es sobre todo la gravedad del cuadro psicopatológico, pero también la falta de recursos personales para

enfrentarse a los demás aspectos de vulnerabilidad, pero no hay ninguno que sea determinante por sí mismo.

Hay una serie de explicaciones etiológicas y neurobiológicas no excluyentes entre sí para justificar la elevada comorbilidad psiquiátrica entre los consumidores de sustancias, aunque ninguna es definitoria al cien por cien. Entre ellas destacan (Benabarre, 2014):

1. **Interacción entre vulnerabilidad individual y estresores ambientales:** mezcla de factores neurobiológicos y ambientales, unos predisponentes de otros.
2. **Hipótesis de la acumulación de factores de riesgo:** en el que la suma de factores genéticos, neurobiológicos, sociales, culturales, ambientales, etc., sería determinante para presentar la concomitancia de cuadros.
3. **Hipótesis de la automedicación:** la toma de sustancias entre los pacientes psicóticos minimizaría la sintomatología o al menos calmaría su malestar, alterando la percepción de disforia y malestar.
4. **Vulnerabilidad común:** presencia de mecanismos neurobiológicos comunes a ambos cuadros, a partir de ciertos receptores de la acetilcolina, por ejemplo.

Bases neurobiológicas e hipótesis etiopatogénicas del trastorno dual (Alamo et al., 2002)

Tabla 1. Modelos de comorbilidad entre TUS+TM

MODELO UNITARIO
Trastornos psiquiátricos y dependencia son dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso (componentes genéticos y neurobiológicos similares).
MODELO DE ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA SECUNDARIA AL CONSUMO DE DROGAS
Abuso de sustancias → cambios neuroadaptativos → trastorno psiquiátrico.
MODELO DE CONSUMO DE DROGAS SECUNDARIO A UNA ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA
Las drogas intentarían revertir las anomalías basales de la patología psiquiátrica o provocadas como consecuencia del consumo continuado de drogas de abuso.
MODELO BIDIRECCIONAL
Cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro.
MODELO DE INDEPENDENCIA BIOLÓGICA
Trastorno psiquiátrico y abuso de drogas son totalmente independientes, pero con bases biológicas compartidas.

No podemos olvidar ciertos factores sociales o ambientes familiares predisponentes o mantenedores del consumo de sustancias y de la comorbilidad psiquiátrica con TUS, más allá de los factores estrictamente genéticos.

El grupo de trabajo del DSM5 tuvo en consideración el hacer capítulo aparte para la comorbilidad con el consumo de sustancias (TUS), especialmente con el cannabis, dentro de un modelo mixto etiopatogénico del neurodesarrollo y de estrés-vulnerabilidad, lo que facilitaría el desarrollo del cuadro psicótico más allá del cuadro agudo, pero en principio se descartó a falta de estudios más contundentes, aunque de alguna forma ya se habla de la esquizofrenia inducida por cannabis sin que tenga aún entidad nosológica propia (Segarra, 2013) ●

Epidemiología

Para el National Institute on Drug Abuse (NIDA), es un tema sobre el que no se tiene aún suficiente información, pero sobre el cual hay que seguir investigando (NIDA, 2010).

Según este mismo informe, para ayudar a explicar esta comorbilidad, primero debemos reconocer que la adicción a las drogas es una enfermedad mental. Es una enfermedad cerebral compleja caracterizada por el deseo compulsivo, a veces incontrolable, de la droga, la búsqueda y el uso a pesar de consecuencias devastadoras, comportamientos que se derivan de los cambios inducidos por el fármaco en la estructura del cerebro y la función. Estos cambios se producen en algunas de las mismas áreas del cerebro que se interrumpen en otros trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad o la esquizofrenia. Por lo tanto, no es sorprendente que las encuestas demográficas muestren una alta tasa de co-ocurrencia, o comorbilidad, entre la adicción a las drogas y otras enfermedades mentales. Aunque no siempre podemos demostrar una conexión o causalidad, sí sabemos que ciertos trastornos mentales se establecen como factores de riesgo para el abuso de drogas subsecuente, y viceversa.

El primer estudio potente a nivel epidemiológico fue el ECA (Regier et al., 1990), realizado entre la población general estadounidense (20.291), en el que estimó una prevalencia a lo largo de la vida del 22,5% para trastorno mental (TM) no asociado a TUS, 13,5% para abuso/dependencia de alcohol y 6,1% para abuso/dependencia a otras drogas:

- En pacientes con TM, la prevalencia de TUS era mayor con un OR del 2,7 y una prevalencia del 29%.
- En individuos tratados en salud mental y en clínicas de adicciones encontraron un OR significativamente más elevado de sufrir ambos trastornos.
- En la prisión se encontró el mayor porcentaje de comorbilidad entre trastornos adictivos y TMG notablemente con trastorno antisocial de la personalidad, esquizofrenia y trastorno bipolar (TB).

Los resultados resumidos de este estudio se muestran en las tablas 2 y 3.

Otro estudio realizado con posterioridad, fue el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NERSAC), en este caso se utilizó la entrevista AUDADIS con criterios DSM-IV y se realizó en una muestra también estadounidense de 43.000 sujetos, apreciándose la prevalencia de

Tabla 2. Trastorno Mental vs TUS

TRASTORNO PRIMARIO	PREVALENCIA COMORBILIDAD CON TUS
Esquizofrenia	47%
Bipolar tipo I	61%
Afectivos (gen.)	32%
Ansiedad	23,7%
Personalidad	Hasta 83,6%

Tabla 3. TUS vs Trastorno Mental

TRASTORNO PRIMARIO	PREVALENCIA COMORBILIDAD CON TRASTORNO MENTAL
Dependencia drogas (no alcohol)	53,1%
Dependencia de alcohol	36,6%
Dependencia cocaína	76,1%
Dependencia opiáceos	65,2%
Dependencia de THC	50,1%

trastorno mental en el último año entre sujetos con Trastorno por Uso de Sustancias que figura en la tabla 4 (Huang et al., 2006).

Los trastornos más frecuentemente encontrados fueron el alcohol y los trastornos de estrés postraumático y la depresión mayor. Las mujeres tenían más trastornos de internalización y los hombres tenían más trastornos de externalización, aunque la preponderancia de varones con trastornos de alcohol (la «brecha de género») fue menos pronunciada que en décadas anteriores.

Una «paradoja» racial/étnica (menor riesgo entre las minorías desfavorecidas que entre los blancos) sigue sin explicarse. Los participantes más jóvenes tenían mayor riesgo de presentar Trastornos por Uso de Sustancias y Trastornos de Personalidad, pero no de trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad. La comorbilidad psiquiátrica fue extensa y permanente a lo largo del tiempo. Desde 1991-1992, el riesgo para la marihuana y los trastornos por medicamentos recetados aumentaron, mientras que el tabaquismo disminuyó, aunque las disminuciones del tabaquismo fueron menos pronunciadas entre los pacientes con comorbilidad. Un nexo de

comorbilidad, apoyo social y estrés predijo transiciones en el estado de diagnóstico entre las ondas 1 y 2.

El maltrato infantil predijo la psicopatología. Los trastornos por consumo de alcohol y drogas fueron raramente tratados. Las barreras actitudinales (poca necesidad percibida, estigma del alcoholismo percibido, pesimismo sobre la eficacia) eran más importantes para predecir el no tratamiento que las barreras financieras.

Tabla 4. Prevalencias derivadas del estudio NERSAC

TM	CON TUS	SIN TUS
Cualquier trastorno del humor	20,13%	8,19%
Trastorno depresivo mayor	15,15%	6,35%
Cualquier trastorno de ansiedad	17,75%	10,42%
Fobia específica	10,54%	6,79%
Trastorno por ansiedad generalizada	4,2%	1,85%
Cualquier trastorno de la personalidad	28,6% Alcohol 47,7% Otras drogas	

El año siguiente se presentó el estudio *National Comorbidity Survey Replication* (NCSR, 2005), realizado entre más de 9.000 personas utilizando la CIDI (Composite International Schedule) como instrumento diagnóstico y con criterios DSM-IV (Kessler y Merikangas, 2004):

Tabla 5. Prevalencias del estudio NCSR

PREVALENCIA A LO LARGO DE LA VIDA TUS	TRASTORNO MENTAL (excluye Esquizofrenia y T. Bipolar)
Abuso de alcohol	13,2%
Dependencia de alcohol	5,4%
Abuso de drogas	7,9%
Dependencia de drogas	3%
Cualquier TUS	14,6%

Volviendo a los estudios anteriormente mencionados, entre los pacientes dependientes del alcohol, el 37% sufre otras alteraciones psiquiátricas.

El estudio *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) fue uno de los primeros grandes proyectos sobre la comorbilidad psiquiátrica con TUS (Regier et al., 1990). Los resultados de la ECA mostraron que, en la dependencia del alcohol, la ansiedad y los trastornos afectivos coexisten comúnmente. Esta coexistencia también la encontramos en el estudio *National Comorbidity Survey* (NCS). En esta encuesta más del 25% de los individuos diagnosticados de dependencia del alcohol cumplieron los criterios del episodio depresivo en el año previo (Kessler et al., 1997). El mismo estudio mostró una alta tasa de comorbilidad de trastornos de ansiedad y dependencia del alcohol; hasta el 36,9% de los sujetos sufrían de un trastorno de ansiedad 12 meses antes del estudio.

La dependencia del alcohol se asocia con una mayor incidencia de (Kessler et al., 1997):

Tabla 6. Frecuencia de la incidencia de los trastornos por dependencia del alcohol

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN TOTAL	más de 3 veces
DEPRESIÓN	casí 4 veces
TRASTORNOS BIPOLARES	más de 6 veces
TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN TOTAL	más de 2 veces
TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADOS	más de 4 veces
TRASTORNOS DE PÁNICO	más de 2 veces
TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	más de 2 veces

Resultó que los criterios para la dependencia del alcohol se cumplen entre:

Tabla 7. Individuos con trastornos dependientes del alcohol

PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	30% del total
PACIENTES CON TRASTORNO DE ADAPTACIÓN	24% del total
PACIENTES CON DEPRESIÓN	22% del total
PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD	18% del total
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA	11% del total
PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR	9% del total

En periodos de manía, hasta el 60% de los pacientes con trastorno bipolar pueden presentar abuso de alcohol o convertirse en adictos al alcohol u otras sustancias psicoactivas (Brady y Sonne, 1995).

Otros estudios relevantes, con resultados similares, son el *National Survey of Mental Health and Wellbeing* (Mental Health Statistics, 2015), de Australia, encuesta que ofrece una autoevaluación de la salud, algunos factores de riesgo de salud como el tabaquismo, el Índice de Masa Corporal (IMC) y el consumo de alcohol, entre los que se incluyen aquellos con problemas de salud mental en los últimos 12 meses.

La *Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud* (NSDUH) proporciona datos nacionales y estatales sobre el uso de tabaco, alcohol, drogas ilícitas (incluyendo el uso no médico de medicamentos recetados) y la salud mental en los Estados Unidos. NSDUH está financiada por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, DHHS).

Otro estudio epidemiológico estadounidense es el *National Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey* (NIH, 1998). Se trata de una encuesta polivalente diseñada para recopilar datos longitudinales sobre la prevalencia del abuso y dependencia de alcohol asociados con discapacidades. El abuso y la dependencia se definen con los criterios del DSM-IV. Los datos recogidos incluyen medidas detalladas del consumo de alcohol y patrones de uso; consecuencias del consumo de alcohol y otras enfermedades asociadas; otros trastornos psiquiátricos; otros problemas médicos; los ingresos detallados de una variedad de fuentes para su uso en la evaluación del impacto económico de los trastornos del alcohol; utilización del tratamiento; y la conciencia de las etiquetas de advertencia del alcohol. La recogida de datos comenzó en 1991 para la encuesta de ola de 1992.

Los datos de prevalencia variarán según el escenario en que estén hechos, y el estudio EMCDDA de 2015 (Torrens et al., 2015) da una buena prueba de ello al valorar este tipo de trastornos comórbidos 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, de ahí que los valores establecidos para las distintas prevalencias de las enfermedades psiquiátricas en consumidores de drogas sean tan dispares.

Los pacientes con patología psiquiátrica grave tienen una mayor mortalidad relacionada con el uso de sustancias. Estos pacientes morirán una media de 25 años antes que la población general, y también observamos que el pronóstico del trastorno mental estará condicionado de forma negativa por la presencia de un TUS (Benabarre, 2014).

Según el informe del EMCDDA (Torrens et al., 2015) la comorbilidad entre TUS y otros trastornos mentales, o viceversa, representa en estos momentos un importante reto tanto para el diagnóstico y el tratamiento como para las políticas de drogas, debido principalmente a la alta prevalencia y a la complejidad del tratamiento a partir de los escasos recursos con los que se cuentan para este tipo de pacientes, pudiendo considerarse como claves de futuro en la asistencia a los problemas adictivos. En comparación con los pacientes que sufren solo un trastorno esta comorbilidad se caracteriza por la alta gravedad del cuadro psicopatológico o adictivo.

Los propios autores del informe EMCDDA reconocen que la relación entre el TUS y los otros trastornos mentales representa dificultades a la hora de establecer relaciones entre ambos problemas. Se tiene que conocer mejor la relación causa efecto y por otro lado siempre existe el dilema de qué es antes, si el uso de la sustancia o el trastorno mental, o bien si son dos fenómenos que van a la par.

Lo que está claro es que el uso de sustancias produce un impacto negativo en el cuadro psicopatológico que pueda padecer el sujeto agravándolo y complicando mucho más su tratamiento y su pronóstico. Y esto también lo vemos a la inversa, cuando un paciente con un trastorno mental consume, el manejo es mucho más abigarrado y las complicaciones y recaídas mucho más frecuentes (Pereiro, 2010).

La comorbilidad está presente entre sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, los opiáceos, estimulantes, etc., y la ansiedad, depresión, trastorno bipolar, psicosis o cuadros de estrés postraumático.

La identificación del cuadro psiquiátrico o su coexistencia con el TUS en ocasiones es complicado, ya que la sustancia mimetiza el cuadro que puede haber detrás y, en otras ocasiones, es directamente la sustancia la que produce efectos similares a los psicopatológicos, los cuales desaparecen cuando se deja de consumir, por lo que siempre se aconseja dejar un período ventana tras el abandono del consumo para hacer un diagnóstico de certeza, cuando este extremo sea posible (Pereiro, 2010). Sumamos a todo ello los factores genéticos o epigenéticos, además de los factores de

vulnerabilidad individuales, tanto en aspectos de «funcionalidad psicológica» como otros de índole social o ambiental.

Y es que, como es bien conocido, los trastornos adictivos y también sus comorbilidades, no solo psiquiátricas, tienen una etiopatogenia multicausal y por ese motivo el enfoque terapéutico debe ser siempre multidisciplinar, atendiendo todas las consecuencias provocadas por la conjunción de los cuadros clínicos.

Por lo tanto, consideramos, según el EMCDDA cuatro posibilidades:

- El TUS y el otro cuadro psiquiátrico son independientes entre sí.
- El cuadro psiquiátrico es un factor de riesgo para desarrollar un TUS.
- El uso de la sustancia puede ser el causante de la producción del cuadro psiquiátrico, influyendo en su curso habitual.
- Aparición de un cuadro psiquiátrico temporal a consecuencia de una intoxicación o síndrome de abstinencia producido por una sustancia, lo que denominaríamos trastorno inducido por la sustancia.
- El cuadro de TUS y TM tiene un origen común a partir de los factores de vulnerabilidad individual, lo que origina el concepto de patología dual.

Según esta misma fuente se da una prevalencia estimada para esta comorbilidad de alrededor del 50%, pero al mismo tiempo indica que esta cifra global se debe tomar con precaución ya que la metodología, sustancias, cuadros psicopatológicos y muestras difieren en los distintos estudios revisados. Tienen divergencias importantes, lo que podría ser un sesgo en esta estimación global, por lo que es mejor analizar este dato de forma individual para cada sustancia y cuadro nosológico tal y como iremos viendo a lo largo de este trabajo.

De cualquier forma, el haber puesto el foco en estos últimos años en esta problemática ha servido para afinar el diagnóstico e individualizar los tratamientos, lo que representa un cambio en el trabajo de los distintos servicios que atienden las conductas adictivas y la salud mental, sobre todo en España, donde la diversidad es casi tanta como autonomías tiene el estado.

Otro factor a tener en cuenta desde el punto de vista de la prevalencia es, como ya hemos comentado, la ubicación de los estudios epidemiológicos ya que existen variaciones muy importante dependiendo de si el estudio se hace entre población general, en centros de tratamientos de drogas,

en unidades de salud mental ambulatorias, en hospitales psiquiátricos o con unidades específicas psiquiátricas, en prisiones o entre los sin techo, ya que, a medida que vamos avanzando en estos escalones, vamos a decir asistenciales, la prevalencia se va incrementando, yendo desde el 7% entre la población general por ejemplo en relación al consumo de sustancia y cuadros de ansiedad en un estudio hecho en Francia (Leray et al., 2011) hasta el 74% para los *sintecho* con patología psiquiátrica que consumen alcohol o alguna otra droga ilícita, según un estudio sueco (Beijer et al., 2007).

Podemos observar, pues, que la epidemiología para estos cuadros puede ser muy variable, dependiendo de si la valoración se hace entre pacientes psiquiátricos que pueden presentar un TUS, o entre adictos a sustancias que presenten un cuadro psiquiátrico.

De la misma forma, las cifras variarán dependiendo del recurso en el que se haya hecho el estudio; encontrando la más baja incidencia entre la población general consumidora y la más alta entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados por cuadros graves, el punto intermedio lo encontraríamos probablemente en los servicios específicos de atención a las conductas adictivas, sin olvidar que otros recursos como asociaciones de pacientes y grupos de ayuda mutua presentan cifras dispares y más bajas de lo previsible, a priori. Lo que nos obliga a seguir avanzando en los estudios epidemiológicos y replicar y completar las valoraciones hechas hasta el momento.

No obstante, incluso entre la población general la posibilidad de padecer un cuadro psiquiátrico entre los consumidores representa una *odds ratio* más elevada que entre la población no consumidora, alrededor de un 3 o 4.

Se estima que más de un tercio de las personas diagnosticadas con trastornos mentales abusa o es dependiente de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, y de los pacientes dependientes del alcohol el 37% sufre de otros trastornos mentales. Las tasas de diagnóstico dual en las personas sin hogar son alrededor de 10% a 20% según Klimkiewicz et al. (2015), lo que difiere de las cifras apuntadas con anterioridad.

Aunque existen cada vez más estudios, en muchos de ellos las cifras no coinciden y hay que tomarlos con cautela, ya que pueden existir sesgos o divergencias metodológicas entre ellos, o bien tratarse de muestras muy pobres. Por ejemplo, en 2009 se realizó un estudio en el Hospital Lariboisière en Francia con 90 consumidores de cannabis que arrojó los siguientes resultados:

La prevalencia de trastornos psiquiátricos, según los criterios del DSM-IV fue elevada. El trastorno del estado de ánimo actual estaba presente en el 48% y el trastorno de ansiedad en el 55% de los usuarios de cannabis en los últimos 12 meses. La prevalencia de trastornos afectivos en los últimos 12 meses fue trastorno depresivo mayor (38%), distimia (19%), hipomanía (3%) y manía (1%). La prevalencia de trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses fue fobia social (29%); trastorno de ansiedad generalizada (17%); trastorno de pánico con o sin agorafobia (16%); trastorno obsesivo compulsivo (12%); agorafobia sin trastorno de pánico (9%) y trastorno de estrés postraumático (5%). La prevalencia de esquizofrenia fue del 4%. La prevalencia de bulimia fue de 4% y 0% de anorexia. Las mujeres padecían con más frecuencia un trastorno afectivo (64% versus 41%, $p = 0,04$) o un trastorno de estrés postraumático (17% versus 0%, $p < 0,001$) en los últimos 12 meses. La prevalencia de antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos fue del 52% y de la adicción, del 59% (Guillem, 2009).

Pero ya hemos visto que la prevalencia de la comorbilidad difiere entre la población general y la hospitalizada, siendo más elevada en estos últimos, ingresados precisamente por algunas de estas consecuencias clínicas.

En una muestra de 1.200 pacientes de Centros de Salud Mental, realizado por el Instituto de Adicciones de Madrid y presentado en el Congreso Internacional de Patología Dual, se calculó que más del 50% de los pacientes atendidos presentaban además una conducta adictiva, también se determinó si la existencia de trastornos mentales se asocia con un uso más frecuente del alcohol de manera incontrolada (Sánchez-Pena et al., 2012).

En un estudio publicado en el JAMA en 2014 (Hartz, 2014) se obtuvieron las siguientes cifras entre una población de más de 2.000 pacientes con trastorno esquizoafectivo, 1.486 de carácter bipolar y 552 de carácter depresivo:

En relación con la población general, las personas con trastornos psicóticos graves tienen un mayor riesgo de fumar (*odds ratio*, 4,6; IC del 95%: 4,3-4,9), consumir alcohol de manera intensiva (*odds ratio*, 4,0; IC del 95%: 3,6-4,4), consumir marihuana (*odds ratio*, 3,5; IC del 95%, 3,2-3,7) y drogas recreativas (*odds ratio*, 4,6; IC del 95%: 4,3-5,0). Todas las razas / etnias (afroamericanas, asiáticas, europeas, americanas e hispanas) y ambos sexos tienen riesgos muy elevados de fumar, beber alcohol y consumir marihuana u otras drogas.

La evaluación del uso de sustancias entre los individuos con enfermedades psicóticas graves revela que las probabilidades de fumar y consumir alcohol u otras sustancias son dramáticamente más altas que las estimaciones recientes de uso de sustancias en enfermedades mentales leves.

La valoración se complementa teniendo en cuenta los factores socioambientales y las características individuales sobre todo de orden psicológico, encontrando colectivos o perfiles personales con más tendencia a padecer el cuadro comórbido.

Por regla general el perfil del paciente con comorbilidad psiquiátrica y TUS suele ser varón de edad más joven.

Un reciente editorial, publicado en la revista *Adicciones* en 2016 (Flórez, 2016), establece una relación mixta entre la psicopatía, las adicciones, la violencia interpersonal y la conducta antisocial.

El uso de anfetaminas y el éxtasis ha tenido una tendencia creciente. Taquicardia, aumento de la presión arterial, alucinaciones, ataques de pánico y psicosis son los efectos negativos del abuso de metanfetamina. Un estudio realizado con 121 pacientes (Esalmi-Sharrbabaki et al., 2015) con trastorno por uso de metanfetaminas permitió precisar que un 3,3% de pacientes (n = 3) tuvieron ansiedad, el 47,9% (58) depresión, el 24,8% (30) trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), el 16,5% (20) trastorno bipolar del estado de ánimo (DMO), el 6,6% (8) síntomas psicóticos persistentes, el 70,2% (85) trastorno de la personalidad y el 29,8% (36) no tenía trastornos de la personalidad.

La mayor prevalencia se relacionó con el trastorno límite de la personalidad (35,5%). Sin embargo, 45 pacientes (37,2%) no tuvieron deterioro asociado con la psicosis inducida por metanfetamina.

Parece que hay comorbilidad entre trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos del ánimo, especialmente trastorno depresivo, historia infantil de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno bipolar y trastornos de la personalidad como trastorno de personalidad *borderline* y trastornos de personalidad antisocial y abuso de metanfetamina.

Para subrayar más la importancia de la comorbilidad psiquiátrica con el uso de sustancias podemos observar cómo en otro estudio, en este caso realizado en Estados Unidos con 10.123 adolescentes de entre 13 a 18 años con trastornos mentales crónicos, tuvieron altas tasas de abuso de alcohol (10,3%) y drogas ilícitas (14,9%), con o sin dependencia. El abuso de alcohol y drogas fue mayor entre los adolescentes con trastornos de

ansiedad previos (17,3% y 20%, respectivamente) y trastornos del comportamiento (15,6% y 24%, respectivamente). Cualquier trastorno previo aumentó significativamente el riesgo de transición del no uso al primer uso y del uso al uso problemático de alcohol o drogas ilícitas, por lo que se dedujo que los adolescentes con trastornos mentales crónicos presentan factores de riesgo para la transición de la falta de uso a la utilización, y progresión a problemas relacionados con la droga y el alcohol. Es probable que el tratamiento de los trastornos mentales primarios sea un objetivo importante para la prevención de los trastornos secundarios del consumo de sustancias en la juventud (Conway et al., 2016).

En España, en el estudio Madrid, se evaluaron 837 pacientes: 208 (24,9%) procedían de CSM y 629 (75,1%) de CD. Del total de 837 pacientes evaluados, se consideró que 517 (61,8%) tenían PD (diagnóstico actual de un trastorno mental distinto al uso de sustancias y/o un trastorno de personalidad y un diagnóstico de TUS); de estos, 442 procedían de los CD (70,3% de prevalencia de PD en CD) y 75 procedían de CSM (36,1% de prevalencia de PD en la red de salud mental). El grupo de pacientes duales se comparó con el grupo de sujetos con diagnóstico de TUS no duales (n=194, 23,2% de la muestra) y con el grupo de pacientes con diagnóstico de TM no dual (n=126, 15,1% de la muestra). Observando que los casos de patología dual fueron diagnosticados más frecuentemente como trastorno bipolar, agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y distintos trastornos de personalidad, presentando mayor riesgo de suicidio (Arias, 2013).

* TUS + ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad, en particular el pánico y los trastornos de estrés postraumático, se asocian con frecuencia con el uso de sustancias. Se han registrado tasas tan altas como el 35% para esta comorbilidad. Sin embargo, a pesar de estas altas tasas de prevalencia, los trastornos por ansiedad aún están subdiagnosticados (Torrens et al., 2015).

En el estudio Madrid, Los TM más asociados al diagnóstico dual fueron el trastorno bipolar y distintos trastornos de ansiedad (Arias et al., 2013).

Existe una compleja asociación entre los dos trastornos (EMCDDA, 2015):

- Hay drogas que pueden ser usadas como automedicación en caso de ansiedad.
- La ansiedad puede ser consecuencia de la intoxicación o del síndrome de abstinencia.
- No obstante, las causas concretas aún no están establecidas.

La prevalencia de trastornos de ansiedad entre los usuarios de opiáceos oscila entre el 26% y el 35% (Fatséas et al., 2010). Los trastornos de ansiedad, trastorno de pánico (con o sin agorafobia) y el trastorno por estrés posttraumático son los más frecuentes (con una prevalencia que oscila entre 1% a 10% y aproximadamente 30% respectivamente). El trastorno de ansiedad tiene importantes implicaciones en el tratamiento.

El seguimiento de los síntomas de ansiedad después de varias semanas de abstinencia puede permitir a los médicos determinar la relación entre la dependencia y la ansiedad y hacer un diagnóstico fiable de cualquier trastorno de ansiedad inicial.

Los trastornos de ansiedad también son comunes entre los consumidores de cocaína, anfetaminas y éxtasis (Arias et al., 2013).

Pero mejor diagnosticar si ya no hay consumo, en caso contrario se justifica la disparidad de las cifras encontradas tanto para el TUS con ansiedad y depresión.

* TUS + DEPRESIÓN

Podemos observar la frecuencia de la aparición de depresión en consumidores de alcohol, por su propio efecto depresor del sistema nervioso central y en consumidores de tabaco, ya que este actúa de antidepresivo, por su efecto estimulante. Pero en ambas sustancias el abandono del consumo puede suponer la aparición de exacerbación de cuadros distímicos con predominancia depresiva, lo que dificulta el abandono de la sustancia en ambos casos.

Y no olvidemos la relación importante de la depresión con otra droga estimulante, la cocaína. Depresión primaria que puede llevar al consumo de cocaína o secundaria tras el abandono del consumo, aunque otro cuadro clínico puede ser la aparición de trastornos psicóticos inducidos por el uso de estas drogas (Van de Giessen et al., 2016).

Entre las comorbilidades psiquiátricas encontradas en aquellos pacientes con trastornos por uso de sustancias, la depresión es la más común,

con una prevalencia que oscila entre el 12% y el 80% (dependiendo de la muestra y de los criterios diagnósticos utilizados) (Torrens et al., 2015). Esta coexistencia de depresión y trastornos por uso de sustancias se asocia con una tasa más baja del éxito terapéutico tanto para el trastorno por uso de sustancias como para la depresión.

Entre las personas con un trastorno por uso de sustancias, la depresión mayor es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, la depresión mayor es dos veces más probable entre mujeres con trastornos por consumo de sustancias comparado con las mujeres en la población general.

Las personas con depresión mayor presentan una mayor vulnerabilidad para desarrollar TUS, y las personas con uso de sustancias tienen un mayor riesgo de padecer depresión mayor (Torrens et al., 2015).

Ambas condiciones se refuerzan negativamente entre ellas, presentando peor respuesta al tratamiento, mayor riesgo de suicidio y necesidad de mayores cuidados de salud (EMCDDA, 2015).

Los efectos secundarios de algunas drogas tanto legales como ilegales producen cuadros depresivos, alteraciones del estado de ánimo; por lo tanto se aconseja antes de hacer un diagnóstico de depresión valorar el posible consumo de drogas (Lam, 2012).

Además de los cuadros psiquiátricos, estas personas desarrollan enfermedades orgánicas, infecciosas, neurológicas, etc., que dificultan mucho más el pronóstico y el tratamiento.

* TUS + TRASTORNO BIPOLAR

Dada su prevalencia e impacto en la salud pública, la comorbilidad de trastornos bipolares y de uso de sustancias es uno de los más relevantes de los diagnósticos duales.

El estudio Madrid también hace referencia a este cuadro psiquiátrico. La muestra consistió en 837 pacientes ambulatorios de centros de salud mental y abuso de sustancias. Se utilizó el *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) y el cuestionario de trastorno de personalidad (PDQ4+) para evaluar los trastornos del eje I y II. De estos pacientes, 174 tenían un trastorno bipolar de por vida, 83 tenían trastorno bipolar tipo I y 91 tenían tipo II. La mayoría de los pacientes tenían patología dual. De los 208 participantes de los centros de salud mental, 21 tenían trastorno bipolar y 13 (61,9%) eran pacientes con diagnóstico dual, mientras

que el 33,2% de los pacientes no bipolares tenían un diagnóstico dual ($p = 0,03$). De los 629 participantes de los centros de abuso de sustancias, 153 pacientes (24,3%) tuvieron un diagnóstico bipolar. Los pacientes bipolares duales tenían tasas más altas de dependencia de alcohol y cocaína que los pacientes no bipolares. Por otra parte, la edad en el inicio del consumo de alcohol fue más temprana en los pacientes con diagnóstico dual bipolar que en otros alcohólicos. Los pacientes con diagnóstico dual bipolar presentaron mayor comorbilidad de personalidad y trastorno de ansiedad y mayor riesgo de suicidio. Así, el alcohol y la cocaína son los fármacos más asociados con el trastorno bipolar. Dada la naturaleza del estudio, no se pudo determinar el tipo de relación entre estos trastornos (Arias, 2104).

Los pacientes diagnosticados tanto de trastorno bipolar I como II tienen un significativo abuso de sustancias. La droga más común en estos casos es el alcohol, pero también podemos encontrar drogas ilegales, tales como el cannabis, la cocaína, el éxtasis o las anfetaminas. Se cree que en algunos casos el uso probable de estas sustancias se hace buscando disminuir la ansiedad o para elevar transitoriamente el estado de ánimo.

En otras ocasiones el cuadro clínico del propio uso de sustancias puede asemejarse a los síntomas del trastorno bipolar, por lo que la historia familiar o la presencia de síntomas sin consumo pueden servirnos para afinar el diagnóstico.

Ahora bien, tanto los pacientes bipolares tienden a abusar de drogas como los que consumen drogas tienen síntomas bipolares.

Tanto el alcoholismo como el abuso de otras sustancias son más frecuentes en los pacientes bipolares mujeres que entre los hombres, contrariamente a lo que sucede en la población general. Por este motivo, hay que hacer un tratamiento de ambos cuadros, o al menos coordinar los distintos enfoques para poder sacar al paciente adelante (Yatham y Makhí, 2011).

Otro resultado del estudio Madrid (Arias, 2013), en este caso para el trastorno bipolar, indica que se presenta 5 veces más entre los pacientes duales que entre los no duales, siendo el trastorno del eje I más ligado a los TUS, lo que tiene repercusiones diagnósticas y terapéuticas.

Se ha señalado que el TUS puede precipitar el trastorno bipolar, así está descrita la posibilidad de desencadenar cuadros maníacos o hipomaniacos con drogas como el cannabis o la cocaína. Por otro lado, las alteraciones del estado de ánimo pueden ser factores de riesgo para el consumo, la

manía puede favorecer el consumo en relación con la mayor impulsividad, la alteración de la capacidad de juicio o la excesiva implicación en actividades placenteras (Arias, 2013).

La prevalencia de comorbilidad entre el trastorno bipolar y los TUS, oscila desde el 40% y el 60%. El uso de grandes cantidades de alcohol u otras sustancias, particularmente estimulantes y cannabis, tiene lugar con frecuencia durante la fase maniaca del trastorno bipolar (Torrens et al., 2015).

* TUS + PSICOSIS

La Red Europea de Emergencias Médicas (Euro-DEN) recopila datos sobre las atenciones en los servicios de urgencias con toxicidad aguda por drogas recreativas y NPS en 16 centros de diez países. Los datos de Euro-DEN de octubre de 2013 a septiembre de 2014 fueron objeto de búsqueda retrospectiva y se incluyeron los casos con psicosis.

La psicosis estuvo presente en 348 (6,3%) de 5.529 casos. La edad mediana fue de 29 (24-38) años, 276 (79,3%) eran varones y 114 (32,8%) fueron ingresados en la unidad psiquiátrica. Las drogas más citadas fueron cannabis en 90 casos (25,9%), amfetamina en 87 (25,0%) y cocaína en 56 (16,1%). Tomaron más de una droga en 189 casos (54,3%). La psicosis fue frecuente en aquellas atenciones en urgencias que incluyeron triptaminas (4 de 7; 57,1%), metilendioxiprovalerona (6 de 22; 27,3%), metilfenidato (6 de 26; 23,1%), dietilamida del ácido lisérgico (LSD) (18 de 86, 20,9%), los hongos *psilocybe* (3 de 16; 18,8%), los agonistas de los receptores cannabinoideos sintéticos (4 de 26; 15,4%) y las anfetaminas (87 de 593; 14,7%), pero menos frecuentes en mefedrona (14 de 245, 5,7%), metilendioximetanfetamina (MDMA) (20 de 461, 4,3%) y methedrone (3 de 92, 3,3%). La amfetamina fue el fármaco más frecuente asociado con la psicosis cuando solo se informó de una droga, con la aparición de psicosis en el 32,4% de estas asistencias (Vallersnes et al., 2016).

El estudio Madrid incluyó un total de 837 pacientes, de los cuales 710 tenían algún diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (TUS) a lo largo de la vida (incluyendo el alcohol y excluyendo el tabaco). Había 127 sujetos (15,2%) sin TUS. Además, 96 pacientes tenían un diagnóstico de psicosis a lo largo de la vida (11,5% del total de la muestra) (Arias, 2015).

Las drogas consumidas por estos 96 pacientes con psicosis se reproducen en la tabla 8, extraída de esta misma publicación:

Tabla 8. Prevalencia del consumo de drogas en 96 pacientes con psicosis

DROGA	PREVALENCIA
Alcohol o TUS actual	62 (64,6%)
A lo largo de la vida	76 (79,2%)
Alcohol actual	37 (38,5%)
A lo largo de la vida	58 (60,4%)
TUS actual	48 (50%)
A lo largo de la vida	63 (65,6%)
Cocaína actual	37 (38,5%)
A lo largo de la vida	51 (53,1%)
Opiáceos actual	4 (4,2%)
A lo largo de la vida	27 (28,1%)
Cannabis actual	22 (22,9%)
A lo largo de la vida	43 (44,8%)
Sedantes actual	4 (4,2%)
A lo largo de la vida	15 (15,6%)
Tabaco a lo largo de la vida	57 (59,4%)
Diagnóstico de un solo TUS a lo largo de la vida	21 (27,6%)
Diagnóstico de más de un TUS	55 (72,4%)

En España, la droga ilegal más consumida y que presenta una estrecha relación con la aparición de psicosis es el cannabis.

Según la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES, 2012-2013), aunque el consumo global de cannabis en este sector de la población se ha reducido, se aprecia un repunte en el consumo de riesgo. Según la escala CAST, utilizada internacionalmente, el 16% de los menores que han consumido cannabis en el último año corren el riesgo de padecer los problemas físicos y psicológicos que se derivan del uso de esta droga. De hecho, el consumo de cannabis origina el 94,9% de las demandas de tratamiento entre los menores, mientras que en 2005 esta proporción era del 70%. Además, entre los consumidores de cannabis, un 44% ha repetido curso, frente a un 28% de repetidores entre los que no consumen.

Entre la población adulta general (EDADES, 2012), asciende ligeramente el consumo de cannabis, un descenso que se acentúa en el caso del consumo experimental, que disminuye cerca de 5 puntos (27,4% actual frente al 32,1%

de 2009-2010). Así, el 9,6% de los encuestados han probado alguna vez el cannabis en los últimos doce meses (10,6% anterior); el 7% lo ha consumido alguna vez en los últimos 30 días (7,6%) y el 1,7% a diario (2% en 2009).

Por grupos etarios, la prevalencia del consumo en los últimos 30 días se concentra en la franja comprendida entre los 15 y los 34 años, con un pico máximo entre los 15 y los 24 años. El 14,7% de los encuestados entre 15 y 24 años han consumido cannabis en los últimos 30 días, un porcentaje que disminuye hasta el 11% en la franja entre 25 y 34 años. Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

Los trastornos por uso de sustancias comórbidas son más comunes en las personas con psicosis, particularmente en esquizofrenia y trastorno bipolar, que en la población general. Entre las personas con psicosis, los que también son consumidores de sustancias tienen un mayor riesgo de recaída, hospitalización y mayor mortalidad.

Empezaremos por matizar ciertos aspectos que se reflejan en el informe sobre *Comorbidity of Substance Use and Mental Health Disorders in Europe* (EMCDDA, 2015):

- Ciertas drogas pueden precipitar la aparición de una psicosis en personas con predisposición individual a sufrirla.
- Algunas personas con cuadros de psicosis subclínicos incrementan la sintomatología tras el uso de sustancias.
- Hay personas que pueden experimentar un episodio psicótico agudo por intoxicación a una sustancia o al sufrir el cuadro de abstinencia.
- Los cuadros psicóticos más frecuentes entre los consumidores de sustancias son la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Según el estudio Madrid y en contra de lo esperado, no se encuentra una asociación del diagnóstico dual con la psicosis. Posiblemente el subgrupo de psicóticos era pequeño para obtener diferencias o dentro de este subgrupo podría haber una sobrerrepresentación de pacientes psicóticos procedentes de CSM que no consumieran drogas. De cualquier forma, hay que destacar que un 11% de los pacientes duales tenían psicosis, cifra muy superior al porcentaje de pacientes con psicosis que se puede observar en población general o en ámbitos sanitarios distintos de los centros de salud mental, y que el 77% de los pacientes con psicosis tenían un diagnóstico de TUS (59 pacientes con psicosis eran duales y 18 no duales) (Arias, 2013). Esto es indicativo de la necesidad de seguir realizando estudios al respecto.

· ESQUIZOFRENIA

Entre enero del 2001 y diciembre del 2004, se llevó a cabo el estudio *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* (CATIE), en 57 centros de EE.UU. (6 centros universitarios, 10 clínicas de salud mental, 7 centros médicos para asuntos de veteranos, 6 centros privados sin ánimo de lucro, 4 centros privados y 14 centros de sistema mixto), en este estudio se observó que aproximadamente el 60% de esta muestra consumía drogas, incluido el 37% que tenía trastornos por consumo de drogas en el momento del estudio (Karin et al., 2011).

La comorbilidad de la esquizofrenia y los trastornos por uso de sustancias presenta altas tasas, alrededor de entre un 30-66%. Las drogas más frecuentes entre los pacientes psicóticos son: el tabaco, el alcohol y el cannabis y, más recientemente, la cocaína (Torrens et al., 2015).

Si bien parece ser que los pacientes con esquizofrenia son más vulnerables a desarrollar dependencia a sustancias y aunque hay datos epidemiológicos en este sentido, los estudios no son concluyentes (Green et al., 2012).

El diagnóstico dual de esquizofrenia y trastornos relacionados con sustancias es común en la práctica psiquiátrica. Los estudios epidemiológicos han establecido que el riesgo de un trastorno relacionado con la sustancia era de 4 a 5 veces mayor en una población de pacientes psiquiátricos que en la población general. Sin embargo, poco se sabe sobre la razón de esta relación y los tratamientos necesarios. Es bien sabido que una historia familiar de psicosis es un factor de riesgo de la esquizofrenia. Del mismo modo, una historia familiar de trastornos por uso de sustancias aumenta el riesgo de uso de sustancias. Debido a que los dos trastornos a menudo ocurren juntos, podría plantearse la hipótesis de que un factor de riesgo genético es común. Sin embargo, estudios recientes no confirmaron esta hipótesis y parece que su factor de riesgo genético no estaría relacionado, lo que de nuevo obliga a realizar más estudios (Simon, 2015).

Aunque se establecen relaciones de esquizofrenia con la toma de psicoestimulantes, cocaína, anfetaminas, nicotina, xantinas, alcohol, cannabis, opiáceos y benzodiacepinas (Serzman, 2010). Los grados de correlación son distintos para cada sustancia y con rangos muy dispares, aunque parece que hay cierto consenso al considerar el cannabis como una de las drogas más frecuentes en este tipo de cuadro psicótico.

El diagnóstico está dificultado por las sustancias de abuso, incluyendo el alcohol y otros factores (Gaebel, 2011); en estos pacientes además la relación con los problemas legales se incrementa de forma considerable, sobre todo en lo relacionado con la violencia. A estas personas con abuso de sustancias y esquizofrenia se les debería ofrecer siempre un programa de tratamiento específico, donde se abordasen ambos trastornos. Aquellos pacientes que no consuman sustancias de abuso podrán obtener un mejor ajuste clínico frente a aquellos que no consumen que con más frecuencia sufren periodos de descompensación (Bertolín, 2016).

· TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

Hay que diferenciarlo de los trastornos afectivos secundarios a otras enfermedades, fármacos y drogas de abuso, con la esquizofrenia, con los trastornos afectivos unipolares y bipolares y con las psicosis breves y transitorias.

En distintas muestras, la comorbilidad entre los trastornos esquizoafectivos y los TUS puede llegar hasta un 50% según las series. Además, los pacientes con dependencia o abuso a sustancias tendrían 3-4 veces más probabilidad de cumplir criterios de enfermedad mental (Benabarre, 2014) y viceversa el riesgo de tener una adicción a sustancias entre los pacientes psicóticos podría ser hasta 6 veces superior que entre la población general, con elevada incidencia del consumo de sustancias en el primer episodio.

El perfil para una mayor frecuencia de presentación de trastorno por consumo de sustancias entre los enfermos con trastorno psicótico es el de varón con mayor edad.

Los efectos más comunes son (Benabarre, 2014):

- Peor cumplimiento terapéutico.
- Peor pronóstico.
- Mayor número de recaídas.
- Mayor gravedad de los episodios.
- Inicio más temprano de la enfermedad.
- Más síntomas positivos y de desorganización.
- Más síntomas depresivos y alteraciones cognitivas.
- Mayor riesgo de conductas suicidas.
- Mayor coste en la atención médica y de cuidados.

- Mayor problemática social.

Este uso elevado de sustancias puede ser interpretado como automedicación o como un intento de contrarrestar los efectos secundarios de la medicación.

En distintos estudios se ha observado que las drogas más utilizadas (Benabarre, 2014) por esta población son la nicotina en primer lugar, seguido por el alcohol. En estos casos, las técnicas de neuroimagen muestran una menor liberación de dopamina a nivel del núcleo estriado que entre los no consumidores. En estudios americanos la prevalencia del consumo de tabaco entre los trastornos esquizoafectivos fue de hasta un 70% (Venable et al., 2003), en otros en cambio la prevalencia es de un 39% (Morris et al., 2006).

La prevalencia del abuso de alcohol en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos es 3,3 veces superior que en la población general y más frecuente entre varones que en mujeres. En distintos estudios de prevalencia de muestras clínicas con trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, el TUS se encuentra en un rango que oscila entre el 40 y el 69% (Benabarre, 2014).

La sustancia más prevalente y la que más se ve en la clínica diaria entre estos pacientes es el cannabis, presente en un 11,3% en evaluaciones previas a la intervención (Verdeux et al., 1996) y hasta en un 53% en primeros episodios (Green et al., 2007).

· TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR EL USO DE SUSTANCIAS

Un apartado aparte, debido a su alta prevalencia y a la clara correlación existente sería la psicosis cannábica, muy frecuente por otro lado entre la población juvenil consumidora de cannabis.

El cannabis puede inducir o causar un cuadro psicótico transitorio, que durará varios días pero que no podemos diagnosticar como un cuadro claro de psicosis. Al mismo tiempo, el cuadro puede ser el coadyuvante necesario para que una persona sufra o instaure un cuadro psicótico cuando hay factores de riesgo para sufrirla, o bien el cannabis puede empeorar cuadros psicóticos preexistentes, en personas ya previamente diagnosticadas.

Ahora bien, las personas con una psicosis instaurada no suelen usar el cannabis como automedicación porque perciben un empeoramiento de

sus síntomas, tales como dificultad para dormir, depresión, disminución de energía, agitación, temblores, etc. Otros en cambio notan alivio al hacer su consumo, aduciendo serenidad y relax. No obstante, en los dos primeros casos debemos prestar una especial atención en cuanto a la necesidad de intervenir lo más precozmente posible.

La revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia, realizada por Arias en 2007, permitió concluir que el consumo de cannabis está claramente asociado con la inducción de síntomas psicóticos y, posiblemente, es un factor de riesgo de la esquizofrenia en personas con una vulnerabilidad genética o psicosocial, siendo necesarias medidas preventivas en los grupos de alto riesgo que son fundamentalmente los consumidores de grandes cantidades de cannabis y los que inician el consumo en la adolescencia (Arias, 2007).

Según el DSM5, en el consumo de cannabis encontramos tres cuadros psicóticos inducidos por esta sustancia:

- Intoxicación por cannabis (con o sin alteraciones perceptivas).
- *Delirium* por intoxicación por cannabis (incluido en el capítulo de trastornos neurocognitivos).
- Trastorno psicótico inducido por cannabis (incluido en el capítulo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos).

Entre un 13 y un 45% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan un trastorno por uso de cannabis (Koskinen et al., 2010).

* TUS + TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Aunque existe un alto grado de comorbilidad entre el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y los trastornos por drogadicción, aún se conoce muy poco sobre las relaciones causales entre el TEPT, la exposición a hechos traumáticos y los trastornos de drogadicción.

En un estudio longitudinal en el sudeste de Michigan, se evaluó inicialmente en 1989 a 1.007 adultos entre 21 y 30 años, y se les hizo un seguimiento durante los 3 y 5 años siguientes, en 1992 y 1994.

El trastorno de estrés posttraumático mostró un aumento del riesgo de abuso o dependencia de drogas (promedio de riesgo, 4,5; 95% de intervalo de seguridad, 2,6-7,6, según el sexo), mientras que la exposición a acontecimientos dramáticos sin signos de TEPT no aumentó el riesgo de

abuso o dependencia de drogas. El riesgo de abuso o dependencia fue el más alto en las drogas psicoactivas recetadas (promedio de riesgo, 13,0; 95% de intervalo de seguridad, 5,3-32,0). No hubo evidencia de que el abuso o la dependencia de drogas preexistente aumentara el riesgo de exposición subsiguiente de exposición a hechos traumáticos o el riesgo de TEPT después de un acontecimiento traumático (Howard, 1998).

Hay estudios que confirman que la comorbilidad Estrés Postraumático + TUS es muy frecuente y que los síntomas comórbidos tienden a ser más graves y resistentes al tratamiento. La prevalencia de TUS en personas con TEPT oscila entre el 21,6% y el 43%, en comparación con el 8,1% y el 24,7% en la población sin TEPT. Entre los consumidores el TEPT puede llegar a ser de hasta un 8,3% (Fernández-Marcote et al., 2011).

Estos cuadros se ven en mujeres víctimas de violencia de género y los primeros estudios se hicieron en soldados que volvían del frente.

* TUS + TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

En los últimos años, ha aumentado el interés por la comorbilidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el consumo de sustancias. En un estudio reciente realizado en seis países europeos, la prevalencia de TDAH en los usuarios de sustancias que buscaban tratamiento era de entre el 5% y el 33% (Torrens et al., 2015).

Existe una gran relación entre el consumo de sustancias, especialmente cocaína, y el TDAH residual (Gratch, 2009). Últimamente se ha incrementado el interés y el diagnóstico por los cuadros relacionados en el consumo de sustancias y el TDAH. Los patrones de comorbilidad presentan dos subtipos, los que claramente tienen un déficit de atención y los que presentan sobre todo hiperactividad (EMCDDA, 2015).

Cuando hay un consumo de sustancias en un paciente joven con TDAH se caracteriza por (Willens, 2014):

- Inicio más precoz en el consumo.
- Mayor duración del TUS.
- Mayor gravedad en el consumo.
- Menores tasas de remisión.
- Menor duración de la abstinencia.
- Mayor resistencia al tratamiento.

Se realizó un estudio entre 152 pacientes adultos con dependencia del alcohol (n=91) o adicción a múltiples drogas (n=61) para determinar si estos pacientes estaban afectados por el TDAH o no (Ohlmeier et al., 2009). Un 23,1% de los pacientes alcohol dependientes mostraron evidencias retrospectivas de haber padecido TDAH en la infancia. Con ayuda del CAARS, se demostró que el TDAH persistía en un 33,3% de los pacientes adultos.

En el grupo de los pacientes adictos a drogas, un 54,1% presentaban criterios diagnósticos para TDAH en la infancia y un 65% (CAARS) mostraron evidencias de persistencia del TDAH en la edad adulta.

Estos resultados revelan que las enfermedades que ocasionan adicción pueden asociarse, con una elevada comorbilidad, con TDAH, expresada en la forma de abuso de alcohol y también en el consumo de drogas ilegales; de ahí la gran importancia de diagnósticos y terapias precoces y precisas del TDAH para la prevención de enfermedades que ocasionan adicción. Habrá pues que establecer un tratamiento lo más precoz posible para estos casos.

En la edad adulta los casos no tratados persisten con su sintomatología:

- Trastornos de atención.
- Hiperactividad y trastornos de la motilidad.
- Impulsividad.
- Desorganización.
- Alteraciones en la conducta social.
- Alteraciones en la vida de relación interpersonal.
- Trastornos de la emotividad.
- Intolerancia al estrés.
- Consumo de sustancias.

Dentro de esta patología, con TDAH y consumo de sustancias como automedicación en algunos casos podemos encontrar la enfermedad de Gilles de la Tourette, relacionada también con trastornos obsesivos-compulsivos, con la paradoja de que el consumo de estimulantes mejora el cuadro de TDAH, pero empeora los tics. Aproximadamente el 1% de niños con TDAH presentan este cuadro caracterizado por tics motores, ecolalia y coprolalia.

Los síntomas y subtipos del TDAH en la población están asociados con un aumento de riesgo para presentar trastorno por uso de sustancias, sin diferencias entre los distintos subtipos del TDAH, sin preferencia por sustancias (alcohol, cannabis, anfetaminas, cocaína...) y sin diferencias de

género para la comorbilidad. Los médicos deben considerar la evaluación y el tratamiento del TDAH como parte de la gestión del TUS en los adultos (Capusan et al., 2016).

* TUS + TRASTORNO DE PERSONALIDAD

El uso de sustancias se asocia a menudo con un trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes entre los usuarios de drogas ilícitas los trastornos de la personalidad antisocial y *borderline*. En un reciente estudio noruego, el 46% de los pacientes con TUS tenían al menos un trastorno de la personalidad (16% antisocial, sólo hombres, 13% límite y 8% paranoico, evasivo y obsesivo-compulsivo) (Langås et al., 2012a).

Según el informe del *Monitoring Center* (EMCDDA, 2015), las características de las alteraciones de la personalidad y el TUS:

- Las personas con trastornos de la personalidad padecen más síntomas problemáticos de TUS que aquellas que no presentan trastorno de personalidad.
- El antisocial y el *borderline* son los trastornos más frecuentes entre los consumidores de drogas ilegales.
- Estos pacientes participan con más frecuencia en conductas de riesgo: compartir jeringas y prácticas sexuales de riesgo.
- Presentan más dificultades para permanecer o cumplir el tratamiento.

· LÍMITE (TLP) 'BORDERLINE' O DE INESTABILIDAD EMOCIONAL

Se trata posiblemente del trastorno de personalidad más diagnosticado entre los pacientes consumidores, es difícil el manejo de estos pacientes, especialmente en el abordaje terapéutico y en el manejo clínico dada la escasez de fármacos apropiados para este tipo de cuadros clínicos. Por ese motivo, siempre intentamos que el paciente deje de consumir para favorecer el abordaje y mejorar al menos la calidad de vida. Importante también es considerar que existe una carencia de recursos para poder atender estos abigarrados cuadros. Como en casi todos los cuadros de comorbilidad, se considera que el TLP puede cursar con TUS; que el TUS agrava el TLP, o que son dos cuadros que cursan conjuntamente porque tienen factores etiopatogénicos comunes.

Sea como fuere, parece ser que TLP y TUS están presentes en 64-66% de pacientes y que el 18% de TUS cumplirían también criterios TLP, siendo las drogas más frecuentes entre ellos los opiáceos, seguidos de la cocaína y el alcohol (Ferre et al., 2011).

· ANTISOCIAL

Este cuadro de Trastorno de la Personalidad también es muy frecuente en este tipo de pacientes. En él tiene que ver, además del uso de la sustancia, el tipo de vida y el ambiente en el que se rodea, que al final termina relacionándose en muchos casos con la delincuencia y ambientes marginales. Y como en el cuadro anterior, podemos decir que carecemos de tratamientos y de recursos específicos para este tipo de pacientes.

Para el estudio Madrid, este fue el trastorno de personalidad más frecuente entre los TUS (Arias, 2013). En ambos casos el tratamiento empleado será sintomatológico, basado más en estudios de casos tratados con anterioridad para controlar cuadros de alteraciones comportamentales muy graves en ocasiones, por lo que debemos insistir en que el primer paso terapéutico es conseguir el abandono de la sustancia o al menos el procurar un tratamiento de reducción de daños o sustitutivo en el caso de los opiáceos.

* TUS + SUICIDIO

La prevalencia de la suicidabilidad entre los consumidores de drogas de abuso es más elevada que entre la población general, e incluso entre los que no son consumidores habituales una intoxicación aguda por sustancias puede incrementar la impulsividad facilitando la conducta suicida e incluso completar el suicidio según los riesgos individuales. Un ejemplo claro ha sido el incremento de los suicidios en Rusia en la década de los 80 debido al aumento de la disponibilidad de las bebidas (Lineberry y Brady, 2015).

En general las personas con trastorno por uso de sustancias tienen 10 veces más probabilidad de fallecer por suicidio. Las personas con TUS tienen más posibilidades de morir por suicidio, mientras que los que hacen un uso fallecen más frecuentemente por accidente. Un estudio realizado en Estados Unidos en 2011 concluye que las personas mayores de 18 años

con abuso de sustancias tienen 4 veces más pensamientos graves alrededor del suicidio que los no consumidores (NSDUH, 2012).

La presencia de un trastorno por consumo de alcohol se confirma como un factor de riesgo para el suicidio consumado, así como para el intento de suicidio. El uso de alcohol en el momento del intento de suicidio se asocia con métodos de bajo riesgo. El uso de otras sustancias como desencadenante de la conducta suicida se destaca en estudios recientes, pero las circunstancias que conducen al acto suicida y la influencia directa de sustancias en el comportamiento suicida necesitan ser estudiadas con más detalle. El uso de inhalantes y el uso de cocaína están particularmente asociados con el comportamiento suicida. Los jóvenes con comportamientos de riesgo múltiples, como el consumo de sustancias y comportamientos sexuales de riesgo, corren un alto riesgo de comportamiento suicida. Por otro lado, la comorbilidad psiquiátrica con el uso de sustancias aumenta el riesgo de comportamiento suicida (Vijayakumar et al., 2011).

Siguiendo con el alcohol, está implicado en gran medida en los riesgos de suicidio. La prevalencia de suicidio en personas con dependencia del alcohol oscila entre el 7% y el 15%; además, los estudios de autopsia psicológica postmortem demostraron trastornos por consumo de alcohol en el 25% y el 35% de las víctimas de suicidio. El alcohol se detectó en la sangre de 20% a 48% de los que completaron el suicidio en diferentes muestras de América y Europa.

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en promedio, el número de suicidios verdaderamente atribuibles al alcohol cada año en el período 2001-2005 fue del 23% (Turecki, 2014).

En general, las personas con TUS tienen 10 veces más posibilidades de fallecer por suicidio que la población general (Wilcox et al., 2004).

Tabla 9. Incidencia de suicidios en individuos con TUS

SUSTANCIA	SMR	95% CI
Policonsumo	16,85	14,73-19,20
Uso de drogas IV	13,73	10,29-17,96
Opiáceos	13,51	10,47-17,15
Alcohol	9,79	8,98-10,65

(Wilcox et al., 2004)

Consumo de sustancias y riesgo suicida (Brady, 2014):

Tabla 10. Efectos del consumo de sustancias

EFFECTO AGUDO DE CONSUMO SOBRE HUMOR, PROCESOS COGNITIVOS, IMPULSIVIDAD
Especial riesgo en <i>binge-drinking</i> en población joven.
<i>Crash</i> y consumo de cocaína.
EFFECTO A MEDIO-LARGO PLAZO
Impulsividad, agresividad.
Depresión y otros TM.
Desesperanza.
Efectos sobre salud somática.
Afectación de esfera social.
BAJA ADHERENCIA TERAPÉUTICA (TRATAMIENTOS, SEGUIMIENTO)

Un TUS activo puede exacerbar la gravedad de los síntomas y complicar la adherencia al tratamiento y presentar otros síntomas que complican el manejo de los pacientes, por ejemplo cuadros psicóticos, con consumo de sustancias y suicidio (Lineberry y Brady, 2014).

* TUS + ALTERACIONES DEL SUEÑO

Sabemos que en los bebedores no dependientes el alcohol provoca sueño, reduciendo el tiempo para quedarse dormido e incluso incrementando el sueño profundo reparador en la primera parte de la noche. En cambio, en los dependientes al alcohol ocurre precisamente lo contrario, dificultando la conciliación del sueño, siendo poco profundo y para nada reparador, despertándose varias veces durante la noche, probablemente debido a los cambios en los receptores del Ácido Gamma Amino Butírico (GABA) y glutamato en el cerebro (Wilson y Nutt, 2008).

Este problema puede persistir durante semanas, incluso una vez conseguida la abstinencia. Este insomnio con despertares tempranos puede darse hasta en un 60% de los dependientes al alcohol.

Esta circunstancia puede desencadenar recaídas en el consumo de alcohol, buscando el sueño reparador.

También es bastante frecuente encontrarnos con problemas de insomnio en la desintoxicación de opiáceos; esto es probablemente debido a una activación de rebote masiva de los sistemas de excitación del cerebro, especialmente las proyecciones de noradrenalina desde el *locus coeruleus* hasta la corteza, que es especialmente frecuente en la desintoxicación de metadona y puede estar presente hasta 6 meses después siendo un buen predictor de recaídas.

Lógicamente los problemas de sueño también estarán presentes entre los consumidores de estimulantes, especialmente en aquellos que toman cocaína o anfetaminas, ya que estas drogas acortan o suprimen las fases REM del sueño. Podríamos añadir a ellas el modafinilo, la cafeína y la dexanfetamina, esta última utilizada como fármaco en el tratamiento de TDAH.

Sabemos, pues, que el consumo de drogas altera el ritmo vigilia/sueño, tanto durante su consumo como en el síndrome de abstinencia, siendo principalmente el uso de alcohol el causante de muchos de estos cuadros, al igual que el uso de sustancias estimulantes, tipo cocaína y anfetaminas, provoca insomnio, aunque también se ha descrito insomnio crónico en fumadores de más de 15 cigarrillos al día (Alberola, 2009). Muchos de ellos se benefician del tratamiento con benzodizepinas, con el riesgo de abuso que pueden tener.

Por otro lado, el sueño se ve afectado en los pacientes con trastornos psiquiátricos, e incluso puede en algunos casos predecir una exacerbación de la enfermedad o el inicio de una nueva crisis. En enfermedades como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia, se pueden apreciar alteraciones características de los patrones del sueño que se correlacionan con las manifestaciones clínicas y que en algunos casos pueden predecir una recaída o la aparición de una nueva crisis, incluso antes de la presencia de la sintomatología propia de la enfermedad (Medina et al., 2007). Si además se consumen drogas, el cuadro clínico de insomnio o hipersomnia se verá complicado y de peor pronóstico y tratamiento.

* TUS + TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Hay pruebas sólidas que demuestran que la comorbilidad entre los trastornos de la alimentación y el uso de sustancias se presentan de forma frecuente. Entre las personas con trastornos por uso de sustancias, más del

35% pueden presentar un trastorno alimentario, mientras que entre la población general esta cifra no excede de entre el 1-3% (Torrens et al., 2015).

Cada vez hay evidencias más potentes de la relación del consumo de algunas drogas con los desórdenes alimentarios, de forma concomitante (EMCDDA, 2015), en relación a la anorexia y bulimia, con o sin atracones, pero con el fin de provocar una pérdida de peso, ante la imagen distorsionada que tiene la propia persona de sí misma.

Suele ser más frecuente entre mujeres jóvenes, incluso desde la adolescencia, pero últimamente se ha ido incorporando de forma alarmante el género masculino a este doble cuadro patológico.

* TUS + OTROS

Aunque no se trata de un cuadro psiquiátrico, sí que hay que tener en cuenta, por la implicación neurológica, la epilepsia. En este caso, y principalmente cuando existe un consumo de alcohol, se puede exacerbar el cuadro convulsivo y además el etanol interfiere de forma negativa en el tratamiento farmacológico antiepiléptico (Perkin y Dunitz, 2002), encontrándose diferencias en todas las características sociodemográficas analizadas ●

Diagnóstico

Según el NIDA, la alta tasa de comorbilidad entre los trastornos por uso de drogas y otras enfermedades mentales requiere un enfoque integral de la intervención que identifique y evalúe cada trastorno al mismo tiempo, proporcionando tratamiento según sea necesario. Este enfoque requiere a su vez de herramientas de evaluación amplias, que tienen menos probabilidad de ofrecer un diagnóstico errático o poco exacto. Por consiguiente, los pacientes que entran en tratamiento para enfermedades psiquiátricas también deben ser examinados para detectar trastornos por uso de sustancias y viceversa.

El diagnóstico exacto es complicado, por las similitudes entre los síntomas relacionados con la droga, tales como la abstinencia y los trastornos mentales potencialmente comórbidos. Por lo tanto, cuando las personas que abusan de drogas entran en el tratamiento, suele ser necesario observarlos después de un período de abstinencia para distinguir entre los efectos de la intoxicación o retirada de la sustancia y los síntomas de los trastornos mentales comórbidos. Esta práctica permitirá un diagnóstico más preciso y un tratamiento más específico.

Pero el diagnóstico es complicado ya que es difícil saber si el consumo es causa etiológica del cuadro psiquiátrico o viceversa, ya que incluso en el primer caso el cuadro podría ser transitorio y remitir tras el abandono de la sustancia, con lo que no estaríamos ante un diagnóstico psiquiátrico *stricto sensu* más allá del TUS.

En la medida de lo posible el correcto diagnóstico se haría cuando, si puede, el paciente abandone el uso de la sustancia. Pero el enfoque terapéutico, ante la posible coexistencia, aunque sea por la sintomatología, sería el abordaje de ambos cuadros. Esta asociación puede presentar distintas características, dependiendo de la combinación específica de ambos desórdenes (EMCDDA, 2015).

El diagnóstico se establece cuando los síntomas comienzan durante la intoxicación o en el mes siguiente, con o sin abstinencia de la sustancia implicada y después de que se hayan descartado otros trastornos psicóticos. Como los síntomas pueden superponerse con los de un trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme y con episodios agudos de manía psicótica o esquizofrenia, puede ser difícil distinguir entre estas afecciones. El diagnóstico puede requerir varios días de observación.

Para un correcto diagnóstico empleamos los criterios para el Diagnóstico de Trastornos por Consumo de Sustancias DSM5 (APA), teniendo en

cuenta que, además, el propio DSM5 aporta también criterios para, por ejemplo, el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, para valorar si el cuadro está inducido por el propio consumo de la sustancia, lo que facilita el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica.

En la mayoría de los Servicios de Salud de España y en sus registros informáticos se utiliza la CIE para diagnosticar y catalogar las enfermedades y, aunque en algunas autonomías se sigue utilizando el CIE9, hemos apostado por reseñar el CIE10 ya que se ajusta a los aspectos mostrados hasta el momento y es la última versión, que no está de más tener a mano.

Tabla 11. Criterios CIE-10 (OMS, 2008)

F10-19: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS	
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

Tabla 12. Códigos CIE de cuadros clínicos por consumo de sustancias

F1x.0	Intoxicación aguda.
F1x.1	Consumo perjudicial.
F1x.2	Síndrome de dependencia.
F1x.3	Síndrome de abstinencia.
F1x.4	Síndrome de abstinencia con <i>delirium</i> .
F1x.5	Trastorno psicótico.
F1x.6	Síndrome amnésico.
F1x.7	Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas.
F1x.8	Otros trastornos mentales o del comportamiento.
F1x.9	Trastorno mental o del comportamiento sin especificación.

Muchos pacientes que consumen drogas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Únicamente en los casos en los que el consumo es errático e indiscriminado o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, debería codificarse en F19, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicotropas o de otras sustancias psicotropas. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

* PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO

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 enfer-

mos 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 (Pereiro, 2010). 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...). Se puede además explorar la cantidad de droga que toma y que de momento solo existe una medida para el alcohol, que se calcula en *unidades de bebida estándar* (UBE), equivalente a 10 gr. de etanol.

En la entrevista diagnóstica conviene:

Tabla 13. Pautas para la entrevista diagnóstica

EVALUAR	El consumo de sustancias tras haberlo hecho en otras áreas como su historia previa y el funcionamiento vital, sin prejuizar.
	Utilizar preguntas simples, directas y claramente definidas que no permitan ambivalencia.
	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.
	Evaluar las posibles razones del paciente para distorsionar la información y relacionarlo con posibles factores motivacionales.
CONSIDERAR	Estado cognitivo y estado físico del paciente, incluyendo evaluaciones repetidas a través del tiempo para obtener una perspectiva longitudinal de la evaluación.
RE-EVALUAR	Cuando el paciente esté psicopatológicamente estable, o en caso de pacientes resistentes a tratamiento con sospecha de TUS concomitante.
	En ausencia de signos de intoxicación o abstinencia.

* MARCADORES BIOLÓGICOS

Entre los marcadores biológicos podemos utilizar el VCM, la GOT, la GGT y la CDT (Pascual et al., 2013), especialmente para el alcohol y, en el caso de las otras drogas, utilizaremos la detección de metabolitos de drogas en orina.

Por otra parte, la identificación de la sustancia psicotropa involucrada puede hacerse mediante los datos proporcionados por el propio individuo, a partir de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc., o de cualquier otra fuente (muestras de sustancias en las pertenencias del paciente, síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros).

El período de latencia de cada droga en orina va a variar siendo lo más frecuente (Verstraete, 2004):

Tabla 14. Detección de metabolitos de drogas en la orina

SUSTANCIA	ORINA
Cocaína	3 (22)*
Alcohol	12-24**
Opiáceos	3 (11)
Anfetaminas	(9)
Metanfetaminas	4 (6)
MDMA (Éxtasis)	2
Cannabis	3 (95)
LSD	2 (4)
Fenciclidina (PCP)	8
Metacualona	4
Ketamina	5
Éxtasis líquido (GHB)	0,5
Metadona	(7)

* Bencil-Ecgonina.

** Etilglucurónido. Metabolito que indica consumos hasta las 72 horas tras la ingesta.

* HERRAMIENTAS DE CRIBADO Y AYUDA DIAGNÓSTICA

Para el diagnóstico de detección y gravedad del consumo de alcohol, utilizaremos los cuestionarios siguientes, extraídos de la guía clínica de alcohol basada en la evidencia de SOCIDROGALCOHOL (Pascual, 2014).

Los principales instrumentos de detección en alcohol son:

Tabla 15. Test de detección del alcohol

TEST	MUESTRA	PUNTO CORTE	FIABILIDAD	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
AUDIT	Varones	6-8	0,88	80-89%	81-93%
	Mujeres	5-6	0,93	73-90%	95-96%
AUDIT-C	Varones	5	0,82	92%	74%
	Mujeres	3-4	0,70	91-100%	68-79%
AUDIT-4	Varones	7	0,87	83%	89%
	Mujeres	5	0,94	73%	96%
CAGE		1-2	-	49-100%	79-100%
CBA		5	-	96-98%	98%
ISCA	Varones	>28		70-81%	82-99%
	Mujeres	>17		46-100%	97-100%
MALT		11	-	96-100%	80-88%
SMAST		>2		48-100%	85-96%

Y los principales instrumentos de ayuda diagnóstica:

Tabla 16. Instrumentos de ayuda diagnóstica: gravedad y perfil de la adicción

INSTRUMENTO	POBLACIÓN	EFICIENCIA	FIABILIDAD	VALIDEZ
ASI	Adicciones en general	40 minutos Gratuita	$\alpha = 0,47-0,95$ $\rho = 0,36-1$ (21 días)	+Validez Adecuada capacidad discriminativa Sensible al cambio
Teen ASI	Adolescentes consumidores	20-45 minutos	-	Validez convergente con patrón de consumo de sustancias ($\rho = 0,90$)

En cuanto a la evaluación de gravedad de consumo:

Tabla 17. Instrumentos de evaluación de la gravedad de la dependencia de alcohol

INSTRUMENTO	POBLACIÓN	EFICIENCIA	FIABILIDAD	VALIDEZ
SADQ	Alcohol	33 ítems	$\upsilon = 0,92$	$\rho = 0,51$ criterios de dependencia DSM-IV Validez factorial 71,6% Varianza explicada
SADQ-C	139 dependientes alcohol	20 ítems	Punto de corte de 20 clasifica correctamente al 64%	Validez convergente con APQ
EIDA	Adictos alcohol	30 ítems	$\alpha = 0,91$	Discrimina entre dependencia leve, moderada y grave

Podemos utilizar también las evaluaciones imprescindibles para el manejo de los problemas relacionados con otras sustancias, recogidas en el *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (Pereiro, 2010):

Tabla 18. Principales instrumentos de evaluación del consumo de sustancias

CANNABIS	Cannabis Abuse Screening Test (CAST) . Evaluación del consumo problemático de cannabis. En la actualidad la interpretación de sus resultados no es factible.
	Escala de Gravedad de la Dependencia (SDS) . Se encuentra actualmente en fase de validación para cannabis.
OPIÁCEOS	Escala de Gravedad de la Dependencia (SDS) . Los puntos de corte de la puntuación total propuestos para la heroína son: No dependencia, 0-2 puntos; Dependencia, 3-15 puntos.
	Escala Breve de Abstinencia de Opiáceos (SOWS) . Mide la intensidad de los signos y síntomas propios de la abstinencia. No hay puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor intensidad de la abstinencia.
	Escala de Adecuación de Dosis de Opiáceos (EADD) . Valora la adecuación de la dosis de metadona al paciente individual. En función de las puntuaciones en los ítems se considera: <ul style="list-style-type: none"> · Dosis adecuada: en los ítems de la EADD obtiene puntuaciones de 4 o 5. · Dosis inadecuada: cuando no se cumple el criterio anterior.

COCAÍNA	Escala de Gravedad de la Dependencia (SDS). Los puntos de corte de la puntuación total propuestos para la cocaína son: No dependencia, 0-3 puntos; Dependencia, 4-15 puntos.
	Cuestionario de Craving de Cocaína-General (CCQ-G). Mide la intensidad del <i>craving</i> desde una perspectiva multidimensional. No hay puntos de corte propuestos para la puntuación total; a mayor puntuación, mayor intensidad del <i>craving</i> .
	Escala de Evaluación de Síntomas Positivos de la Psicosis Inducida por Cocaína, revisada (SAPS-CIP). Proporciona una puntuación total de gravedad de las alucinaciones y otra de delirios. Ambas puntuaciones oscilan entre 0 (no están presentes) y 5 (presentes en intensidad grave).
	Escala de valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA). Evalúa la intensidad de los signos y síntomas propios de la abstinencia inicial de cocaína. La puntuación total no tiene puntos de corte establecidos; a mayor puntuación, mayor intensidad de la abstinencia.

En cuanto a los instrumentos de cribado y diagnóstico psiquiátrico, destacarían (Pereiro, 2013):

- **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 del ICD 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 el 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.

En los sucesivos capítulos de esta obra se hará mención y se explicarán los instrumentos específicos para cada caso.

A pesar de la contrastada utilidad y garantías métricas de estos instrumentos diagnósticos, la evaluación de la comorbilidad psicopatológica plantea varios problemas fundamentales derivados de la confusión entre los efectos agudos y crónicos de las sustancias, el hecho de que los trastornos psiquiátricos sean más síndromes que enfermedades y la inexistencia de marcadores fisiopatológicos o biológicos claros (Pereiro, 2013) ●

Marco general de tratamiento

El tratamiento de los pacientes con diagnóstico dual 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. En efecto, 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 el pronóstico (Pereiro, 2009).

En concreto, la asociación de un trastorno mental y un TUS repercute en las manifestaciones clínicas y el curso evolutivo de ambos trastornos implicando una peor evolución de la adicción, con abuso de un mayor número de sustancias, edad de comienzo del consumo menor, y contribuyen a mantener o recaer en el consumo. Y la gravedad psiquiátrica es un predictor negativo del resultado terapéutico en dependientes. Además se producen (Ochoa et al., 2010):

- Más alteraciones conductuales, problemas familiares, agresividad y conductas hostiles y amenazadoras, y más enfermedades físicas.
- Más cambios de humor, síntomas afectivos y psicóticos.
- Curso más agravado en general de ambos trastornos.
- Mayor utilización de urgencias, más conductas suicidas, peor cumplimiento del tratamiento, más ingresos hospitalarios y más recaídas.
- Curso más rápido de la adicción, con consecuencias físicas y psicosociales más graves, y síntomas de abstinencia en general más graves.
- Repercusión negativa en los efectos del tratamiento farmacológico.

En concreto, para algunas sustancias:

Tabla 19. Implicaciones sintomatológicas y terapéuticas por consumo de sustancias

SUSTANCIA	IMPLICACIONES SINTOMATOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS
CANNABIS, COCAÍNA Y ANFETAMINAS	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.
	Pueden ser relevantes los efectos anticolinérgicos del cannabis en la efectividad de los antipsicóticos (AP).
	Los consumidores de cocaína requieren mayores dosis de AP por posibles interacciones, y puede que su consumo incremente el riesgo de síntomas extrapiramidales.

ALCOHOL	Más conductas hostiles y amenazadoras, y más conductas suicidas.
	Peor evolución, con más recidivas e incumplimiento terapéutico, además de más enfermedades físicas, aunque presentan menos efectos extrapiramidales.
CAFEÍNA Y TABACO	Fumadores de tabaco y consumidores de cafeína pueden requerir mayores dosis de AP, en el caso del tabaco posiblemente por incrementar su metabolismo.
	El tabaco mejora la función cognitiva de la esquizofrenia y su deterioro inducido por los AP.

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.

Gráfico 2. Repercusiones del no tratamiento del paciente con diagnóstico dual



* PRINCIPIOS BÁSICOS

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. No obstante, se han planteado unos principios generales que deben regir los tratamientos:

· ACCESIBILIDAD

Un programa de tratamiento eficaz para pacientes duales debe facilitar el acceso rápido a los profesionales sanitarios, ya que estos pacientes solicitan asistencia con mayor frecuencia que aquellos en los que no existe comorbilidad (Grant et al., 2004). Sin embargo, en muchas ocasiones, la atención recibida no es la adecuada, generalmente por dos tipos de barreras: ciertas características de los sujetos (ausencia de conciencia del problema, deterioro cognitivo o síntomas residuales, aislamiento social, miedo al estigma...) y aspectos estructurales (accesibilidad, infradiagnóstico, poblaciones «especiales» (adolescentes, minorías étnicas, sin techo...), falta de dispositivos y de formación) (Priester et al., 2016).

· DETECCIÓN EFICAZ

El problema fundamental es la tendencia a no diagnosticar el trastorno dual. Generalmente esto ocurre por tendencia a la ocultación, negación y/o minimización del consumo de drogas en enfermos mentales, y 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), la utilización de entrevistas semiestructuradas y el uso de marcadores biológicos.

Es necesario seleccionar instrumentos que ayuden a detectar los casos, evitando que pacientes duales queden sin diagnóstico y sin tratamiento. Existe una importante diferencia entre la elevada prevalencia de Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) registrada entre los pacientes psiquiátricos y la escasa detección de casos en la práctica clínica. Para evitar este infra-diagnóstico existen recomendaciones como (Hintz y Mann, 2006):

- Evaluar detalladamente el consumo de sustancias y su relación con el trastorno psiquiátrico comórbido, así como de su influencia en la intensidad sintomatológica y la adherencia al tratamiento.
- Valorar las consecuencias del consumo en distintas áreas del funcionamiento.
- Detectar los riesgos asociados al consumo, como la auto/heteroagresividad o las enfermedades infecto-contagiosas.
- Analizar la motivación al cambio y los objetivos del paciente relacionados con el abandono o disminución del consumo de drogas.

· TRATAMIENTO BASADO EN EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

El tratamiento para pacientes con diagnóstico dual debe garantizar una atención de calidad centrada en la recuperación del paciente y apoyada en la medicina basada en la evidencia. Para alcanzar el éxito terapéutico en pacientes duales se debe (Hendrickson, 2006):

- Establecer una sólida alianza terapéutica, basada en la confianza mutua.
- Incrementar y mantener la motivación.
- Mejorar el cumplimiento de las pautas de medicación. Los psicofármacos son un elemento esencial en el abordaje de pacientes duales. La información a paciente y familia sobre los fármacos favorece la adherencia.
- Disminuir el estrés y los factores estresantes cronicados.
- Plantear la remisión de los síntomas y la abstinencia como objetivos a alcanzar. La estabilización de los síntomas psiquiátricos va a repercutir positivamente en el curso del trastorno adictivo y viceversa.
- Detectar los factores de riesgo y prevenir las recaídas.

- Individualizar el tratamiento, valorando las necesidades del paciente.
- Crear un ambiente de cooperación, implicando activamente al paciente en su recuperación, fomentando el apoyo familiar y el existente a nivel comunitario.

* COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO

La remisión clínica, la recuperación del estado de funcionamiento psico-social previo y la satisfactoria calidad de vida son los principales objetivos terapéuticos. Es imprescindible considerar la dimensión psicopatológica y las discapacidades y dificultades para el funcionamiento autónomo y satisfactorio. Además, como el curso puede ser crónico exige recursos rehabilitadores. Un programa de tratamiento para pacientes con trastorno dual grave debe integrar una serie de componentes (Drake et al., 2001):

- Integración plena y normalizada en el sistema de salud. La atención que requieren estas personas debe estar incluida dentro de la cartera de servicios sanitarios, coordinada con dispositivos sociales.
- Orientación a largo plazo, garantizando la continuidad de cuidados, con objetivos terapéuticos realistas y bien definidos.
- Atención especial a aquellos pacientes con mayores dificultades de acceso al tratamiento, poblaciones especiales o de mayor riesgo (adolescentes, pacientes con discapacidad intelectual o un trastorno mental grave, sujetos con problemas judiciales, con nivel socioeconómico bajo o sin hogar...).
- Apoyo comunitario, incluyendo recursos que faciliten alojamiento, desarrollo vocacional y uso satisfactorio del tiempo libre.
- Oferta de intervenciones motivacionales y entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales.
- Oferta de medicaciones mostradamente efectivas y que favorezcan la adherencia.

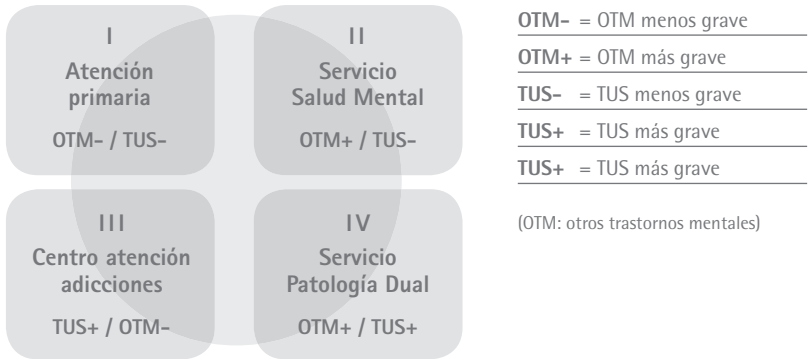
* MODELOS DE ABORDAJE

En la actualidad, en muchos 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 (Mangrum et al., 2006):

- **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. Solo 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 (Kêdoté, Brousselle y Champaña, 2008).
- **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 de citas y estigma.
- **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 están generalizados, y por ello resulta difícil concretar su efectividad (Donald et al., 2005; Tiet y Maunsbach, 2007). Aunque los estudios no evalúan largos períodos de tiempo, la mayoría de profesionales se muestran partidarios de este abordaje.
- **Modelo de cuidado escalonado:** la persona recibe tratamiento de diversa intensidad de acuerdo a su gravedad particular; se utilizan inicialmente tratamientos menos intensivos y de menor costo, para luego dar paso a tratamientos de mayor intensidad y más costosos si los iniciales han sido insuficientes. Es el modelo de los *Cuadrantes de atención*, en donde se describen cuatro situaciones con indicaciones y responsabilidades específicas de acuerdo al predominio y gravedad de una o ambas sintomatologías (Georgeson, 2009):

Gráfico 3. Modelo de cuidado escalonado. cuadrantes de atención



- **Atención primaria de salud (Categoría I):** otro trastorno mental (OTM) menos grave y TUS menos grave.
- **Servicios de salud mental (Categoría II):** OTM más grave y TUS menos grave.
- **Servicios de atención a adicciones (Categoría III):** OTM menos grave y TUS más grave.
- **Servicios de tratamiento de adicciones y servicios de salud mental (Categoría IV):** OTM grave y TUS grave.

La separación en el tratamiento de los trastornos 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. Los tratamientos integrados se asocian 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.

Aunque la evidencia emergente apunta a que los tratamientos integrados pueden ser superiores a los paralelos y secuenciales (Donald et al., 2005), una revisión sobre los tratamientos de pacientes con diagnóstico dual (59 estudios, 36 ECA) (Tiet y Mansbach, 2007), señaló que, aunque los tratamientos psiquiátricos y psicológicos son eficaces en estos pacientes, y que los tratamientos para disminuir el uso de drogas también lo disminuyen en ellos, la eficacia de los tratamientos integrados permanece poco clara (con grado de recomendación C).

* EL TRATAMIENTO INTEGRADO

Han sido descritos unos principios para el tratamiento integrado (Mueser et al., 2003):

- La atención a los OTM y al TUS ha de integrarse para abordar eficazmente las necesidades de las personas con trastornos concurrentes.
- Los servicios sanitarios para estos pacientes estarán integrados en el sistema sanitario y coordinados con los servicios sociales, asegurando la continuidad de cuidados.
- Los especialistas en tratamientos integrados deben estar capacitados para tratar tanto los trastornos por uso de sustancias como las enfermedades mentales graves.
- Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo de atención para los pacientes con diagnóstico dual.
- El ofrecer un tratamiento a cualquier paciente con OTM y TUS debería ser habitual, ya que los tratamientos para la comorbilidad son efectivos, aunque son poco usados en la práctica habitual.
- Han de estar disponibles múltiples intervenciones, individuales, grupales, de autoayuda y familiares.
- La supervisión será permanente, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona.
- Se ha de realizar énfasis en la naturaleza colaborativa del tratamiento, involucrando a familiares y cuidadores.
- Deben tenerse expectativas realistas, expresando confianza en la eficacia del tratamiento.
- Ha de adoptarse una actitud de no juzgar, sin confrontaciones.
- Se deben utilizar intervenciones motivacionales en todas las etapas, y una aproximación cognitivo-conductual, con prevención de recaídas.
- El tratamiento debería considerar entre los objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.
- Se han de utilizar los fármacos mostradamente efectivos, mejor tolerados y que faciliten la adherencia.

Se han identificado intervenciones que muestran efectos en el uso de sustancias: motivacionales, terapia de grupo, manejo de contingencias; mientras que la gestión de casos mejora la reinserción y tanto el

tratamiento asertivo comunitario como la gestión de casos disminuyen los ingresos hospitalarios. Se ha evidenciado también el impacto positivo de las intervenciones familiares (Donald et al., 2005; Mueser et al., 2013).

Las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas, facilitan disminuir el consumo y mejorar los síntomas psicopatológicos. En los tratamientos intensivos con objetivo abstinencia los resultados no se mantienen tras el tratamiento.

Por otro lado, se han descrito los elementos para un tratamiento integrado (SAMHSA, 2005), y se han concretado los recursos terapéuticos necesarios (Hendrickson, 2006):

Tabla 20. Elementos y recursos terapéuticos en el tratamiento integrado

ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO
- Establecimiento de alianza terapéutica.
- Tratamiento rápido de intoxicación, abstinencia y descompensación psicopatológica.
- Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado.
- Prevención de las recaídas.
- Educación sanitaria individual/familiar.
- Reducción de comorbilidad somática.
- Favorecimiento de la adherencia al tratamiento y la motivación para el cambio.
- Fomento de las actividades ocupacionales y formativo-laborales.
- Mejora del funcionamiento interpersonal.
RECURSOS TERAPÉUTICOS
- Equipo multidisciplinar especializado en salud mental y drogodependencias.
- Coordinación con otros dispositivos sociosanitarios.
- Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.
- Hospitalización parcial con seguimiento intensivo.
- Cobertura psicofarmacológica.
- Técnicas cognitivo-conductuales.
- Grupos de prevención de recaídas.
- Grupos psicoeducativos.

* 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, 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 más 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.

* 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) (Hunt et al., 2005).

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 la 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 (Bellack et al., 2007).

No obstante, una revisión sistemática realizada con resultados de 25 ensayos controlados aleatorizados, con 2.478 participantes en total con pacientes con diagnóstico dual (Donald et al., 2005), informa no encontrar evidencia suficiente que valide la efectividad de las intervenciones psicosociales en esta población. Asimismo, los autores reportaron dificultades metodológicas. Otra revisión sistemática (Tiet y Muesbach, 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.

* ASPECTOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El trabajo de enfermería es fundamental para la promoción de la salud, el estilo de vida saludable y la prevención de los problemas relacionados con la comorbilidad psiquiátrica en los TUS. Los pacientes con patología psiquiátrica y TUS son más vulnerables al estrés (con conductas violentas) y a la desmotivación para adquirir los recursos que necesita (comida, alojamiento, vestido y asistencia médica). Estas conductas aumentan las situaciones de desempleo y marginación y también desarrollan más conductas de riesgo ante enfermedades infecciosas.

Es muy importante la detección o diagnóstico precoz de cualquier trastorno asociado, sea TUS o patología mental, que se suma a los ya existentes, y enfermería es el colectivo profesional más cercano al paciente, con los conocimientos adecuados y las herramientas necesarias para tener las mayores posibilidades de detectar y actuar o derivar al profesional de referencia. Las intervenciones pueden ser tanto individuales como grupales con programas de educación para la salud, de seguimiento y apoyo comunitario (SAMHSA, 2005). La implantación de los planes de cuidados de enfermería proporciona una metodología científica para la atención específica al paciente dual, con una visión holística, realizando un seguimiento integral. La prioridad de las intervenciones es prestar soporte a la vida diaria de los enfermos y es fundamental que el equipo (multidisciplinar) que trabaje con estos pacientes esté en continua conexión (Alfaro-Lefevre, 2009), incluyendo psicoeducación y controles sanitarios regulares, favoreciendo siempre la adhesión al tratamiento mediante la detección de efectos secundarios.

Los objetivos generales que se plantean en enfermería son:

- Transmitir conocimientos sobre las sustancias adictivas y los trastornos psiquiátricos (psicoeducación).
- Enseñar/inculcar la importancia de seguir el tratamiento pautado, favoreciendo la adherencia.
- Posibilitar que el paciente pueda manejar sus síntomas. Es de gran importancia el manejo de la medicación (educación sobre objetivos, efectos secundarios, cumplimiento...).

- Permitir al paciente cubrir sus necesidades básicas y mejorar su calidad de vida.
- Apoyar la máxima integración del paciente en la comunidad. La estabilización de los síntomas es el requisito previo para que defina sus metas y adquiera esta integración.
- Garantizar la continuidad de los servicios de tratamiento, rehabilitación y soporte social, asegurando la continuidad de los cuidados, coordinándose con centros de referencia especializados.
- Evitar la hospitalización prolongada, acortar la estancia hospitalaria siempre que sea posible y prevenir las recaídas. Es fundamental el manejo de situaciones de crisis.
- Permitir al paciente adquirir un papel significativo y productivo en la sociedad. Las actividades de rehabilitación vocacional/profesional son imprescindibles.
- Trabajar conductas de riesgo ante enfermedades infecciosas, detectar problemas médicos con control somático regular y fomentar hábitos higiénico-dietéticos saludables.
- Prevenir y tratar precozmente las recaídas en el consumo y la descompensación de la patología mental.
- Apoyar a las familias en el proceso terapéutico.

El tratamiento de personas con TMG y TUS en un programa integrado debe lograr una elevada retención, favoreciendo así la mejoría clínica (disminución de la gravedad, del consumo de sustancias y de los ingresos hospitalarios) y funcional (disminución de la necesidad de cuidados y de la discapacidad).

· EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO. RESULTADOS ESPERADOS DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS

El proceso de atención de enfermería es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El objetivo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es realizar una estructura que pueda cubrir de forma individualizada las necesidades del paciente (Bulechek et al., 2013). Consta de cinco pasos o etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- **Valoración:** se recogerá toda la información sobre el estado de salud así como las evidencias de los recursos que tiene el paciente.
- **Diagnóstico:** se identificarán los problemas reales y/o potenciales que constituirán la base del plan de cuidados.
- **Planificación:** se desarrollará el plan de cuidados mediante la determinación de las prioridades inmediatas y se establecerán los resultados (objetivos) esperados (*Nursing Outcomes Classification [NOC]*) (Moorhead et al., 2014), para posteriormente elegir las intervenciones que se van a prescribir para lograr los objetivos (*Nursing Interventions Classification [NIC]*) (Bulechek et al., 2013).
- **Ejecución:** se realizarán las intervenciones identificadas en la planificación.
- **Evaluación:** se determinará si se han logrado los objetivos propuestos o si es necesario introducir cambios para conseguirlos.

Desde una perspectiva holística realizaremos un abordaje integral basándonos en las taxonomías NANDA Internacional (NANDA, 2015), NOC y NIC. Los principales diagnósticos enfermeros detectados en los pacientes con diagnóstico dual son:

DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	
00078 Gestión ineficaz de la salud	
NOC Conocimiento: régimen terapéutico.	Enseñanza: proceso de enfermedad. Manejo de la medicación.
NOC: Control de síntomas.	Enseñanza: proceso de enfermedad. Enseñanza: medicamentos prescritos.
00080 Gestión ineficaz de la salud familiar	
NOC Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.	Enseñanza: proceso de enfermedad. Enseñanza: medicamentos prescritos. Enseñanza: ejercicio prescrito. Modificación de la conducta. Fomentar la implicación familiar.
NOC Normalización de la familia.	Fomentar la implicación familiar. Enseñanza: medicamentos prescritos.

DOMINIO 2. NUTRICIÓN	
00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	
NOC Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	Manejo de los trastornos de la alimentación. Asesoramiento nutricional.
00232 Obesidad	
NOC Conducta de pérdida de peso.	Asesoramiento nutricional. Manejo de peso.

DOMINIO 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	
00011 Estreñimiento	
NOC Conducta de cumplimiento: dieta prescrita.	Asesoramiento nutricional. Enseñanza: dieta prescrita.

DOMINIO 4. ACTIVIDAD-REPOSO	
00085 Deterioro de la movilidad física	
NOC Movilidad.	Fomento del ejercicio. Enseñanza: ejercicio prescrito.
00095 Insomnio	
NOC Sueño.	Terapia de relajación. Disminución de la ansiedad.
00193 Descuido personal	
NOC Nivel de autocuidado.	Ayuda con el autocuidado. Modificación de la conducta.

DOMINIO 5. PERCEPCIÓN-COGNICIÓN	
00222 Control de impulsos ineficaz	
NOC Control de impulsos eficaz.	Autocontrol de los impulsos. Entrenamiento para controlar los impulsos.

DOMINIO 6. AUTOPERCEPCIÓN	
00121 Trastorno de la identidad personal	
NOC Identidad.	Orientación de la realidad. Manejo de las ideas delirantes.
NOC Autocontrol del pensamiento distorsionado.	Orientación de la realidad. Manejo de las ideas delirantes.
00153 Riesgo de baja autoestima situacional	
NOC Autoestima.	Potenciación de la autoestima. Aumentar los sistemas de apoyo.

DOMINIO 7. ROL RELACIONES	
00052 Deterioro de la interacción social	
NOC Habilidades de la interacción social.	Entrenamiento de la asertividad. Potenciación de la socialización.
00055 Desempeño ineficaz del rol	
NOC Afrontamiento de problemas.	Fomentar el rol parenteral. Potenciación de roles.

DOMINIO 8. SEXUALIDAD	
00065 Patrón sexual ineficaz	
NOC Aceptación: estado de salud.	Relaciones sexuales seguras. Mejora de la imagen corporal. Asesoramiento sexual.
NOC Calidad de vida.	Enseñanza: relaciones sexuales seguras. Mejora de la imagen corporal. Asesoramiento sexual.

DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS	
00069 Afrontamiento ineficaz	
NOC Afrontamiento de problemas.	Disminución de la ansiedad. Mejora del afrontamiento.
00074 Afrontamiento familiar comprometido	
NOC Afrontamiento de los problemas de la familia.	Fomentar la implicación familiar. Apoyo a la familia.

00146 Ansiedad	
NOC Autocontrol de la ansiedad.	Disminución de la ansiedad. Entrenamiento autógeno.
00199 Planificación ineficaz de las actividades	
NOC Autonomía personal.	Ayuda con el autocuidado: AIVD. Fomentar la implicación familiar.

DOMINIO 10. PRINCIPIOS VITALES	
00083 Conflicto de decisiones	
NOC Toma de decisiones.	Apoyo en la toma de decisiones.

DOMINIO 11. SEGURIDAD-PROTECCIÓN	
00138 Riesgo de violencia dirigido a otros	
NOC Autocontrol del pensamiento distorsionado.	Vigilancia. Manejo ambiental: prevención de la violencia.
00140 Riesgo de violencia autodirigida	
NOC Nivel de agitación.	Vigilancia. Manejo ambiental: prevención de la violencia.
00150 Riesgo de suicidio	
NOC Autocontrol del impulso suicida.	Control del estado de ánimo. Manejo ambiental: prevención violencia. Prevención del suicidio. Dar esperanza. Vigilancia. Manejo de las ideas delirantes. Manejo de las alucinaciones.
NOC Deseo de vivir.	Vigilancia. Prevención del suicidio. Control del estado de ánimo.

DOMINIO 12. CONFORT	
00053 Aislamiento social	
NOC Implicación social.	Terapia de actividad. Potenciación de la socialización.

· MODELOS DE INTERVENCIÓN

EL MODELO DE INTERVENCIÓN BASADO EN LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO, APOYO COMUNITARIO O 'CASE MANAGEMENT'

Los programas de atención comunitaria deben 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. Todos participan en la toma de decisiones. La prioridad en las intervenciones está en prestar soporte a la vida diaria de los enfermos.

Bajo el nombre de *case management* o «gestión de casos» se engloban distintos programas de intervención a largo plazo con el fin de garantizar la atención de los enfermos duales graves y crónicos. El papel del tutor, agente o *case manager* es valorar las necesidades, desarrollar un plan de cuidados, conectar al paciente con los servicios que pueden prestarle la atención que necesita, supervisar la atención recibida, mantener el contacto y asesorarle.

Se plantean cuatro amplias áreas de intervención (Essock et al., 2007):

1. Fase inicial: citación, evaluación, planificación.
2. Intervenciones ambientales: conexión con servicios comunitarios, consulta con familiares, mantenimiento y ampliación de la red social.
3. Intervenciones con el paciente: tratamiento farmacológico, psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades de vida independiente, psicoeducación.
4. Intervenciones con el paciente y su ambiente: intervención en crisis, seguimiento.

Se trabaja con las habilidades del individuo en la consecución de metas más que con los déficits. Sus principios son (Salyers y Tsemberis, 2007):

- Focalizado en capacidades del individuo más que en lo patológico.
- La relación *manager*-paciente es esencial y primaria.
- Las intervenciones se basan en la autodeterminación del paciente.
- La comunidad se ve como fuente de recursos y no como un obstáculo.

- Se puede seguir aprendiendo, creciendo y cambiando a pesar de tener un trastorno dual.

Se hace hincapié en prestar servicios basados en los deseos y metas individuales de cada paciente, más que en objetivos definidos por el sistema de salud. El hecho singular de ese modelo es el énfasis en la evaluación y solución de habilidades instrumentales y de vinculación con el entorno que pueden favorecer la permanencia en la comunidad y la consecución de los objetivos personales (Clausen et al., 2016).

EL MODELO MATRIX EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL

El modelo Matrix 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. El modelo Matrix nace de la experiencia con pacientes con doble diagnóstico a tratamiento en un servicio de nivel cuatro en Gran Bretaña. Una experiencia muy común, que muchos pueden reconocer, fue que clientes con necesidades complejas de adicción y salud mentales fueron enviados para su tratamiento sin retorno (Georgeson, 2009).

Fue una muestra de cómo las cosas pueden cambiar: brevemente, 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.

Conclusiones

- Debemos prestar especial importancia a la coexistencia de trastorno mental más TUS o viceversa.
- Se ha de facilitar el diagnóstico y abordaje terapéutico.
- Hay que procurar ofrecer los mejores servicios y calidad asistencial posible.
- Se debe contar con equipos multidisciplinares con enfoque bio-psi-co-social, y homogéneos en todo el territorio español.
- Ha de asegurarse la equidad interterritorial ●

- Alamo et al. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Alberola, I. (2009). Sueño, tabaquismo y drogas. En: *Medicina del Sueño. Enfoque multidisciplinario*. Madrid: Editorial Panamericana: 185-188.
- Alfaro-Lefevre, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier.
- Amanda, L. Baker, et al. (2014). Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: outcomes to 36-months. *J Subst Abuse Treat*, marzo, 46(3): 281-90.
- APA (2014). *DSM5*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Arias, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 19: 191-204.
- Arias, F., et al. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 1, 25(1): 191-200.
- Arias et al. (2014). Bipolar disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. *J Dual Diagn*, 10(2): 68-78.
- Arias et al. (2015). Psicosis y drogas. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Revista de patología dual*, 2(1): 4.
- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S. (2007). *Behavioral Treatment for Substance Abuse in People with Serious and Persistent Mental Illness: A Handbook for Mental Health Professionals*. New York.
- Benabarre, A. (2014). *Trastornos Esquizoafectivos*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Beijer, U., Andrasson, A., Agren, G. y Fugelstad, A. (2007). Mortality. Mental disorders and addiction: a 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61: 363-8.
- Bejerort, N. (1970). *Addiction and Society*. Springfield. Charles C. Thomas.
- Bertolín Triquell, S., y Contreras Fernández, F. (2016). *Cuestiones críticas en Esquizofrenia. Ajuste premórbido e implicaciones clínicas y pronósticas en la esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed, S. L.
- Brady, K.T., Sonne, S.C. (1995). The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 56(3): 19-24.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.Mc., editors (2013). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier.
- Cabrera, Forneiro, J., et al. (1998). *Patología Dual*. Madrid: Agencia Antidroga de Madrid.
- Capusan, A.J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., y Larsson, H. (2016). Comorbidity of Adult ADHD and Its Subtypes with Substance Use Disorder in a Large Population-Based Epidemiological Study. *J Atten Disord*, 2.
- Casas, M. (2016). <http://www.patologiadual.es/index.htm>. 2016.
- Clausen, H., Ruud, T., Odden, S., Šaltyt, Benth J., Heiervang, K.S., Stuen, H.K., et al. (2016). Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1): 1-10.
- Conway, K.P., et al. (2016). Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(4): 280-8.

- Donald, M., Dower, J., Kavanagh, D. (2005).** 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*, marzo, 60(6): 1371-83.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J., Bond, G.R. (1998).** Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*, 24(4): 589-608.
- EDADES (2015).** Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGP-NSD). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
- EMCDDA (2015).** Perspectives on drugs. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. Lisboa: EMCDDA.
- Eslami-Shahrbabaki, M., Fekrat, A., Mazhari, S. (2015).** A Study of the Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Methamphetamine-Induced Psychosis. *Addict Health*, 7(1-2): 37-46.
- Essock, S.M., Mueser, K.T., Drake, R.E., Covell, N.H., McHugo, G.J., Frisman, L.K., et al. (2006).** Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. *Psychiatr Serv*, 57(2): 185-96.
- ESTUDES 2014/15 (2015).** Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
- Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E., Auriacombe, M. (2010).** Relationship between anxiety disorders and opiate dependence. A systematic review of the literature. Implications for diagnosis and treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3): 220-30.
- Fernández Marcote, R.M., Henche, A.I., González, R. (2011).** Trastorno por Estrés Postraumático. En: *Patología Dual. Manual de trastornos adictivos*. Madrid: Enfoque Editorial: 166-174.
- Ferre, M., Prat, M., Andión, O. (2011).** Trastorno Límite de la personalidad En: *Patología Dual. Manual de trastornos adictivos*. Madrid: Enfoque Editorial: 175-181.
- Florez, G. (2016).** Psicopatía, adicciones, violencia interpersonal y conducta antisocial, una relación mixta. *Adicciones*, 28(2).
- Gaebel, W. (2011).** Schizophrenia. *Current Science and Clinical Practice*. Blackwell, W. Copenhagen: Lundbeck Institute.
- Georgeson, B. (2009).** The Matrix Model of dual diagnosis service delivery. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, abril, 16(3): 305-10.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P., Kaplan, K. (2004).** Prevalence and cooccurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61(8): 807-16.
- Gratch, L.O. (2009).** El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Madrid: Editorial Panamericana.
- Green, et al. (2012).** Treatment of schizophrenia and comorbid substance use disorder. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*.
- Green, et al. (2007).** Schizophrenia and Co-Occurring Substance Use Disorder. *Am J Psychiatry*, 164: 3.
- Guillem, E. (2009).** Sociodemographic profiles, addictive and mental comorbidity in cannabis users in an outpatient specific setting. *Encephale*, 35(3): 226-33.

- Hartz, S.S.M., et al. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*, 71(3): 248-54.
- Hasin, D.S., Grant, B.F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(11): 1609-40.
- Hendrickson, E. (2006). 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.
- Hintz, T., Mann, K. (2006). Co-occurring disorders: police and practice in Germany. *Am J Addictions*, 15: 261-267.
- Howard, et al. (1998). Trastornos de estrés postraumático y trastornos por drogadicción. Comprobación de la trayectoria de las causas. *Aren Gen Psychiatry*, 55: 913-917.
- Huang, et al. (2006). Prevalence, correlates and Comorbidity of nonmedical prescription drug use disorders in the United States: results of the National Epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions (NERSAC). *J Clin Psychiatry*, 67: 1062-1073.
- Hunt, G.E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., Cleary, M. (2005). Cochrane Database of Systematic Reviews. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review).
- Karin, et al. (2011). Substance use and schizophrenia: Adverse correlates in the CATIE study sample. *Schizophrenia Research*, 132(2-3): 177-182.
- Kêdoté, M.N., Brousselle, A., Champagne, F. (2008). Use of health care services by patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Ment Health Subst Use*, 19(1): 216-227.
- Kessler, K., Merikangas, K.R. (2004). The national Comorbidity Survey Replication (NCSR): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res*, 13: 60-68.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., Anthony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54(4): 313-321.
- Klimkiewicz, A., Klimkiewicz, J., Jakubczyk, A., Ilona Kieres-Salomoski, I., Wojnar, M. (2015). Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis. *Psychiatry Pol*, 49(2): 265-275.
- Koskinen, J., et al. (2009) Rate of Cannabis Use Disorders in Clinical Samples of Patients with Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6): 1115-1130.
- Krupski, A., et al. (2015). Clinical Needs of Patients with Problem Drug Use. *J Am Board Fam Med*, 28(5): 605-16.
- Lam, R.W. (2012). Depression. Oxford Psychiatric Library.
- Langås, A.M., Malt, U.F., Opjordsmoen, S. (2011). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area, a clinical study. *BMC Psychiatry*, 11: 25.
- Leray, E., Camara, A., Drapler D., et al. (2011). Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the "Mental Health in General Population Survey (MHGP)". *European Psychiatry*, 26(6): 339-45.
- Lineberry, T.W., Brady, K.T. (2015). Suicide and substance disorders. A Concise Guide to Understanding Suicide. Koslow, S.H., Ruiz P., Nemeroff, C.B. Cambridge: Medicine Lundbeck Institute: 117-122.
- Lineberry, T.W., Brady, K.T. (2014). Suicide and substance use disorders. A Concise Guide to Understanding Suicide. Epidemiology, Pathophysiology, and Prevention. Cambridge Medicine.

- Mangrum, L.F., Spence, R.T., López, M.** (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 30(1): 79-84.
- Medina, et al.** (2007). Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 36(4).
- Moorhead, S., et al.** (2014). Clasificación de resultados enfermería (NOC), 5ª ed. Madrid: Elsevier.
- Morris, et al.** (2006). Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatr Serv*, 57(7): 1035-8.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L.** (2003). Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: The Guildford Press.
- Mueser, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L.F., et al.** (2013). A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders. *Schizophr Bull*, 39(3): 658-72.
- NANDA International** (2015). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier.
- National Institutes of Health** (1998). Drinking in the United States: main findings from the 1992 National longitudinal alcohol epidemiologic survey (NLAES).
- National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)** (2012). <https://nsduhweb.rti.org>.
- NIDA** (2010). Research Report Series. Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses.
- Ochoa, E., et al.** (2010). Comorbilidad psiquiátrica y adicciones. En: Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Valencia: Socidrogalcohol.
- Ohlmeier, M., et al.** (2009). Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *RET, Revista de Toxicomanías*, 58.
- OMS** (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Pascual, F., et al.** (2013). Alcoholismo. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL Basadas en la evidencia científica. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pedrero Pérez, E., Ruiz Sánchez de León, J.M.** (2014). Los trastornos psicopatológicos y el dilema del diagnóstico. *Neuropsicología de la Adicción*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Pereiro, C., editor** (2010). Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pereiro, C.** (2013). Psicosis y adicciones. Asociación Gallega de Psiquiatría. A Coruña.
- Perkin, G.D., Dunitz, M.** (2002). *Neurology in General Practice*. Copenhagen: Lundbeck Institute.
- PINUCD** (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, UNODC) (2000). Demand reduction: a glossary of terms. Nueva York: Naciones Unidas.
- Ponizovskiy, P.A., Gofman, A.G.** (2015). Depression in alcohol addicted patients. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 115(7): 146-50.
- Priester, M.A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., Seay, K.D.** (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *J Subst Abuse Treat*, 61: 47-59.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., et al.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19): 2511-18.
- Salyers, M.P., Tsemberis, S.** (2007). ACT and Recovery: Integrating Evidence-Bases Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Ment Health J*, 43(6): 619-41.

- Sanchez-Pena, J.F., Álvarez-Cotoli, P., Rodríguez-Solano, J.J.** (2012). Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(3): 129-35.
- Segarra, R.** (2013). *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Serzman, N.** (2010). *Patología Dual. Protocolos de Intervención. Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed.
- Simon, N., et al.** (2015). Negative symptoms in schizophrenia and substance-related disorders. *Encephale*, 41(1): 627-31.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)** (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42*. HHS Publication No. (SMA) 13-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tiet, Q., Mausbach, B.** (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 31(4): 513-536.
- Tolliver, B.K., Anton, R.F.** (2015). Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(2): 181-90.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.I., Domingo-Salvany, A.** (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. *EMCDDA*.
- Treatment Improvement Protocol (TIP)** (2012). Series, No. 42. HHS Publication No. (SMA) 13-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Vallersnes et al.** (2016). Psychosis associated with acute recreational drug toxicity: a European case series. *BMC Psychiatry*, 18(16):293.
- Van de Giessen, E., et al.** (2016). Deficits in striatal dopamine release in cannabis dependence. *Mol Psychiatry*, 22.
- Venable et al.** (2003). Smoking Among Psychiatric Outpatients: Relationship to Substance Use, Diagnosis, and Illness. *Severity Psychol Addict Behav*, 17(4): 259-265.
- Verdeux et al.** (1996). Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders. *Encephale*, 22(2): 95-101.
- Vesstraete, A.G.** (2008). *Der Drug Monit*, 26(2).
- Vijayakumar, L., Kumar, M.S., Vijayakumar, V.** (2011). Substance use and suicide. *Curr Opin Psychiatry*, 24(3): 197-202.
- WHO** (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Ginebra: OMS.
- Wilcox, H.C., Conner, K.R., Caine, E.D.** (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. See comment in PubMed Commons below *Drug Alcohol Depend*, 77(6): 11-19.
- Wilens, T.E.** (2014). Attention-deficit/ hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clin North A*, 27.
- Wilson, S., Nutt, D.** (2008). *Sleep Disorders*. Oxford University Press.
- Yatham, L.N., Malhi, G.S.** (2011). *Bipolar Disorder*. Oxford Psychiatric Library.

Índice de gráficos

Gráfico 1. Desarrollo de la conducta adictiva	14
Gráfico 2. Repercusiones del no tratamiento del paciente con diagnóstico dual	56
Gráfico 3. Modelo de cuidado escalonado. Cuadrantes de atención	61

Índice de tablas (y Dominios)

Tabla 1. Modelos de comorbilidad entre TUS+TM	15
Tabla 2. Trastorno Mental vs TUS	18
Tabla 3. TUS vs Trastorno Mental	18
Tabla 4. Prevalencias derivadas del estudio NERSAC	19
Tabla 5. Prevalencias del estudio NCSR	19
Tabla 6. Frecuencia de la incidencia de los trastornos por dependencia del alcohol	20
Tabla 7. Individuos con trastornos dependientes del alcohol	20
Tabla 8. Prevalencia del consumo de drogas en 96 pacientes con psicosis	32
Tabla 9. Incidencia de suicidios en individuos con TUS	42
Tabla 10. Efectos del consumo de sustancias	43
Tabla 11. Criterios CIE-10 (OMS, 2008)	47
Tabla 12. Códigos CIE de cuadros clínicos por consumo de sustancias	48
Tabla 13. Pautas para la entrevista diagnóstica	49
Tabla 14. Detección de metabolitos de drogas en la orina	50
Tabla 15. Test de detección del alcohol	51
Tabla 16. Instrumentos de ayuda diagnóstica: gravedad y perfil de la adicción ...	51
Tabla 17. Instrumentos de evaluación de la gravedad de la dependencia de alcohol	52
Tabla 18. Principales instrumentos de evaluación del consumo de sustancias	53
Tabla 19. Implicaciones sintomatológicas y terapéuticas por consumo de sustancias	55
Tabla 20. Elementos y recursos terapéuticos en el tratamiento integrado	63
Dominio 1. Promoción de la salud	68
Dominio 2. Nutrición	69
Dominio 3. Eliminación e intercambio	69
Dominio 4. Actividad-reposo	69
Dominio 5. Percepción-cognición	69
Dominio 6. Auto percepción	70
Dominio 7. Rol relaciones	70
Dominio 8. Sexualidad	70
Dominio 9. Afrontamiento-tolerancia al estrés	70
Dominio 10. Principios vitales	71
Dominio 11. Seguridad-protección	71
Dominio 12. Confort	71

- ADHD, Attention deficit hyperactivity disorder
- AP, antipsicóticos
- APA, American Psychological Association
- APO, Alcohol Problems Questionnaire
- ASI, Addiction Severity Index
- AUDADIS, Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule
- AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test
- AUDIT-C
- AUDIT-4
- BTSAS, Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness
- CAARS, Conners' Adult ADHD Rating Scales
- CAGE, test para detectar posibles problemas de alcohol (acrónimo de Cut-Annoyed-Guilty-Eye)
- CAST, Cannabis Abuse Screening Test
- CATIE, Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness
- CBA, Cuestionario Breve para Alcohólicos
- CCQ-G, Cocaine Craving Questionnaire-General
- CD, centro de día
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention (HHS)
- CDT, transferrina deficiente en carbohidratos
- CIDI, Composite International Diagnostic Interview
- CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS)
- CIE9 (OMS 1977)
- CIE10 (OMS 2008)
- CSSA, Cocaine Selective Severity Assessment
- CSM, Centro de Salud Mental
- DDSI, Dual Diagnosis Screening Instrument
- DHHS, Department of Health and Human Services [EE.UU.]
- DMO, disorder mood obsession
- DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA)
- DSM-IV
- DSM5 (APA 2014)
- EADD, escala de Attention Deficit Disorder
- ECA, Epidemiologic Catchment Area
- EDADES, Encuesta sobre alcohol y drogas en España (Plan Nacional sobre Drogas)
- EIDA, escala de intensidad de dependencia del alcohol
- EM, entrevista motivacional
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- ESTUDES, Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Plan Nacional sobre Drogas)
- F10-F19, criterios diagnósticos de trastornos mentales según CIE10
- GABA, ácido gamma amino butírico
- GGT, gamma glutamil transpeptidasa
- GHB, ácido gamma-hidroxitútrico (éxtasis líquido)
- GOT, glutámico oxalacética sérica (enzima AST)
- HHS, United States Department of Health and Human Services
- ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
- IMC, índice de masa corporal
- ISCA, Interrogatorio Sistemático de Consumos Alcohólicos
- JAMA, Journal of the American Medical Association
- LEAD, acrónimo de estándar diagnóstico: L-longitudinal assessment; E-expert diagnosticians; AD-using all data about the subjects (SCID)
- LSD, dietilamida del ácido lisérgico
- MALT, Munchner Alcoholism Test
- MDMA, metilendioximetanfetamina o éxtasis

- MINI, Mini International
Neuropsychiatric Interview
- NANDA, North American Nursing
Diagnosis Association
- NCS, National Comorbidity Survey
- NCSR, National Comorbidity
Survey Replication
- NERSAC, National Epidemiologic Survey
on Alcohol and Related Conditions
- NIC, Nursing Interventions Classification
- NIDA, National Institute on Drug Abuse
- NIH, National Institutes of Health
(U.S. Department of Health
and Human Services)
- NOC, Nursing Outcomes Classification
- NSDUH, National Survey on
Drug Use and Health
- OCD, Obsessive-Compulsive Disorder
- OMS, Organización Mundial de la Salud
- ONUDD, Oficina de las Naciones
Unidas contra la Droga y el Delito
- OR, odds ratio
- OTM, otros trastornos mentales
- PAE, Proceso de Atención de Enfermería
- PCP, fenciclidina
- PDQ, Personality disorder questionnaire
- PINUCD, United Nations Office for Drug
Control and Crime Prevention
- PRISM, Psychiatric Research Interview
for Substance and Mental Disorders
- REM, fase, Rapid Eye Movement
- SADQ, Severity of Alcohol
Dependence Questionnaire
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental
Health Services Administration
- SAPS, Simplified Acute Physiologic Score
- SCID, Structured Clinical
Interview for DSM-IV
- SCL-90-R, Symptom CheckList-90-R
- SDS, Severity of Dependency Scale
- SEPD, Sociedad Española de Patología Dual
- SMAST, Short Michigan
Alcohol Screening Test
- SMR, standardized mortality ratios
- SOWS, Short Opiate Withdrawal Scale
- T-ASI, Teen Addiction Severity Index
- TB, trastorno bipolar
- TCC, terapia cognitivo-conductual
- TD, trastorno dual
- TDAAH, Trastorno Déficit Atención
con Hiperactividad
- TEPT, Trastorno por estrés postraumático
- TLP, trastorno límite, *borderline* o
de inestabilidad emocional
- TM, trastorno mental
- TMG, trastorno mental grave
- TUS, trastorno por uso de sustancias
- UBE, unidades de bebida estándar
- VCM, volumen corpuscular medio
- VIH, virus de la inmunodeficiencia humana

Guías clínicas socioalcohol tus+tm



0. Concepto, epidemiología y diagnóstico.
Marco general de tratamiento
F. PASCUAL, J. J. FERNÁNDEZ, S. DÍAZ, C. SALA
1. Alcohol
M. BALLCELS, G. FLÓREZ
2. Cannabis
F. ARIAS, M. BALCELLS
3. Cocaína y otros estimulantes
E. OCHOA, P. SEIJO
4. Opiáceos
J. J. FERNÁNDEZ, T. ORENGO
5. Ansiolíticos
J. GUARDIA, G. FLÓREZ
6. Otras sustancias
B. CLIMENT, F. ARIAS
7. Adicciones comportamentales
S. FERNÁNDEZ, M. CORTÉS
8. Resumen de intervenciones farmacológicas.
Vademecum. Árboles de decisiones lógicas
F. ARIAS, J. J. FERNÁNDEZ, G. FLÓREZ, E. OCHOA
M. CORTÉS, S. FERNÁNDEZ

Colaboran:

