



***Introducción a la detección y
manejo de comorbilidades
psíquicas y físicas***

**XXI SEMINARIO IBEROAMERICANO SOBRE DROGAS Y COOPERACIÓN
“La intervención en drogas desde la ética, la calidad y el rigor
metodológico”**

Montevideo, 2019



COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN TRASTORNOS ADICTIVOS

Juan José Fernández Miranda

JD Socidrogalcohol

AGC Salud Mental-V. S^o Salud de Asturias-SESPA

Instituto de Investigaciones Sanitarias de Asturias-ISPA



Comorbilidad TUS+OTM
Aclarando algunas cosas...

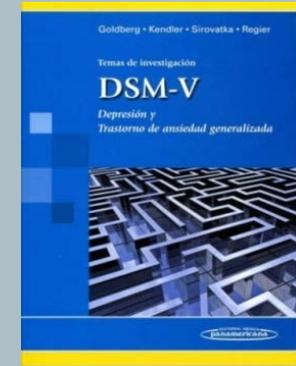
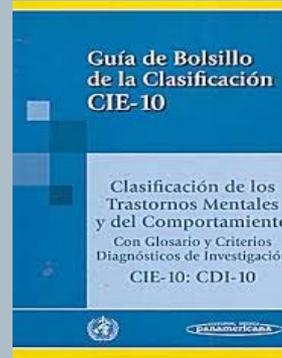
El término "comorbilidad" se refiere a enfermedades, dcos. o trastornos que se añaden a otros. Implica interacciones entre las enfermedades que afectan el curso y el pronóstico de ambas.



La OMS (1995) define comorbilidad o dco. dual como la coexistencia de un trastorno por consumo de una sustancia y de otro trastorno mental.

Y la ONU(2000).

Y la APA (2017)...



Desde hace años se ha extendido el término "patología dual" para referirse a la comorbilidad psiquiátrica con TUS, aunque no representa por sí misma una entidad nosológica, ya que no es reconocida como tal por las clasificaciones internacionales.

En los países de habla inglesa prefieren denominarlo "trastornos concurrentes"

La coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental es foco de atención desde la salud pública, ya que su **prevalencia** es importante.

Las personas con trastornos mentales están en mayor **riesgo** de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias y las personas con trastornos por abuso de sustancias están en mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental.

Odds Ratio para ambos: aprox. 4

Las personas con adicción y otro trastorno mental presentan mayor **gravedad** psicopatológica y psicosocial, mas difícil tratamiento y peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de ellos no es diagnosticado y tratado.

Dx duales, como depresión+alcoholismo, tienen elevado riesgo de **suicidio**.

20 años no es nada....¿O sí?

Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MIRANDA⁽¹⁾, EDUARDO GUTIÉRREZ CIENFUEGOS⁽²⁾,

ORIGINAL

Influencia de los trastornos psiquiátricos en la efectividad de un programa de mantenimiento prolongado con metadona

FERNÁNDEZ MIRANDA, J. J.*; GONZÁLEZ GARCÍA-PORTILLA, M. P**; SÁIZ MARTÍNEZ, P. A.**; GUTIÉRREZ CIENFUEGOS, E.*** y BOBES GARCÍA, J.**

Un problema relevante es la duplicidad de sistemas de salud organizados tradicionalmente en dos redes de asistencia paralelas, salud mental y adicciones

➤ *El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2015): en la mayoría de países de la UE están separados los sistemas de salud mental y adicciones, lo que representa una de las principales barreras para ofrecer un tto integral .*

➤ La efectividad de los programas e intervenciones para tratar esta comorbilidad de una manera específica no esta firmemente avalada. Pero es claro que los tratamientos que reducen los síntomas psiquiátricos también funcionan en pacientes con dco. dual y lo mismo para tratamientos que reducen el abuso de sustancias.

Por ello, tanto diagnosticar como ofrecer tratamiento adecuado a estas personas sigue siendo un reto importante para cualquier sistema sanitario

Epidemiología

Estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area, 1990): los sujetos dependientes de sustancias presentan un riesgo **4 veces** mayor de padecer otro trastorno mental asociado, y las personas con una enfermedad mental tiene **4,5 veces** más riesgo de padecer una dependencia.

El National Survey of Mental Health and Well Being australiano (2002): el **36,5%** de los que presentaban un trastorno por uso de alcohol presentaban otro trastorno psiquiátrico asociado, siendo el más frecuente la depresión.

El NSDUH (2012) encontró TUS en personas con trastorno mental grave en el **33,3%**.

El CATIE (2011) muestra que más del **60%** de personas con **esquizofrenia** consumían alguna droga.

El National Comorbidity Survey Replication (NCSR, 2005), encuentra también que el entre los pacientes dependientes del alcohol, el **37%** sufre otras alteraciones psiquiátricas. El THC es la sustancia de abuso que más ha aumentado su incidencia entre los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).

The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC2002, 2005) señala que los trastornos más frecuentemente encontrados fueron por uso de alcohol, los trastornos por estrés postraumático y la depresión mayor.

El estudio Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe (EMCDDA, 2015) reconoce que la relación entre el TUS y los otros trastornos mentales representan dificultades a la hora de establecer relaciones entre ambos problemas.

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



Se estima que un tercio de las personas en población general que tienen TUS tienen OTM, cifra que es mayor en las personas que se encuentran en tto de su adicción.

En los S^o S Mental un 30-50% de pacientes presentan además TUS.

En la UE (EMCDDA, 2015), hasta un 50% de usuarios drogas tiene patología mental.

Y se apunta que hasta un 80% de las personas con esquizofrenia, el 60% con bipolaridad, el 70% con TP grave y cerca del 30% con trastornos ansiosos, depresivos y TDAH sufren de TUS.

En la U E el dco. concurrente más común entre los consumidores de drogas es el TP (50-90%), seguido de T afectivos (20-60%) y de T psicóticos (20%). Entre el 10-50% de presentan >1 TM concurrente.

Riesgo para trastornos por uso de sustancias según trastorno mental



TRASTORNOS	%	OR
T. DEPRESIVOS	27%	1,9
T. BIPOLARES	60%	7,9
ESQUIZOFRENIA	47%	4,6
TPA	83%	29,6
T. ANSIEDAD	23%	1,7
T. FÓBICOS	23%	1,6

Datos procedentes del estudio ECA (Regier et al. 1990)

¿Qué significan estas diferencias epidemiológicas?

✓ *Son debidas a dificultades diagnósticas y metodológicas*

✓ Las prevalencias están condicionadas por el lugar y población donde se han estudiado (poblaciones grls. vs clínicas, tipo de dispositivo, etc), método dco. y el tipo de dco. comórbido (incluir tabaquismo, TM “menores”, etc.) por lo que no son generalizables.

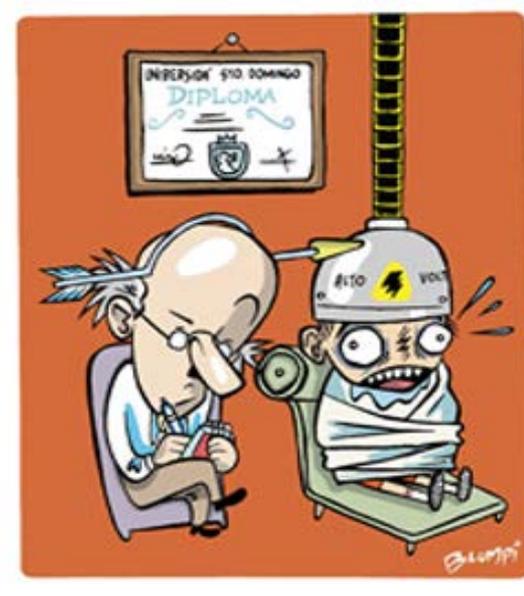
✓ Cada nivel sirve de filtro y la comorbilidad ↑ conforme se especializa la atención.

✓ Los principales datos epidemiológicos históricos provienen de grandes estudios realizados en población general.

✓ En estudios en poblaciones clínicas con psicopatología grave las prevalencias de TUS encontradas oscilan entre el 35-55%.

✓ **Los amplios rangos de prevalencias evidencian la dificultad de conocer con precisión el problema**

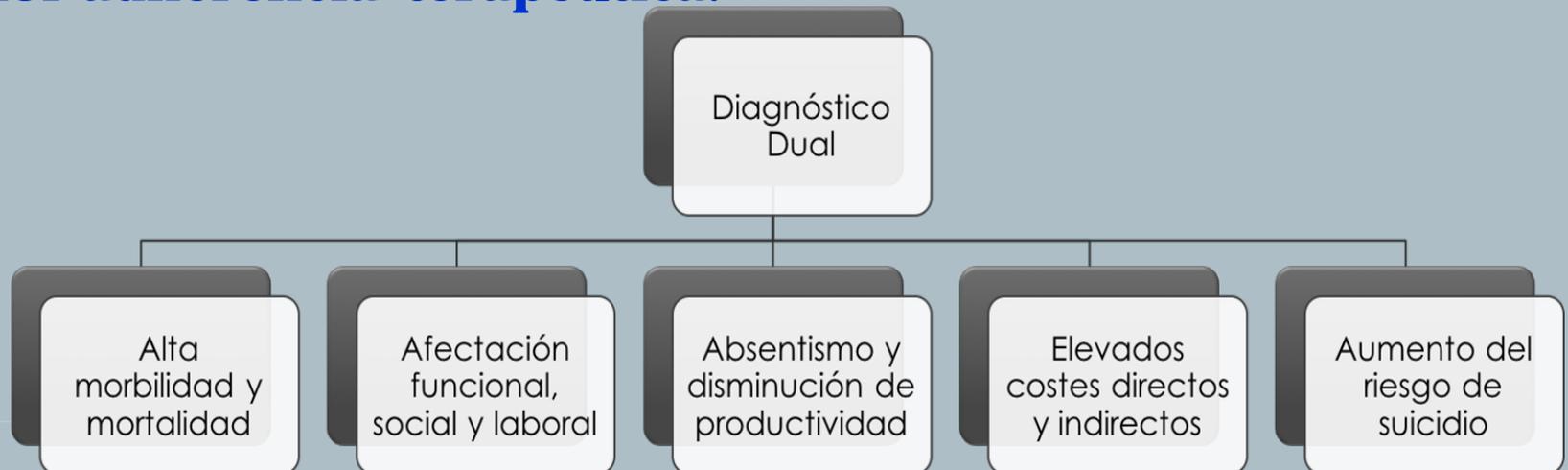
Perfil paciente TUS+TMG



- ❑ **Hombre, joven, peor nivel sociocultural**
- ❑ **Impulsividad, búsqueda de sensaciones y policonsumo**
- ❑ **Mayor tasa de conductas violentas y ↑ complicaciones legales.**
- ❑ **Mayor tasa de comorbilidades somáticas (hepatitis, VIH...) por ↑ conductas de riesgo.**
- ❑ **Peor funcionamiento social y marginación: doble estigma**
- ❑ **Mayor desajuste familiar: maltrato, falta de contención.**
- ❑ **Inestabilidad residencial, incluso “sin techo”.**
- ❑ **Dificultades laborales y para autonomía en vida diaria.**

Implicaciones pronósticas

- ❑ **Deficitario acceso a red asistencial**
- ❑ **1ª hospitalización a edad + temprana**
- ❑ **Mayor sintomatología positiva y afectiva, con mayor riesgo de conducta autolítica consumada. Menor sintomatología negativa**
- ❑ **Recaídas: ↑ nº y duración, hospitalización + frecuente y de > duración, ↑ urgencias.**
- ❑ **Menor adherencia terapéutica.**



MARGINACIÓN SOCIAL y ↑ COSTES

Sustancia

Implicaciones terapéuticas sintomatológicas

**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 uso incremente riesgo SEP.

Alcohol

Más conductas hostiles y amenazadoras, y más conductas suicidas.

Peor evolución, con más recaídas e incumplimiento terapéutico, además de + enf. físicas, aunque menos efectos extrapiramidales.

**Cafeína y
Tabaco**

Los fumadores de tabaco y los consumidores de cafeína pueden requerir mayores dosis de AP (tabaco x incrementar su metabolismo).

El tabaco mejora función cognitiva en eqz y la inducida por AP.

Hipótesis etiológicas

¿Jazz con 'feeling' de blues...



o blues con 'feeling' de jazz?

Modelo unitario (“Patología dual”)

**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 droga

**Abuso de sustancias \longrightarrow cambios neuroadaptativos \longrightarrow trastorno psiquiátrico
¿Previa vulnerabilidad?**

Modelo de consumo de drogas secundario a una alteración psiquiátrica (“Automedicación”)

**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.
No explica la epidemiología salvo por azar...**

Diagnóstico



En todas las personas que acuden para tratamiento de un trastorno por uso de sustancias debe descartarse un trastorno mental concurrente.

En todas las que inician tratamiento por un trastorno mental debe explorarse la existencia de un trastorno por uso de sustancias concomitante.

- **Se recomienda una anamnesis detallada, la utilización de entrevistas semiestructuradas y el uso de marcadores biológicos, y evitar que estas personas queden sin diagnóstico y sin tratamiento.**
- **Existe una importante diferencia entre la elevada prevalencia de estos trastornos comórbidos y la escasa detección de casos en la práctica clínica.**

Screening

Siglas	Denominación	Detección de
CAGE	Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feelings, Eyeopeners	Alcoholismo
CBA	Cuestionario Breve para Alcohólicos	Alcoholismo
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test	Alcoholismo
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test	Alcoholismo
GHQ	General Health Questionnaire (Cuestionario de Salud General)	Trastorno psíquico
SCL-90	Symptom Check List	Medida multidimensional de

Problemas relacionados con el consumo

Siglas	Denominación	Evalúa
ASI	Addiction Severity Index	Severidad de la adicción en seis áreas
EuropASI	Versión Europea del ASI	
OTI	Opiate Treatment Index	Afectación del consumo en diversas áreas de la vida
MAP	Maudsley Addiction Profile	
	Severity of Dependence Scale adaptada al cannabis	Adaptada por el PNSD
SOGS	South Oaks Gambling Screen	juego patológico

- Test: Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)

- Escalas:

- Severity of Dependence Scale (SDS)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- State Trait Anxiety Inventory (STAI)

- Inventarios:

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)

- Cuestionario:

- Cuestionario de Temperamento y Carácter de Cloninger TCI-R

- **SCID, PRISM, MINI**

- **ASI, AUDIT, EIDA**

- **PANSS, BPRS**

- **ReSUS (Reasons for substance use in schizophrenia)**

Entrevistas Estructuradas y Semi-estructuradas

Ejemplos:

- Addiction Severity Index (ASI)
- Personality Disorders Examination (PDE)
- Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)
- Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)
- Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)

Evaluar

- El consumo de sustancias tras haberlo hecho en otras áreas (historia vital, funcionamiento), sin prejuizar.
- Las posibles razones 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 de forma a 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

Dx. diferencial trastorno 1º/inducido



	T primario	T inducido
Edad inicio	+ tardía	precoz
AP psiquiátricos	si	no
AF psiquiátricos	si	no (sí: adicción)
Persiste tras abstinencia	si	no
Curso recurrente	si	no
Ss. característicos	si	atípicos
Ss. no típicos droga	no	si
Estructura familiar	mejor	peor

Dx. diferencial trastorno 1º/inducido



- **Criterios fundamentales: secuencia temporal y persistencia de ss.**
- **Efectos de la sustancia consumida (= a los ss del trno. evaluado?)**
- **Intentar periodo libre drogas suficiente**
- **Tener en cuenta edad aparición de cada trno.**
- **Psicosis 1ª: + nº ss. psicopatológicos**
- **TP y fobias preceden TUS**
T afectivos y psicóticos pueden preceder o ser posteriores

Valor pronóstico de distinción 1º/inducido



• ***No siempre tiene un valor predictivo***

• **Un elevado % de pacientes diagnosticados inicialmente de ttrno. inducido pasa a ser tener dco. de Eqz o TB...**

• **Canton et al (2007) encuentran que un 25% de las psicosis inducidas pasan a primarias al año.**

• **En un seguimiento (2014) a largo plazo de PEP “inducidos”, a los 5 años mas de la tercera parte tenían dco. de eqz. o TB.**

EN LA ANTERIOR SESIÓN ME DIJO
QUE SUS PADRES ERAN AVA GARDNER
Y ALBERT EINSTEIN Y HOY DICE QUE
FUERON ZSA ZSA GABOR Y EL FARY
¿ EN QUE QUEDAMOS ?

EN QUE UD. ME COBRA A 7.000
LA HORA, PERO SE LAS VA
A CURRAR

Tratamiento



Dificultades en el tto del dco. dual



- **Falta conciencia enfermedad (de la adicción y del OTM)**
- **Escasa motivación**
- **No reconocimiento de la droga como precipitante del OTM, continuando su uso**
- **Falta de adherencia tto, especialmente farmacológico**
- **Ef 2º psicofármacos: mayor intolerancia**
- **Precariedad y falta de apoyo sociofamiliar**

- **Mayor gravedad del trastorno mental y del TUS**
- **Mayor número de recaídas**
- **Peor funcionamiento global**
- **Pacientes difíciles de manejar**



- **El tto ha de ser individualizado, teniendo en cuenta los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente, y con intervenciones terapéuticas más intensivas, siendo el apoyo sociofamiliar fundamental.**
- **La remisión clínica, la recuperación del funcionamiento psicosocial previo y la satisfactoria calidad de vida son los principales objetivos terapéuticos.**
- **Como el curso puede ser crónico exige múltiples recursos rehabilitadores.**

Tratamiento: modalidades



• Secuencial:

Tto primero en una de las redes (Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente en otra. El orden de los ttos depende de distintas variables: preferencia del clínico, magnitud de los ttrnos, primacía en tiempo o causalidad, etc.



• Paralelo:

Tto simultáneo en redes de S M y de drogodependencias.

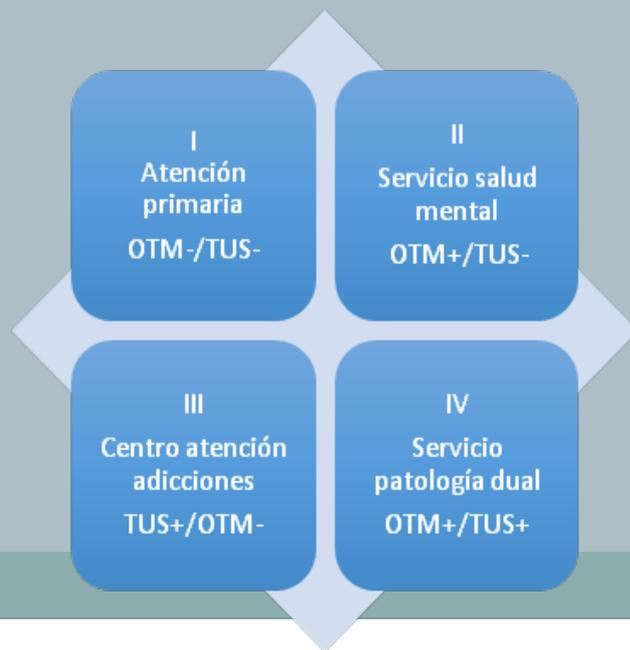
Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes de ambas redes, aunque con coincidencia en el tiempo. Sin embargo, el grado de coordinación entre ambos ttos es variable y muchas veces insuficiente.

• Matricial:

Propone un abordaje en un mismo momento y en un mismo dispositivo asistencial (dd o sm) por profesionales vinculados a ambos dispositivos. Profesionales de s m son invitados a dispositivos de dd y viceversa, estableciendo redes de conexión y un único plan terapéutico.

• De cuidado escalonado:

Se recibe tratamiento de diversa intensidad de acuerdo a la gravedad particular. Es el modelo de los “Cuadrantes de atención”:



***OTM-* significa OTM menos grave;**

***OTM+* significa OTM más grave**

***TUS-* significa TUS menos grave**

***TUS+* significa TUS más grave**

- **Integrado:**



Combina recursos terapéuticos de la red de SM y de la de Dd en un programa de tto unificado. Idealmente, este tipo de tto se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos

Aunque los estudios no evalúan largos periodos de tiempo, la mayoría de profesionales se muestran partidarios de este abordaje.





Tratamiento integrado: evaluación

Aunque existe poca investigación para determinar que modelo de tto puede ser el más adecuado, los ttos integrados se asocian a resultados + en:

reducción de consumo, mejoría de ss psiquiátricos y funcionamiento gral, ↓ de hospitalizaciones y problemas legales, mayor adherencia al tto y mejora de calidad de vida.

- Durrell et al (1993) estudiaron un modelo de tto integral. En los 2/3 que utilizaron adecuadamente los dispositivos comunitarios el 75% redujo el consumo de drogas.
- El programa de Apoyo Comunitario desarrollado por el NIMH incluía 13 estudios. Todos los programas fueron exitosos en retención en tto, llevando parejo la ↓ de ingresos hospitalarios y ligera disminución en el consumo de sustancias.
- En el estudio de Drake et al. (1998) se incluyó a 172 indigentes con TUS y OTM en diferentes modalidades de tto, mostrando mejoría superior al grupo control.
- Ttos intensivos con objetivo abstinencia: los resultados no se mantienen tras el tto.
- Programas Apoyo Comunitario: pueden integrarse en Sº S Mental y retener + a los ptes, aunque con mejorías modestas a 12-18 m

- ✓ **Los programas integrados consiguen mejorías clínicas y reducción del consumo. Solo existe moderado apoyo empírico de su efectividad** (*Johnson, 2001; Cleary, 2008*)



✓ Sin embargo, una revisión sobre los ttos de pacientes con dco dual (59 estudios, 36 ECA) (*Tiet y Mansbach, 2007*):

- los ttos psiquiátricos y psicológicos son eficaces en estos pacientes
- los ttos para ↓ el uso de dr también lo disminuyen en ellos
- la eficacia de los ttos integrados permanece poco clara

Grado de recomendación C

El tratamiento integrado para la comorbilidad en adicciones es el más adecuado, ya que facilita la adherencia, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas.

Tratamiento integrado



Recursos terapéuticos necesarios

- Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.
- Hospitalización parcial con seguimiento intensivo (seguimiento ambulatorio: contención insuficiente).
- Cobertura psicofarmacológica, información y discusión con el paciente y los familiares.
- Técnicas c-c (HHSS, Resol. Problemas...).
- Grupos de prevención de recaídas. Grupos psicoeducativos.
- Equipo multidisciplinar especializado en salud mental y adicciones.
- Coordinación con otros dispositivos sociosanitarios

Promoción de:

- *adherencia al tto.*
- *motivación para el cambio*
- *actividades ocupacionales y formativo-laborales*
- *funcionamiento interpersonal*

Elementos para un tto. integrado



1. Establecimiento de alianza terapéutica.
2. Supervisión intensiva del estado clínico.
3. Tto rápido de intoxicación, abstinencia y descompensación psicopatológica.
4. Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado.
5. Prevención de las recaídas.
6. Educación sanitaria individual/familiar. Psicoeducación.
7. Reducción de comorbilidad somática y secuelas del TUS.
8. Integración de las intervenciones realizadas: coordinación con otros profesionales y organizaciones.
9. Baja exigencia. Consideración de reducción de daños.
10. Aseguramiento de necesidades básicas.

El modelo de gestión de casos



Los programas de atención comunitaria deben ayudar al paciente con TD a adquirir los recursos que necesita y a elaborar estrategias de afrontamiento. La atención la realiza un equipo multidisciplinar.

La prioridad en las intervenciones está en prestar soporte a la vida diaria.

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 pacientes duales graves.

El papel del tutor, agente o “case manager” es valorar las necesidades, desarrollar un plan de cuidados, conectar al paciente con los servicios para la atención que necesita, supervisar la atención recibida, mantener el contacto y asesorarle.

Tratamiento farmacológico



**No hay ECAs en pacientes duales, son grlmnte.
excluidos**

“Uso racional” fármacos en TUS+TMG

- 1º. Adherencia:

“El mejor tto que existe...es aquel que se hace”

- 2º Eficacia/Efectividad

Dosis en pacientes “complejos”

- 3º Seguridad/tolerabilidad

Ef. 2º escasos y leves; mínimas interacciones

- 4º Comodidad (Tratamiento “crónico”)

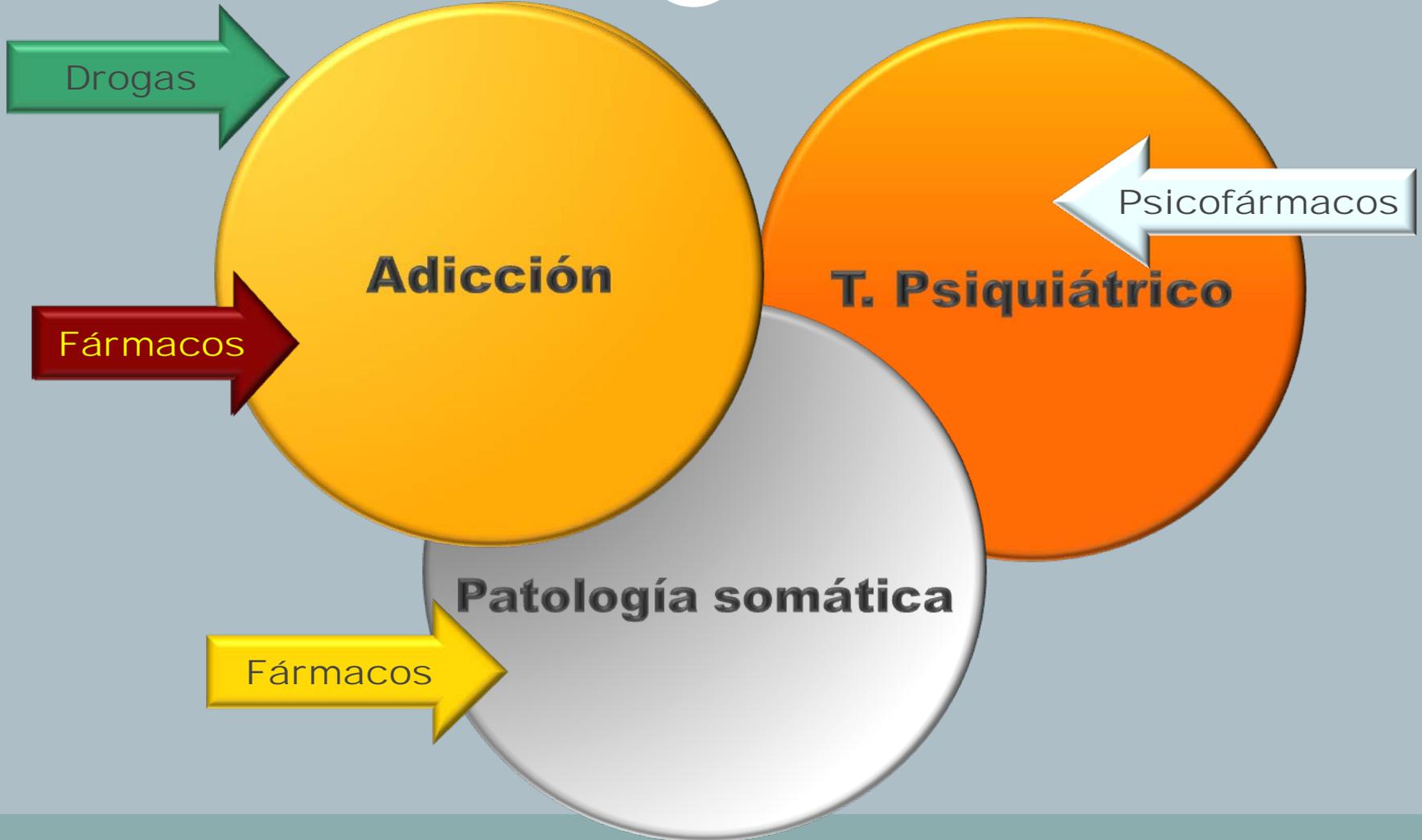
Posología sencilla

- COSTE/EFFECTIVIDAD -

El tto. farmacológico es similar al que se realiza en los pacientes con TM sin TUS

- Se debe tener en cuenta la mayor sensibilidad a ef 2º que presentan estos pacientes, las interacciones entre los fármacos y las drogas usadas, y el elevado incumplimiento
- Se deben utilizar preferentemente fármacos muy tolerables y que no ↑ o incluso puedan ↓ el *craving*
- Para mejorar cumplimiento se recomiendan las posologías mas sencillas, monodosis o ILD si hubiese.

Interacciones farmacológicas



El tto farmacológico de la adicción en pacientes duales seguirá pautas habituales, teniendo en cuenta:



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

**El tto de los ttrnos psiquiátricos asociados a una adicción es semejante al realizado sin uso de sustancias.
En principio, no está contraindicado ningún psicofármaco.**

Trastornos afectivos y ansiosos

- Los ISRS son de elección debido a su perfil de acción y relativa tolerabilidad. También los antidepresivos “duales” (venlafaxina, duluxetina) son fármacos de elección, por bajo potencial de abuso, escasas interacciones y bajo riesgo de sobredosis.
- Por ciclación rápida, preferible valproato u otros anticomiciales a litio enTB
- Evitar BZD por riesgo dependencia

Trastornos psicóticos

- Dado que los psicóticos con trastorno dual presentan mayor sensibilidad a SEP, y además, pueden necesitar dosis de AP mas altas se utilizan de primera elección los antipsicóticos atípicos o de 2ª generación, cuyo perfil de ef secundarios es más favorable y por su posible utilidad en disminuir el consumo.
- La clozapina es el AP con mayor evidencia para disminuir síntomas psicóticos y consumo, aunque sus ef adversos, sus controles hematológicos y sus interacciones la hacen de mas difícil manejo.

Tratamiento psicológico



Los ttos psicosociales son componentes esenciales del abordaje integral de TUS+OTM



- Las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas (intervenciones motivacionales) facilitan ↓ de consumo y la mejoría de ss psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas (personas sin hogar, inyectores activos).
- La combinación de Entrevista Motivacional (EM), terapia cognitivo-conductual (TCC) e intervenciones familiares mejora evolución pacientes con TMG+TUS.
- La EM ha sido adaptada al tto de eqz+OH con mejores resultados comparados con psicoeducación: ↓uso OH
- 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 EM, TCC e intervenciones familiares mejora evolución de pacientes con OTM grave y TUS.**
- **La EM ha mostrado mejores resultados comparados con psicoeducación.**
- **Programas de contingencias como el BTSAS han mostrado utilidad.**
- **La Terapia Motivacional Transicional es una actuación semiestructurada que integra el método FRAMES (feed-back, responsabilidad, consejo, menú, empatía y autoeficacia) con los modelos de Prevención de recaídas y Terapia de recuperación.**
- **La Terapia Personal es una intervención individual que combina psicoeducación, terapia de apoyo, entrenamiento en afrontamiento de estrés emocional, TCC, hh de comunicación, resolución de problemas y terapia ocupacional.**

Objetivo abstinencia o reducción de daños



- En personas con TMG, y aunque pequeños consumos pueden ser problemáticos y motivar exacerbaciones clínicas o abandonos de tto, se requiere ser flexible en los objetivos de tto.
- Ofrecer diversos objetivos según necesidades del pte. en el continuo de la dependencia (abstinencia o reducción del consumo) y el OTM mejora el compromiso con el tto y sus resultados
- Cualquier cambio en la forma, frecuencia o cantidad de consumo es un cambio positivo

El concepto de reducción del consumo/daño permite tratar a personas que de otra manera no se habrían planteado ayuda

Conclusiones



I
II
III
IV
V



VI
VII
VIII
IX
X



- ✓ Se debe prestar especial importancia a la coexistencia de trastorno mental y un TUS o viceversa.***
- ✓ Hay que facilitar el diagnóstico y abordaje terapéutico, y garantizar la equidad en el acceso a los recursos, asegurando la continuidad de cuidados.***
- ✓ Ha de existir una integración plena y normalizada en el sistema de salud. Y estar coordinada con dispositivos de apoyo social.***
- ✓ Las intervenciones deben favorecer la inclusión social y no la cronicidad o la estigmatización.***
- ✓ Ha de garantizarse una atención de calidad centrada en la rehabilitación de la persona, y lograr su mayor capacidad funcional y mejor calidad de vida.***



- ✓ ***Un programa de tto eficaz debe facilitar el acceso rápido.***
- ✓ ***Debe ofrecer medicaciones e intervenciones psicológicas mostradamente efectivas y que favorezcan la adherencia al tto.***
- ✓ ***Tiene que considerar entre los objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.***

Los equipos multidisciplinares constituyen la base de la atención a pacientes con dco dual. Los profesionales deben estar capacitados para tratar tanto TUS como TMG.

Ofrecer un tto a cualquier paciente con TMG y TUS debería ser algo habitual, es un derecho.



**Se acabó,
podéis despertaros...**