

**FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
EN MATERIA DE SALUD MENTAL**

MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

3

**MÓDULO 3. ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA Y
DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.
ESQUIZOFRENIA Y OTROS T. PSICÓTICOS. T. DEL ÁNIMO**

Financiado por:

Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 3

ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA Y DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. ESQUIZOFRENIA Y OTROS T. PSICÓTICOS. T. DEL ÁNIMO

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN MATERIA DE SALUD MENTAL. MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES



MÓDULO 3.

ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA Y DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. ESQUIZOFRENIA Y OTROS T. PSICÓTICOS. T. DEL ÁNIMO

TABLA DE CONTENIDO

Esquizofrenia y otros T. psicóticos.	6
1. Repercusiones en las manifestaciones clínicas y el curso evolutivo	6
2. Implicaciones diagnósticas y terapéuticas.	8
3. Elementos y principios del tratamiento	9
4. Recursos terapéuticos	10
4.1. Intervenciones farmacológicas	10
4.2. Intervenciones psicosociales	16
Trastornos del ánimo	17
1. Manifestaciones clínicas de la depresión en pacientes con TUS. Diagnóstico diferencial y factores de riesgo.	18
2. Tratamiento de la depresión concurrente con TUS.	20
3. Manifestaciones clínicas del trastorno bipolar en pacientes con TUS. Diagnóstico diferencial y factores de riesgo.	21
4. Tratamiento del trastorno bipolar en TUS+OTM	23
Bibliografía básica	26

ESQUIZOFRENIA Y OTROS T. PSICÓTICOS.

El Epidemiological Catchment Area confirmó que más del 47% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia había presentado un diagnóstico comórbido por TUS a lo largo de la vida. En el estudio CATIE, realizado específicamente en pacientes psicóticos, se halla que el 60% de pacientes presenta un TUS, y el 37% un consumo activo. Estudios españoles encuentran que entre el 11% y el 14% de pacientes con TUS tenían diagnósticos de trastornos psicóticos. Por otro lado, la esquizofrenia se asocia con un mayor riesgo de diagnóstico posterior de abuso de sustancias.

En los pacientes con esquizofrenia, la sustancia más prevalente reportada es la nicotina, seguida del alcohol. La prevalencia de consumo-dependencia de nicotina en la población con esquizofrenia es muy elevada, llegando al 90% en estudios de décadas pasadas. El consumo de alcohol es más prevalente en pacientes con esquizofrenia (hasta 3 veces más) que en la población general.

El cannabis es una de las sustancias más prevalentes en pacientes psicóticos, y se cifra en torno al 40%. La prevalencia del consumo de cocaína en los pacientes con esquizofrenia varía entre el 22 y el 50%. Y la de dependencia de opiáceos oscila entre el 4 y el 12%. No se conoce la prevalencia real del abuso o dependencia de benzodiazepinas en personas con esquizofrenia (Guía Socidrogalcohol, 2017).

1. REPERCUSIONES EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EL CURSO EVOLUTIVO

Se ha postulado que el abuso de sustancias y la esquizofrenia tienen una responsabilidad genética compartida. Si dicha responsabilidad se manifiesta inicialmente en el consumo de sustancias en adolescentes, este uso puede aumentar la vulnerabilidad tanto para el abuso de sustancias como para la psicosis posterior. De manera similar, el estrés es un factor de riesgo compartido para la psicosis y el consumo de sustancias. Por otro lado, alrededor de un tercio de los pacientes que experimentan una psicosis inducida por drogas cumplen los criterios para un trastorno del espectro de la esquizofrenia o el trastorno bipolar, sin haber cumplido antes los criterios para estos diagnósticos. Además, posiblemente existe un riesgo familiar y genético compartido entre la psicosis inducida por sustancias y la esquizofrenia.

En general, el abuso de sustancias es un poderoso predictor de recaídas en pacientes con esquizofrenia. Se han descrito las características asociadas con la comorbilidad de esquizofrenia y TUS: hombre joven, hospitalización a edad temprana; más sintomatología positiva y menos negativa; mayor presencia de trastornos afectivos; mayor riesgo de suicidio; mejor ajuste premórbido; más conductas violentas y delictivas; mayor incumplimiento terapéutico;

más conductas impulsivas; mayor policonsumo; peor funcionamiento social; mayor inestabilidad familiar y marginación social, y un acceso deficitario a la red asistencial.

Los pacientes con esquizofrenia consumidores de drogas presentan características clínicas diferentes de los pacientes no duales con esquizofrenia. La edad de presentación de la psicosis es menor en los adictos que en los que no lo son, especialmente si el tóxico consumido es cannabis. El comienzo de la sintomatología esquizofrénica precede a la aparición de la adicción en 2 años de media. En relación con el género, las mujeres con esquizofrenia consumidoras habitualmente tienen un comienzo de la enfermedad más tardío, tienen mejor funcionamiento premórbido que los hombres y presentan habitualmente mayor sintomatología afectiva. Sin embargo, el curso y la presentación de la enfermedad, que habitualmente son más benignos en mujeres que en varones, desaparecen en las pacientes con esquizofrenia que consumen sustancias.

La comorbilidad entre esquizofrenia y TUS implica mayor presencia de conductas impulsivas y agresivas: en el estudio ECA se observó que la prevalencia de violencia entre las personas con esquizofrenia era del 12,7%, del 24,5% entre los que presentaban dependencia alcohólica y del 34,7% entre los consumidores de otro tipo de tóxicos. Cuando se han estudiado las causas de violencia entre los pacientes con esquizofrenia, se ha observado que las principales son tanto la intoxicación aguda como los consumos mantenidos, la presencia de síntomas psicóticos activos que impliquen sensación de amenaza o de pérdida de control y el mal cumplimiento del tratamiento (Guía Socidrogalcohol, 2017).

También se ha apuntado que los pacientes duales con esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio. Y se han encontrado síntomas positivos más relevantes en pacientes con esquizofrenia duales. Algunos autores han señalado un incremento de síntomas positivos al mantenerse el consumo, con una disminución de los negativos, aunque otros no han observado esta asociación. Un metaanálisis encontró que los pacientes con esquizofrenia y TUS presentaban más síntomas depresivos que los no comórbidos (Manual de trastornos adictivos, 2020).

Dado el amplio uso de sustancias en los pacientes con esquizofrenia, en ocasiones desde la adolescencia, se debe tener en cuenta la influencia de las conductas adictivas sobre el desarrollo y curso evolutivo de la esquizofrenia y el impacto sobre las estrategias terapéuticas. Las adicciones tienen una clara influencia en el curso de la esquizofrenia, ya que la comorbilidad con trastornos adictivos se asocia con mayor número de ingresos y urgencias psiquiátricas y mayores tasas de reingreso.

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

- Más alteraciones conductuales, problemas familiares, agresividad y conductas hostiles y amenazadoras, y más enfermedades físicas.
- Más cambios de humor, síntomas afectivos, delirios, alucinaciones auditivas y síntomas positivos, con influencia variable en los efectos extrapiramidales.

- Inicio de esquizofrenia más precoz y curso agravado.
- Mayor uso de urgencias, más conductas suicidas, peor cumplimiento del tratamiento, más ingresos hospitalarios y más recaídas
- Pude repercutir en los efectos del tratamiento farmacológico.
- Los pacientes esquizofrénicos con subtipo negativo, tienen menos consumo de drogas asociado que los de subtipo mixto, que están más socializados y tienen mayor capacidad para la búsqueda de sustancias.

En concreto, para algunas sustancias (Guía Socidrogalcohol, 2020):

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 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	• Los fumadores de tabaco y los consumidores de cafeína pueden requerir mayores dosis de AP (en el caso del tabaco posiblemente por incrementar su metabolismo). • El tabaco mejora la función cognitiva de la esquizofrenia y la inducida por los AP.

2. IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS.

Es indispensable que los profesionales que trabajan en este ámbito pregunten de manera rutinaria a las personas con sospecha de padecer un trastorno psicótico o diagnosticadas de esquizofrenia acerca del uso de sustancias. Aspectos relevantes que se deben evaluar son: el tipo de sustancia; la cantidad, frecuencia y patrón de uso; vía de administración, duración; cambios en el patrón de consumo a lo largo del tiempo; factores que aumentan el riesgo de consumir; contexto en el que se produce el consumo, deseo de dejarlo, facto-

res protectores para ese consumo; etc. Además, se debe indagar acerca de la existencia de personas dependientes (hijos, personas mayores, etc.), por si fuera preciso un plan de protección específico.

Con los pacientes que presentan clínica psicótica y consumo de sustancias el principal dilema diagnóstico es dilucidar si el trastorno psicótico asociado al TUS es primario o inducido. Por ello, es fundamental una evaluación clínica exhaustiva para realizar un diagnóstico certero y poder trazar un plan individualizado de tratamiento. Es necesario considerar el consumo de las sustancias valorando la relación temporal del consumo con la sintomatología psicótica, el inicio y gravedad de los síntomas psicóticos positivos y negativos, los antecedentes psiquiátricos familiares, y los tratamientos previos. Un instrumento específico para pacientes con esquizofrenia y TUS es la escala ReSUS (Reasons for Substance Use in Schizophrenia), que explora la relación existente entre motivos para el uso de sustancias, síntomas psiquiátricos y consumo (Guía Socidrogalcohol, 2020).

Se han planteado unos principios de evaluación y formulación para pacientes con psicosis y abuso de sustancias: usar un modelo de vulnerabilidad/dimensional de psicopatología en el desarrollo de una formulación explicativa; permanecer consciente de la complejidad de la relación entre el uso de sustancias y los síntomas psiquiátricos; adoptar un enfoque abierto y genuino de 'no saber' para la evaluación; y si no surge una formulación explicativa clara de la evaluación, tolerar la incertidumbre.

3. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

Para la elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente deben tenerse en cuenta cuestiones transversales, por ejemplo, el estado clínico actual, y cuestiones longitudinales, como el curso clínico y la frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios anteriores.

Siempre que sea posible hay que intentar involucrar en el plan de tratamiento al paciente y a la familia en una colaboración activa, mediante un planteamiento integrado de las intervenciones farmacológicas y de las intervenciones psicosociales apropiadas. Los objetivos generales son la mejoría del curso clínico, así como la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios. Por otra parte, se tratará de optimizar el funcionamiento psicosocial entre los episodios. Los objetivos específicos dependerán de la fase en que se halle el trastorno y de las características específicas del paciente. Para que un tratamiento sea eficaz y apropiado deben realizarse evaluaciones diagnósticas y clínicas exactas y pertinentes. Una vez se ha evaluado el diagnóstico y las circunstancias clínicas y psicosociales del paciente, debe formularse y aplicarse un plan de tratamiento. Es indispensable que se establezca y mantenga una alianza terapéutica de apoyo.

El tratamiento se hará según pautas habituales, pero teniendo presente que, 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 de consumo hacia una más segura y en su disminución en frecuencia o cantidad es positivo. La aplicación de los principios de la reducción del consumo/daño permite tratar a pacientes que de otra manera no se habrían planteado ayuda (Guía Socidrogalcohol, 2017).

En la dependencia de opiáceos es preferible utilizar dosis altas de sustitutos opiáceos para un mejor control de los consumos y las manifestaciones psicopatológicas. La naltrexona y el nalmefeno pueden utilizarse sin problemas, y su combinación con otros psicofármacos (antidepresivos o antipsicóticos) es segura y bien tolerada. Con 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.

No se debe olvidar el tratamiento de las enfermedades comórbidas. Hay diversos trastornos mentales y médicos que son mucho más frecuentes en personas con esquizofrenia que en la población general. Muchos pacientes con esquizofrenia reciben diversos tratamientos que, a menudo, administran médicos distintos. Esta circunstancia provoca un posible riesgo de fragmentación de los esfuerzos terapéuticos para aquellos pacientes que habitualmente tienen problemas para planificar y organizarse. Es necesaria la integración de los tratamientos de distintos médicos.

Las circunstancias y el funcionamiento sociales del paciente pueden tener una gran influencia sobre el cumplimiento terapéutico y la respuesta al tratamiento. Las condiciones de vida, la participación de la familia, la fuente y la cuantía de los ingresos, la situación legal y las relaciones con personas significativas pueden ser situaciones tanto estresantes como protectoras.

4. RECURSOS TERAPÉUTICOS

4.1. INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

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

(tratamiento inicial, seguimiento/mantenimiento), además de disminuir o remitir la gravedad de la sintomatología psiquiátrica.

Los tratamientos farmacológicos utilizados en personas con esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias son semejantes a los que se utilizan cuando se presenta cualquiera de los trastornos de manera independiente. En general, se considera que las intervenciones que son eficaces para tratar la esquizofrenia también lo son en los pacientes con TCS y viceversa. Los principales objetivos del tratamiento farmacológico deben estar enfocados a aliviar los síntomas de abstinencia y al apoyo en la deshabituación, además de disminuir la sintomatología psicótica y evitar las recaídas.

El tratamiento farmacológico de la adicción en pacientes duales se hará según pautas habituales, teniendo en cuenta algunas consideraciones. En la dependencia de opiáceos es preferible utilizar dosis altas de sustitutos opiáceos para un mejor control de los consumos y las manifestaciones psicopatológicas. La naltrexona y el nalmefeno pueden utilizarse sin problemas, y su combinación con otros psicofármacos (antidepresivos o antipsicóticos) es segura y bien tolerada. Con 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 (Guía Socidrogalcohol, 2020).

En cuanto al tratamiento del TUS, aunque considerando que los consumos puntuales pueden ser problemáticos y motivar exacerbaciones clínicas de la psicosis, se requiere ser flexible en los objetivos. El concepto de reducción del consumo/daño permite tratar a un mayor número de estos pacientes con comorbilidad. De cualquier forma, en muchos de estos pacientes con esquizofrenia la evolución de su cuadro va a estar muy determinada por el consumo, posiblemente en muchos de ellos es un factor pronóstico tan relevante como la adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos, por lo que el objetivo de la abstinencia total no debe de olvidarse.

Dado que los pacientes con trastorno dual presentan mayor sensibilidad a los efectos adversos, a veces es difícil conseguir dosis adecuadas de fármaco que sean tolerables. Además, pueden necesitar dosis de psicofármacos más altas. Con los antipsicóticos (AP) hay que considerar las interacciones posibles con las sustancias de abuso y con otros tratamientos somáticos. Y también la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psicofarmacológico sobre ella: síndrome metabólico, cardiopatía, HTA, hepatopatía, SIDA (tienen más riesgo de extrapiramidales y de disminución del rendimiento cognitivo por efectos anticolinérgicos). Los psicofármacos con potencial anticolinérgico pueden interactuar con sustancias de abuso. El tabaco y la cafeína interfieren con el metabolismo de algunos AP. Ciertos AP (sobre todo la clozapina) disminuyen el umbral convulsivo, por lo que debe hacerse un uso cauto en pacientes epilépticos y en el síndrome de abstinencia de alcohol o benzodiazepinas (BZD).

Cada vez más datos recomiendan los AP atípicos o de segunda generación (ASG) por su mayor seguridad y tolerabilidad, y por su posible utilidad en disminuir el consumo. Además, presentarían actuación preferencial sobre los sistemas de recompensa y menor pro-

ducción de síntomas extrapiramidales, rápida disociación del receptor D2, mayor eficacia sobre síntomas negativos y depresivos un impacto positivo sobre la cognición, y una acción diversificada sobre receptores serotoninérgicos, noradrenérgicos y otros, pudiendo así mejorar el humor y la ansiedad (Manual trastornos adictivos, 2020).

Los AP convencionales o de primera generación (Butirofenonas y fenotiazinas) pueden aumentar el consumo y el “craving”, especialmente el haloperidol. En efecto, pueden aumentar el consumo al disminuir dopamina, que provocaría anhedonia y apatía, incrementando el craving. Además, al bloquear D2, disminuyen los efectos de las drogas, y son rechazados. Al consumir drogas aumenta la dopamina, desplazando al AP, lo que potencia sus efectos, siendo el consumo muy reforzante. Los AP atípicos no producen sensibilización tan intensa, disminuyen el craving a corto plazo por atenuar efectos reforzantes, y a medio por ausencia de hipersensibilidad D2.

Los antipsicóticos inyectables de larga duración (APILD) son una alternativa farmacológica cada vez más a considerar. Las investigaciones con AP ILD de primera generación, como el haloperidol decanoato, el zuclopentixol y el flupentixol han estudiado la eficacia de éstos sobre el cumplimiento, el seguimiento clínico, el craving y los síntomas psicóticos. En general, los APILD de segunda generación (risperidona, aripiprazol y paliperidona) han mostrado, especialmente en estudios naturalísticos, mayor capacidad de adherencia y de prevención de recaídas que sus homólogos orales, incluidos los pacientes más graves y con consumo de sustancias.

La evidencia disponible apoya el uso de clozapina para mejorar la clínica psicótica y el consumo de drogas (cocaína, cannabis), aunque existen pocos ensayos clínicos. De cualquier forma, diversos autores sugieren que los riesgos asociados a la clozapina como la agranulocitosis, aumento de peso, sedación y posología compleja son inconvenientes para establecerlo de primera línea en estos pacientes. Sus efectos adversos, sus controles hematólogicos y sus interacciones (tabaco) la hacen de más difícil manejo. La clozapina presenta igual efectividad en pacientes psicóticos resistentes con TUS y sin éste (Guía Psiquiatría y Salud Mental, 2020).

En definitiva, el abordaje psicofarmacológico es difícil por los escasos recursos farmacológicos apropiados, que tengan indicación, lo que en muchas ocasiones obliga a prescripciones sin ella y con escasa evidencia de su eficacia. Existen pocos ensayos clínicos para valorar posibles tratamientos farmacológicos en personas con esquizofrenia y TUS, por lo que son poco concluyentes. En general, en los ensayos clínicos con antipsicóticos la presencia de TUS es criterio de exclusión. Además, los estudios disponibles suelen centrarse en pacientes con esquizofrenia y TUS, sin diferenciar los distintos tipos de drogas.

(Guía Socidrogalcohol, 2020)

Tratamiento farmacológico de los trastornos psicóticos	
Antipsicóticos clásicos	No recomendados
Aripiprazol	Mejoría síntomas psicóticos. Reduce recaídas. Resultados contradictorios sobre craving
Olanzapina	Resultados contradictorios. Reduce craving y consumo en algunos estudios no replicados
Quetiapina	Reduce craving en estudios no replicados
Risperidona	Eficacia dudosa en reducción de craving y consumo. Beneficio en síntomas psicóticos
Clozapina	Por controles hematológicos periódicos, no como 1ª opción
AP de larga duración	Recomendados de segunda generación. Mejoran la adherencia y cumplimiento del tratamiento

Niveles de evidencia de tratamientos farmacológicos en T psicóticos + TUS

Fármaco	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Antipsicóticos clásicos			X	
Antipsicóticos i.im	X			
Clozapina		X		
Olanzapina	X			
Risperidona		X		
Quetiapina			X	
Ziprasidona			X	
Aripiprazol			X	
Amisulprida			X	
Disulfiram			X	
Naltrexona		X		
Acamprosato				X
Metadona			X	
Buprenorfina			X	
Topiramato				X
Valproato				X
Carbamazepina				X
Oscarabazepina				X
Larnotrigina				X
Gabapentina				X
Pregabalina				X
Desimipramina			X	
ISRS				X
Antidepresivos duales				X
Estimulantes				X
Benzodiazepinas (evitarlas)			X	
Bupropión (antitabaco)		X		
Varericlina				X

Evidencias basadas exclusivamente en estudios con pacientes duales con esquizofrenia ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Recomendaciones basadas en la evidencia científica:

Recomendación	Grado de recomendación
Se recomienda la utilización de antipsicóticos atípicos en el tratamiento de psicóticos duales. Se recomiendan antipsicóticos con poco efecto anticolinérgico y sedativo. Los antipsicóticos bajan el umbral anticonvulsivo. Precaución en pacientes en tratamiento para dependencia de alcohol y/o benzodiazepinas. Entre los antipsicóticos de segunda generación el que tiene más evidencias sobre su eficacia en pacientes duales con esquizofrenia es la olanzapina seguido de risperidona, clozapina y quetiapina. La clozapina no se considera fármaco de primera elección entre los antipsicóticos atípicos debido a la presencia de efectos adversos y a la necesidad de realizar una estrecha vigilancia.	A
Los antipsicóticos inyectables de larga duración mejoran la adhesión y el cumplimiento del tratamiento farmacológico en psicóticos duales.	A
La metadona y la buprenorfina son el tratamiento farmacológico de primera elección en pacientes con trastorno por dependencia de opiáceos, pero no hay evidencia científica específica suficiente sobre su administración en pacientes con esquizofrenia dependientes de opiáceos.	C
Hay evidencias científicas que avalan la eficacia de los antidepresivos en pacientes con esquizofrenia dual. Se recomienda su uso con precaución ante el riesgo de posibles descompensaciones psicopatológicas.	C
La naltrexona se recomienda como fármaco de primera elección en pacientes con esquizofrenia con trastorno por dependencia de alcohol y, como segunda elección, en pacientes con esquizofrenia con trastorno por dependencia de opiáceos.	B
En el tratamiento de psicóticos duales con antidepresivos se recomiendan los ISRS. venlafaxina, duloxetina, mirtazapina o bupropión por su menor riesgo de efectos secundarios y su escaso potencial de abuso.	C
Se recomienda evitar el uso de benzodiazepinas en pacientes duales con esquizofrenia dado su potencial adictivo.	C

(Guía Psiquiatría y Salud Mental, 2020).

4.2. 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).

El abordaje psicoterapéutico de esta comorbilidad supone un complemento indispensable de la farmacoterapia, tanto individual como grupal y familiar. Se debe adaptar a cada paciente y al momento de tratamiento en que éste se encuentre. Un objetivo principal en el tratamiento psicoterapéutico es ayudar al paciente a dejar sus antiguos esquemas de funcionamiento y lograr, mediante modelado, nuevas experiencias vitales. Las tres áreas que presentan mayores dificultades con gran parte de los pacientes son el manejo de sentimientos y la capacidad para inhibir conflictos, los problemas socioeconómicos y las dificultades para mantener la abstinencia.

No obstante, existen pocos estudios específicos sobre psicoterapia en estos pacientes. El abordaje psicosocial está bastante desarrollado para las conductas adictivas, pero desconoce demasiadas veces la elevada prevalencia de comorbilidad con otros TM. Algunas revisiones sistemáticas realizadas, entre las que se encuentra una Cochrane de 41 ensayos controlados aleatorizados en 4024 pacientes con diagnóstico dual, reporta no encontrar evidencia suficiente que valide la efectividad de las intervenciones psicosociales en esta población.

Los enfoques con mayor validez empírica se enmarcan dentro de la orientación cognitivo-conductual. Se pueden aplicar tanto de modo individual como en grupo, ya que la eficacia terapéutica de ambas modalidades de intervención es similar. La terapia cognitivo-conductual (TCC), junto con intervenciones de tipo motivacional en un seguimiento a 18 meses, mejora significativamente su funcionamiento y los cambios persisten. Sin embargo, cuando se realizan estudios de metaanálisis sobre la intervención psicosocial, incluyendo todo tipo de terapias (TCC, entrevista motivacional, ambas en conjunto), y se evalúa su intensidad y duración en pacientes duales, no se encuentran diferencias significativas entre ellas (Guía Socidrogalcohol, 217).

La entrevista motivacional (EM) es un complemento que mejora la eficacia terapéutica de las intervenciones cognitivo-conductuales en comorbilidad psiquiátrica. Las intervenciones motivacionales facilitan que exista una elevada tasa de cumplimiento terapéutico, favorecen la participación de los sujetos en el tratamiento, incrementan la adhesión y la retención, y promueven el cambio. Así, la EM ha sido adaptada al tratamiento de pacientes con esquizofrenia consumidores de alcohol, con resultados positivos en comparación con la psicoeducación. Algunos estudios sobre TCC apoyan su efectividad en la reducción de la sintomatología psicótica en pacientes con trastornos adictivos. Además, estas intervenciones parecen mostrar mejores resultados si se combinan con entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2013).

Las intervenciones familiares, desde el modelo cognitivo-conductual, orientadas a la pareja y a la familia, son principalmente, de tipo psicoeducativo, aunque incluyen los principios de la modificación de conducta. En general, se han mostrado eficaces en mejorar la retención y adhesión de los pacientes consumidores a los programas terapéuticos, la reducción significativa del consumo y de los problemas de conducta asociados, la disminución de la sintomatología psicopatológica y la persistencia temporal de los logros terapéuticos. Aunque hay pocos estudios de intervención familiar específica en pacientes con psicosis y TUS, la evidencia de su beneficio en la esquizofrenia está bien establecida.

El Modelo Matrix es un paquete de tratamiento que incluye elementos propios de la prevención de recaídas, terapia familiar y grupal, psicoeducación y participación en actividades de autoayuda. El programa de tratamiento conductual BTSAS (Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness) ha demostrado efectividad con pacientes duales con trastornos psicóticos. El programa MIDAS estudió la combinación de la terapia cognitiva, la entrevista motivacional e intervenciones familiares para el tratamiento de pacientes duales con esquizofrenia, mostrando resultados satisfactorios.

Los grupos de autoayuda han sido utilizados en pacientes duales con mejora en la abstinencia, la adhesión, la autoeficacia y la calidad de vida. Sin embargo, dentro de los pacientes duales parece que los psicóticos son los que menos se benefician de este tipo de grupos y sólo una minoría de los pacientes duales con esquizofrenia se vinculan a los enfoques de autoayuda, probablemente por los déficits en las habilidades sociales.

No hay evidencias empíricas de la eficacia de las terapias dinámicas dentro del ámbito de las conductas adictivas y de la comorbilidad psiquiátrica. Apenas hay estudios o experiencias publicadas (Guía Socidrogalcohol, 2020).

TRASTORNOS DEL ÁNIMO

La depresión y el trastorno bipolar son dos de las condiciones psiquiátricas más prevalentes en el contexto de la comorbilidad. Su coexistencia con un trastorno por consumo problemático de sustancias no sólo exacerba la severidad clínica, sino que también plantea desafíos únicos en términos de diagnóstico, tratamiento y recuperación. La relevancia de un abordaje específico radica en la alta prevalencia de esta combinación y en las profundas interacciones entre los trastornos, que suelen influir negativamente en la calidad de vida de los pacientes y en los resultados terapéuticos.

Estudios epidemiológicos han demostrado una alta comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo y el consumo problemático de sustancias. En el caso de la depresión mayor, aproximadamente el 20-30 % de los pacientes presenta un trastorno concomitante

por uso de sustancias, mientras que esta cifra puede aumentar al 60 % en poblaciones con trastorno bipolar. Este solapamiento es particularmente relevante en servicios de salud mental, donde los pacientes con comorbilidad representan una proporción significativa de los casos complejos.

Entre las sustancias más comúnmente asociadas con trastornos del estado de ánimo se encuentran el alcohol, los estimulantes como la cocaína y las metanfetaminas, y los depresores del sistema nervioso central, como los opioides y las benzodiacepinas. Cada una de estas sustancias tiene un impacto neuroquímico que puede potenciar o desencadenar síntomas afectivos. Por ejemplo, el consumo crónico de alcohol está relacionado con alteraciones en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico, lo que incrementa la vulnerabilidad a episodios depresivos.

Además, la relación entre estas condiciones es bidireccional. Por un lado, los trastornos del estado de ánimo aumentan el riesgo de consumo de sustancias como un intento de regular emociones disfuncionales. Por otro, el uso crónico de sustancias altera circuitos neuronales clave, lo que facilita la aparición de síntomas depresivos o maníacos en individuos predispuestos.

La coexistencia de trastornos del estado de ánimo y consumo problemático de sustancias aumenta significativamente la complejidad clínica. Por ejemplo, en pacientes con depresión mayor, el uso de sustancias como el alcohol o los opioides puede servir inicialmente como una estrategia de automedicación para aliviar síntomas de tristeza o anhedonia, pero con el tiempo agrava la sintomatología subyacente y genera dependencia. De manera similar, en el trastorno bipolar, el consumo de sustancias puede intensificar la ciclicidad de los episodios maníacos, depresivos o mixtos, complicando la estabilización clínica y aumentando el riesgo de recaídas.

El manejo inadecuado o la falta de atención integral a estos pacientes puede llevar a consecuencias graves, como intentos de suicidio, conductas de alto riesgo y deterioro funcional. Por esta razón, es fundamental un abordaje integrado que contemple tanto el manejo de los síntomas psiquiátricos como el tratamiento del consumo problemático. Reconocer la interrelación entre los trastornos del estado de ánimo y el consumo problemático de sustancias es esencial para optimizar los resultados clínicos. Un abordaje integral y coordinado no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también reduce el riesgo de recaídas y el impacto negativo en la vida del paciente. La integración de servicios especializados en salud mental y adicciones es, por tanto, un elemento clave para responder a esta problemática de forma efectiva (Protocolos de intervención, 2010).

1. Manifestaciones clínicas de la depresión en pacientes con TUS. Diagnóstico diferencial y factores de riesgo.

La depresión en el contexto de la comorbilidad presenta manifestaciones clínicas complejas, y a veces atípicas, afectadas tanto por el consumo de sustancias como por factores

de riesgo individuales. Los síntomas pueden ser típicos, como tristeza profunda y anhedonia, o atípicos, como reactividad emocional exacerbada o somnolencia, lo que complica el diagnóstico y manejo. Estos síntomas no solo se ven influenciados por el tipo de sustancia consumida, sino también por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Los síntomas típicos de la depresión incluyen anhedonia, alteraciones del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse y pensamientos de muerte. Sin embargo, en pacientes con consumo de sustancias, estos síntomas pueden estar distorsionados. Por ejemplo, el uso crónico de alcohol potencia la anhedonia, mientras que el consumo de estimulantes provoca insomnio y disforia durante la abstinencia. Los síntomas atípicos en comorbilidad incluyen hiperfagia, somnolencia excesiva y fluctuaciones rápidas del estado de ánimo. Estos se relacionan con el tipo de sustancia consumida y la fase del consumo, siendo frecuentes en personas con antecedentes de uso de depresores del sistema nervioso central, como los opioides.

Diferenciar entre una depresión primaria y una inducida por sustancias es fundamental para un manejo adecuado. La depresión inducida se caracteriza por la aparición de síntomas después del inicio o durante el consumo de sustancias. En estos casos, los síntomas suelen mejorar o desaparecer tras un periodo de abstinencia. Por otro lado, la depresión primaria tiene un curso más prolongado y menos fluctuante, con antecedentes familiares o personales de trastornos del estado de ánimo. La evaluación longitudinal y el uso de entrevistas clínicas estructuradas son esenciales para distinguir ambas condiciones. Además, es necesario identificar posibles síndromes de abstinencia, que pueden simular síntomas depresivos temporales.

Las sustancias alteran los sistemas neuroquímicos implicados en la regulación emocional, lo que agrava los síntomas depresivos. Por ejemplo, los estimulantes, al agotar los niveles de dopamina, provocan estados de depresión post-consumo, mientras que los depresores crónicos disminuyen la actividad serotoninérgica. Este efecto empeora los síntomas en pacientes con predisposición genética a trastornos del estado de ánimo.

El desarrollo de depresión en el contexto de consumo problemático de sustancias se ve influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales:

1. Factores biológicos: incluyen predisposición genética, disfunciones en los circuitos cerebrales del placer y el estrés, y alteraciones en la regulación de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina.
2. Factores psicológicos: el trauma infantil, el estrés crónico, la baja autoestima y las estrategias de afrontamiento deficientes son factores relevantes. Muchos pacientes recurren a las sustancias como una forma de automedicación para manejar emociones disfuncionales.

3. Factores sociales: el entorno socioeconómico desfavorable, la falta de apoyo familiar, el desempleo y la discriminación aumentan el riesgo tanto de consumo problemático como de trastornos depresivos. La exclusión social y la estigmatización dificultan el acceso a servicios de salud adecuados, perpetuando el ciclo de enfermedad.

La depresión en la concurrencia con TUS es una entidad clínica compleja en la que interactúan múltiples factores. La evaluación diagnóstica debe considerar tanto las manifestaciones clínicas como el contexto de consumo y los factores de riesgo asociados. Un abordaje integral permite diferenciar mejor entre depresión primaria e inducida, optimizando así los resultados terapéuticos (Protocolos de intervención, 2010).

2. Tratamiento de la depresión concurrente con TUS.

El tratamiento de la depresión en pacientes con TUS requiere un enfoque integral que combine intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y psicosociales. Las particularidades de esta población, como el riesgo de recaídas y las interacciones entre los trastornos, hacen necesario adaptar las estrategias terapéuticas para mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados a largo plazo.

2.1. Enfoques psicoterapéuticos

Las intervenciones psicoterapéuticas desempeñan un papel central en el tratamiento de la depresión y TUS, ya que buscan mejorar la regulación emocional, la toma de decisiones y el manejo del consumo problemático. Entre las que cuentan con más eficacia comprobada se encuentran la terapia cognitivo-conductual adaptada y la terapia motivacional.

La terapia cognitivo-conductual adaptada se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión al ayudar a los pacientes a identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales que perpetúan los síntomas depresivos. En el contexto de la concurrencia de depresión y TUS, se adapta para incluir técnicas de manejo de impulsos, prevención de recaídas y estrategias para afrontar situaciones de riesgo relacionadas con el consumo. Los objetivos específicos incluyen mejorar el autocontrol, desarrollar habilidades de afrontamiento saludables y establecer redes de apoyo. La terapia también trabaja en la identificación de desencadenantes emocionales que llevan al consumo, ayudando al paciente a reducir la dependencia emocional hacia las sustancias.

La terapia motivacional se basa en técnicas de entrevista motivacional para aumentar la disposición del paciente a cambiar sus conductas. Es especialmente útil en pacientes con baja motivación para el tratamiento, quienes pueden no reconocer el impacto negativo del consumo en su salud mental. La terapia motivacional busca fortalecer el compromiso del paciente con el tratamiento, ayudándolo a identificar metas personales, explorar ambivalencias y tomar decisiones en favor de su bienestar. Al mejorar la motivación intrínseca, se

incrementa la probabilidad de éxito en la reducción del consumo y en la adherencia a las intervenciones psicoterapéuticas (Miller y Rollnick, 2013).

2.2. Tratamientos psicofarmacológicos

El tratamiento farmacológico requiere una evaluación cuidadosa, ya que el uso de psicofármacos puede estar condicionado por posibles interacciones con sustancias psicoactivas, posibilidad de abuso de psicofármacos indicados y por riesgos de efectos adversos. Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), suelen ser la opción de primera línea para la depresión en estos pacientes. Sin embargo, es crucial evaluar el riesgo de abuso de medicamentos, especialmente en pacientes con historial de consumo problemático de fármacos. También es importante educar al paciente sobre la necesidad de un tratamiento constante, ya que la interrupción abrupta de estos medicamentos puede provocar síntomas de abstinencia y empeorar la depresión (Guía Psiquiatría y Salud Mental, 2022).

Las sustancias psicoactivas pueden modificar la eficacia y seguridad de los psicofármacos a través de interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas. Por ejemplo, el alcohol puede potenciar los efectos sedantes de algunos antidepresivos, aumentando el riesgo de sobredosis. Por otro lado, las sustancias estimulantes, como la cocaína, pueden contrarrestar los efectos terapéuticos, reduciendo la eficacia del tratamiento. Es fundamental monitorizar estrechamente a los pacientes para identificar posibles interacciones y ajustar la dosis de los antidepresivos según sea necesario. Además, en algunos casos, puede ser recomendable retrasar el inicio del tratamiento farmacológico hasta que el paciente haya alcanzado un periodo de abstinencia estable.

El tratamiento de la depresión con TUS requiere una combinación de enfoques psicoterapéuticos y farmacológicos cuidadosamente adaptados a las necesidades del paciente. La terapia cognitivo-conductual y la terapia motivacional son herramientas esenciales para mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas. Al mismo tiempo, el manejo psicofarmacológico debe ser individualizado para minimizar los riesgos asociados a las interacciones entre los antidepresivos y las sustancias psicoactivas. Un enfoque integral y coordinado es clave para mejorar los resultados a largo plazo en esta población (Guía Sociodrogalcohol, 2020).

3. Manifestaciones clínicas del trastorno bipolar en pacientes con TUS. Diagnóstico diferencial y factores de riesgo.

El trastorno bipolar en el contexto de un TUS presenta manifestaciones clínicas complejas debido a la interacción entre los síntomas psiquiátricos y los efectos del consumo de sustancias. Las fluctuaciones en el estado de ánimo, la intensidad de los episodios y el desarrollo de episodios mixtos se ven significativamente alterados en estos pacientes, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento adecuado.

El trastorno bipolar en estos pacientes se caracteriza por una presentación clínica compleja, en la que los episodios mixtos, la alteración de la ciclicidad y la interacción con sustancias dificultan el diagnóstico. Un enfoque integral que considere las manifestaciones clínicas, el historial de consumo y los factores de riesgo asociados es esencial para mejorar los resultados terapéuticos en esta población.

Los pacientes con trastorno bipolar y TUS experimentan episodios de manía, hipomanía, depresión y episodios mixtos, aunque con una presentación más impredecible y atípica. Los síntomas clásicos de la manía incluyen euforia, irritabilidad, aumento de la energía, verborrea, disminución de la necesidad de dormir e impulsividad. Sin embargo, en pacientes con consumo problemático, estos síntomas pueden estar distorsionados o amplificados por los efectos de sustancias estimulantes, como la cocaína o las metanfetaminas.

En el caso de los episodios depresivos, el consumo crónico de sustancias depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol o los opioides, puede intensificar la anhedonia, la fatiga y el retraimiento social. Esto hace que los episodios depresivos sean más prolongados y resistentes al tratamiento. Los síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones, también son más frecuentes en esta población, ya sea como manifestaciones propias del trastorno bipolar o como efectos inducidos por sustancias, lo que agrava la complejidad diagnóstica.

Los episodios mixtos, en los que se presentan simultáneamente síntomas maníacos y depresivos, son particularmente prevalentes en pacientes con TUS. Estos episodios se caracterizan por un estado de ánimo disforia, impulsividad extrema, irritabilidad, desesperación y un alto riesgo de conductas suicidas. La combinación de estos síntomas con el consumo de sustancias aumenta significativamente el riesgo de complicaciones graves, incluyendo intentos de suicidio y hospitalizaciones frecuentes. Los episodios mixtos suelen ser más difíciles de reconocer en pacientes con consumo problemático, ya que los efectos de las sustancias pueden enmascarar o exacerbar los síntomas. Por ejemplo, el consumo de estimulantes durante un episodio mixto puede aumentar la impulsividad y el riesgo de conductas agresivas o autodestructivas.

El consumo problemático de sustancias tiene un impacto significativo en la ciclicidad del trastorno bipolar. Los pacientes con Patología Dual suelen experimentar episodios más frecuentes, de mayor intensidad y con una recuperación más prolongada entre ellos. Las sustancias estimulantes, al aumentar los niveles de dopamina y noradrenalina, pueden precipitar episodios maníacos o hipomaníacos, mientras que las sustancias depresoras, como el alcohol, exacerban los síntomas depresivos. Además, la interrupción abrupta del consumo puede desencadenar episodios de rebote, en los que los síntomas del estado de ánimo se agravan temporalmente durante el síndrome de abstinencia (Protocolos de intervención, 2011).

Distinguir entre un trastorno bipolar primario y un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias es fundamental para un manejo efectivo. El trastorno bipolar primario se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de manía, hipomanía o depresión, con

un curso clínico que no depende directamente del consumo de sustancias. En cambio, los trastornos inducidos por sustancias suelen presentar síntomas en estrecha relación con el inicio, mantenimiento o interrupción del consumo. Los episodios inducidos generalmente se resuelven después de un periodo de abstinencia, aunque en algunos casos pueden persistir, especialmente si hay una predisposición genética o antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo.

Para realizar un diagnóstico diferencial adecuado, es crucial obtener una anamnesis detallada que incluya el historial de consumo, la evolución de los síntomas psiquiátricos y el impacto de las sustancias en la presentación clínica. Las herramientas de evaluación estructurada y el seguimiento longitudinal permiten una mejor precisión diagnóstica (Guía Socidrogalcohol, 2017).

4. Tratamiento del trastorno bipolar en TUS+OTM

El tratamiento del trastorno bipolar en pacientes con TUS requiere un enfoque integral que combine estrategias psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial. Las particularidades de esta población, como la alta incidencia de recaídas y la interacción entre el trastorno del estado de ánimo y el consumo de sustancias, demandan un plan de tratamiento personalizado para reducir los riesgos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

4.1. Tratamiento psicofarmacológico

La farmacoterapia es un pilar esencial en el tratamiento del trastorno bipolar, especialmente en el manejo de episodios maníacos, depresivos y mixtos. Sin embargo, en el contexto de comorbilidad se deben considerar las interacciones entre los estabilizadores del ánimo, los antipsicóticos y las sustancias psicoactivas.

Litio: El litio es uno de los tratamientos más eficaces para prevenir la recurrencia de episodios maníacos y depresivos. Sin embargo, su uso requiere una monitorización estricta de los niveles séricos, ya que presenta un estrecho margen terapéutico. El consumo de sustancias, puede aumentar el riesgo de toxicidad.

Anticonvulsivantes: Los fármacos como el ácido valproico y la lamotrigina son ampliamente utilizados como estabilizadores del ánimo. Estos medicamentos pueden ser útiles en pacientes que no toleran el litio o que presentan episodios mixtos. Sin embargo, es necesario ajustar la dosificación en función del estado hepático del paciente, especialmente en aquellos con daño hepático secundario al consumo de alcohol o drogas.

Los antipsicóticos atípicos son efectivos para el manejo de episodios agudos de manía o síntomas psicóticos y en tratamientos de mantenimiento. Sin embargo, su uso implica riesgos adicionales, como el aumento de peso, la sedación excesiva y el riesgo de síndrome metabólico. Además, el consumo de sustancias depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol o las benzodiazepinas, puede potenciar estos efectos secundarios, aumentando el riesgo de sobredosis (Guía Psiquiatría y Salud Mental, 2022).

El consumo simultáneo de sustancias psicoactivas puede interferir en la farmacocinética y la farmacodinámica de los medicamentos. Por ejemplo, los estimulantes pueden contrarrestar el efecto de los estabilizadores del ánimo, mientras que los depresores aumentan el riesgo de sedación excesiva. Es esencial monitorizar de cerca a los pacientes y ajustar la farmacoterapia según sea necesario (Guía Socidrogalcohol, 2020).

4.2. Intervenciones psicoterapéuticas

Las intervenciones psicoterapéuticas son fundamentales para mejorar la adherencia al tratamiento, reducir las recaídas y promover la estabilidad emocional en pacientes con trastorno bipolar y consumo problemático de sustancias.

La psicoeducación es clave para que los pacientes comprendan la naturaleza de su enfermedad, los factores desencadenantes de los episodios y la importancia de mantener la adherencia al tratamiento. También se abordan los riesgos asociados al consumo de sustancias y se fomenta el desarrollo de estrategias para prevenir recaídas.

La participación de la familia en el tratamiento mejora significativamente los resultados clínicos. Las intervenciones familiares buscan fortalecer el sistema de apoyo del paciente, mejorar la comunicación y fomentar un entorno que facilite la estabilidad emocional. Estas intervenciones son especialmente útiles en la identificación temprana de signos de recaída y en la reducción de la conflictividad familiar.

La rehabilitación psicosocial se centra en mejorar el funcionamiento global del paciente, ayudándolo a reintegrarse en la sociedad. Esto incluye el desarrollo de habilidades sociales, el acceso a empleo o educación, y la participación en actividades comunitarias. Los programas de rehabilitación también abordan la construcción de una red de apoyo sólida y la mejora del bienestar emocional. La reinserción comunitaria es un componente esencial, ya que muchos pacientes con comorbilidad enfrentan aislamiento social, discriminación y dificultades económicas. Un enfoque integral que combine terapias individuales, familiares y comunitarias puede mejorar sustancialmente la calidad de vida y la autonomía de estos pacientes (Guía Socidrogalcohol, 2017).

El tratamiento del trastorno bipolar en personas con TUS debe integrar estrategias psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial. La monitorización de las interacciones entre los medicamentos y las sustancias psicoactivas es crucial para evitar complicaciones. Asimismo, la psicoeducación, las intervenciones familiares y la reinserción comunitaria son fundamentales para promover la estabilidad emocional y la recuperación a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Álamo C, López-Muñoz F, Guerra JA. Psicofármacos antipsicóticos. En: A. Chinchilla Tratado de terapéutica psiquiátrica. Ed. Nature Publishing Group, Madrid, 2010.
- Arias Horcajadas F, Cortés Tomás MT, Fernández Artamendi S, Fernández Miranda JJ, Flórez Menéndez G, Ochoa Mangado E. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Resumen de intervenciones. Vademecum. Árboles de decisiones lógicas. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2020.
- Arias Horcajadas F, Rentero Martín D, Fernández Artamendi S, Balcells Oliveró M. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cannabis y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- Azorin J-M, Simon N, Adida M, Belzeaux R. Pharmacological treatment of schizophrenia with comorbid substance use disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2016;17(2):31–53.
- Baker AL, Denham AM, Pohlman S, et al. Tratamiento del uso de sustancias comórbidas y la psicosis. En: Introducción Clínica a la Psicosis. Fundamentos para Psicólogos Clínicos y Neuropsicólogos (JC Badcock, G Paulik). Prensa Académica. Madrid, 2020.
- Crockford D, Addington D. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):624–634.
- Fernández-Miranda, J. J., Orengo-Caus, T., y Díaz-Fernández, S. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de opioides y otro trastorno mental. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2019.
- Flórez-Menéndez G, Balcells-Oliveró, M y Uzal-Fernández C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de alcohol y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O’Brien R, et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *B J Psychiatry*. 2003;183: 418–26.
- Kelly TM, Daley DC. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health* 2013; 28(3–4): 388–406.
- Menéndez Miranda I, García Álvarez L, Dal Santo F, Fernández Miranda JJ. Comorbilidad en adicciones. En: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de trastornos adictivos. 3ª ed. Ed. Enfoque Editorial-Gofer. Oviedo, 2020.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. Guilford Press. New York, 2013.

- Natham R & Lewis E. Assessment of coexisting psychosis and substance misuse: complexities, challenges and causality. *BJPsych Advances* 2021; 27: 38–48
- Ochoa Mangado E, Molins Pascual S, Seijo Ceballos P. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cocaína y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. *Socidrogalcohol*. Valencia, 2018.
- Pastor F, Fernández Miranda JJ, Díaz Fernández S, Sala Añó C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. *Socidrogalcohol*. Valencia, 2017.
- Petersen SM, Toftdahl NG, Nordentoft M, et al. La esquizofrenia se asocia con un mayor riesgo de diagnóstico posterior de abuso de sustancias: un estudio de registro basado en la población a nivel nacional. *Addiction*, 2019; 114: 2217–26.
- San Molina L, Bernardo Arroyo M, Arrojo Romero M (Coordinadores). Guía de práctica clínica. Tratamiento Farmacológico y Psicológico de los Pacientes adultos con un Trastorno Mental Grave y un Trastorno por Uso de Sustancias. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid, 2020.
- Serzman, N. Patología Dual. Protocolos de Intervención. EdikaMed. Barcelona, 2010.
- Werner F-M, Covenas R. Long-term Administration of Antipsychotic Drugs in Schizophrenia and Influence of Substance and Drug Abuse on the Disease Outcome. *Curr Drug Abuse Rev.* 2018;10(1):19–24.

Financiado por:



www.riod.org

