

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

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

5

**MÓDULO 5. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA
COMORBILIDAD TUS CON OTROS TM**



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 5

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA COMORBILIDAD TUS CON OTROS TM

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 5.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA COMORBILIDAD TUS CON OTROS TM

TABLA DE CONTENIDO

1. Importancia de la Evaluación y Diagnóstico	6
2. Tipos de diagnósticos	8
3. El diagnóstico en la concurrencia TUS+OTM	10
4. La entrevista diagnóstica	12
5. Instrumentos de detección y ayuda al diagnóstico	13
Bibliografía básica	16

1. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la obra “Filosofía para médicos”, Mario Bunge aborda el tema del diagnóstico médico, destacando la incertidumbre que a menudo lo acompaña. Señala que los diagnósticos suelen ser inciertos y cuestiona la aplicabilidad de conceptos probabilísticos en medicina. Bunge enfatiza la importancia de que los médicos adopten una postura crítica y escéptica ante información no verificada, como tratamientos milagrosos o teorías médicas revolucionarias, y subraya la necesidad de filtrar adecuadamente la información proveniente de diversas fuentes. Además, Bunge critica las medicinas tradicionales por no distinguir entre síntomas subjetivos y signos objetivos, y por carecer de métodos de medición y ensayos clínicos controlados. Destaca que, salvo algunas recomendaciones profilácticas y dietéticas, la medicina contemporánea utiliza muy poco de los conocimientos de las medicinas tradicionales. Por ello, es de suma importancia optar por una práctica médica informada por una filosofía crítica y científica, que reconozca las limitaciones inherentes al diagnóstico y promueva una evaluación rigurosa de la información médica.

Etimológicamente diagnóstico proviene de gnos: conocer y dia: a través. Por tanto, es conocer a través o conocer por medio de.

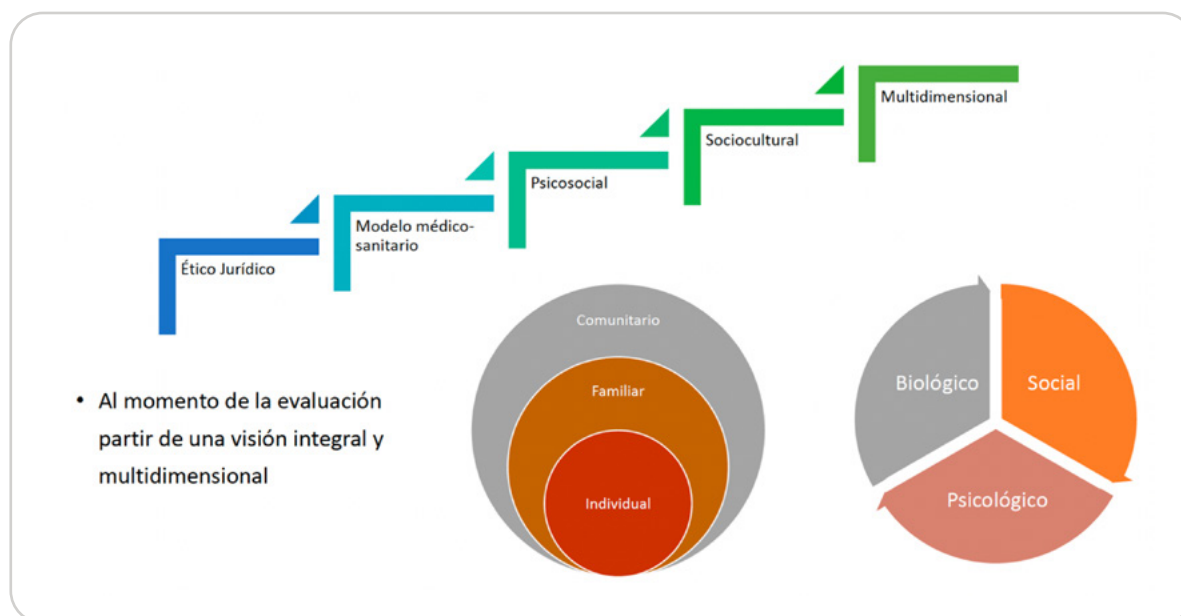
- Diversos autores lo entienden como: resultado de una investigación, explicación de una situación particular o un juicio interpretativo.
- El diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer y establecer de manera clara una circunstancia, problema o situación, a partir de diversas fuentes de información: observaciones, entrevistas, reportes, inventarios, cuestionarios, pruebas biológicas y datos concretos.

El diagnóstico intenta establecer un modelo de la realidad que ayuda a comunicar y a resolver en forma ideal problemas muy complejos, cómo los que se presentan en psiquiatría. El diagnóstico conlleva siempre una evaluación y una valoración en relación con objetivos. Es una herramienta que orienta a la toma de decisiones, con base en el reconocimiento de la situación de salud de una persona. Es el estudio en profundidad del caso singular. Con él se logra planificar la intervención. El diagnóstico forma parte del método clínico. El Método Clínico es el método científico de la Ciencia Clínica, la que tiene como objetivo de estudio el proceso salud enfermedad. En otras palabras, es el método científico que se aplica durante el trabajo realizado con las y los pacientes. Toda práctica que no se base en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la “mala práctica”.

Método clínico y método científico



Diagnóstico y modelo



Todos los diagnósticos tienen una finalidad y parten de modelos desde donde se está valorando, pero es importante moverse en estas tres esferas: biológico, social y psicológico. Recomendado desde una visión integral y multidimensional.

2. TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

En el estudio de salud enfermedad coexisten dos escuelas sobre el desarrollo de los modelos clínicos y procesos diagnósticos: La escuela natural (interesada en describir la dolencia) y la escuela convencional o académica (interesada en describir enfermedades). A principios del siglo XX el epidemiólogo inglés Francis G. Crookshank introdujo conceptos de dos métodos explicativos de la enfermedad:

1. El modelo ontológico (relacionado con el método académico o convencional), en el que la enfermedad es una entidad ubicada en órganos y conceptualmente independiente de la persona enferma; y

2. El modelo ecológico (relacionado con el método natural o descriptivo), en el que la enfermedad surge por un desequilibrio entre el organismo y el ambiente, siendo difícil separar a la enfermedad de la persona y a esta del ambiente, considerando por ende la dolencia y sus varias dimensiones

Surge entonces la necesidad de construir un modelo más centrado en el paciente con nuevos conceptos (modelos explicativos de dolencia, escucha activa, modelo biopsicosocial, relación médico paciente, etc.

El “Diagnóstico Integrativo Centrado en la Persona” es un modelo que conjuga ciencia y humanismo. Es un diagnóstico de la persona (negativos y positivos por la persona (seres humanos completos y científicamente competentes, ética); para la persona (ayudar a las aspiraciones de la salud de la persona y proyecto de vida); y con la persona (relación de respeto para la evaluación y la atención. Va más allá del concepto restringido de diagnósticos nosológicos y diferenciales Amplios dominios informativos, cubren la enfermedad y la salud positiva en tres niveles: estado de salud, factores contribuyentes de la salud y experiencia de la salud y valores; Procedimientos descriptivos pluralistas (categorías, dimensiones y narrativas Evaluaciones en asociación con profesionales de la salud, pacientes y familias).

Los tipos de diagnósticos clínicos se basan en diferentes sistemas de clasificación y enfoques que ayudan a identificar y categorizar las enfermedades, trastornos y condiciones de salud.

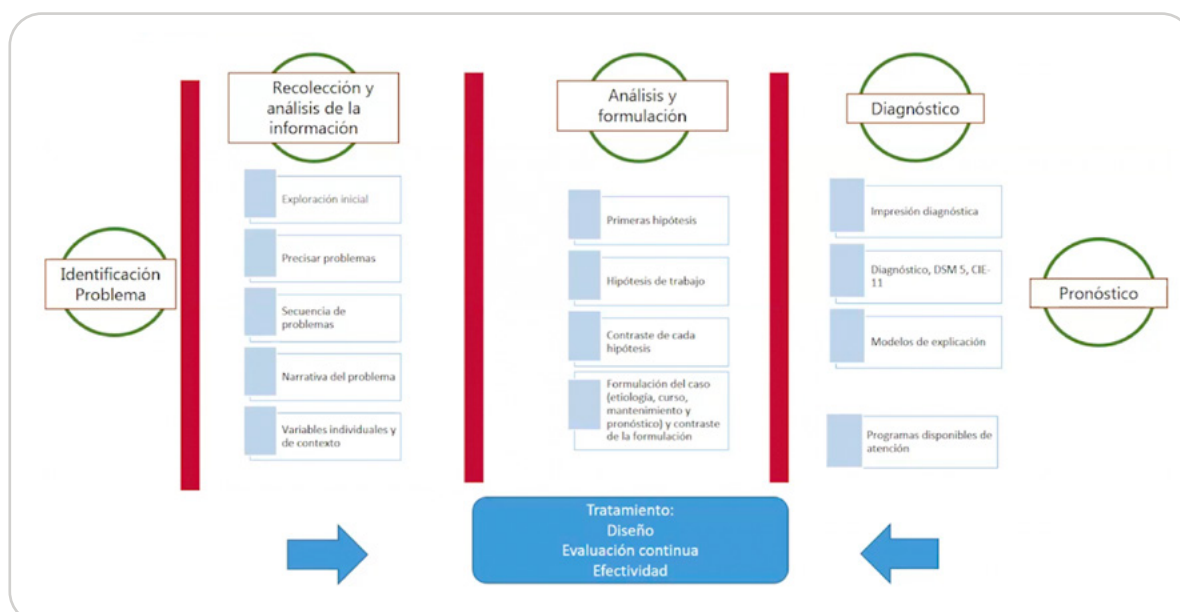
→ **Diagnóstico clínico general:** se refiere a la identificación de una enfermedad o condición basada en la evaluación de síntomas, signos, historia médica y pruebas diagnósticas. (análisis de sangre, estudios de imagen (radiografías, resonancias magnéticas), y otras pruebas). Ofrece una comprensión clara del estado de salud y permite planificar el tratamiento adecuado (Ejemplo: trastorno por consumo de sustancias).

→ **Diagnóstico diferencial:** es el proceso de distinguir entre dos o más trastornos que tienen síntomas similares. Tiene un enfoque sistemático, pues requiere la evaluación

de todas las opciones diagnósticas posibles y la exclusión de las menos probables. Ayuda a evitar errores diagnósticos y a seleccionar el tratamiento adecuado (Ejemplos: trastorno depresivo vs. trastorno de personalidad).

- Diagnóstico por criterios diagnósticos: utiliza sistemas de clasificación estandarizados que definen criterios específicos para cada enfermedad o trastorno (CIE, DSM,...). La estandarización ofrece un marco uniforme para la clasificación y diagnóstico. Y da consistencia, pues asegura un enfoque uniforme en la identificación de enfermedades (Ejemplo: trastorno depresivo mayor según los criterios del DSM-5).
- Diagnóstico funcional: es la evaluación basada en cómo una condición afecta el funcionamiento del paciente en su vida diaria. Es integral, pues incluye la valoración de capacidades funcionales y adaptaciones necesarias. Y holístico, ya que considera el impacto de la enfermedad en la vida diaria del paciente.
- Diagnóstico Presuntivo (Hecho antes de tener todas las pruebas definitivas, basado en los síntomas actuales y la historia clínica). Diagnóstico Inicial (Realizado cuando el diagnóstico final aún no está decidido). Diagnóstico Final (Facilita la planificación de pruebas adicionales y tratamientos).

Etapas del diagnóstico



3. EL DIAGNÓSTICO EN LA CONCURRENCIA TUS+OTM

El diagnóstico de la comorbilidad de TUS con otros trastornos mentales requiere un enfoque integral que considere tanto los trastornos psiquiátricos como el consumo problemático de sustancias. Debido a la complejidad de esta interacción, es necesario un proceso de evaluación detallado, que utilice herramientas diagnósticas especializadas, una anamnesis exhaustiva y la colaboración interdisciplinaria para identificar las comorbilidades y los riesgos asociados. Y una evaluación multidimensional y el trabajo conjunto de equipos interdisciplinarios. La identificación temprana de comorbilidades y riesgos asociados es clave para diseñar planes de tratamiento eficaces y reducir las complicaciones a largo plazo.

Los pacientes que entran en tratamiento por trastornos mentales 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 sensu estricto 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 desordenes. 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.

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 psicótropas”. Si se hubiera identificado el consumo de varias sustancias concretas, todas ellas deben ser codificadas.

El abordaje diagnóstico requiere la colaboración de equipos interdisciplinarios, que es fundamental para integrar la evaluación clínica, el análisis del contexto psicosocial y los factores de riesgo individuales. Los equipos interdisciplinarios permiten una evaluación más completa, ya que cada profesional aporta una perspectiva diferente que enriquece el proceso diagnóstico. Además, la coordinación entre estos profesionales mejora la comunicación con el paciente y promueve una mayor adherencia al tratamiento.

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

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

En caso de no elaborar un buen diagnóstico se puede incurrir en iatrogenia, ya que es cualquier daño o efecto adverso causado involuntariamente por un tratamiento médico, procedimiento, diagnóstico o intervención clínica. Puede ser consecuencia de errores, reacciones adversas a medicamentos, procedimientos innecesarios o negligencia. Aunque no siempre es evitable, la iatrogenia destaca la importancia de una práctica médica rigurosa, ética y basada en evidencia para minimizar riesgos y mejorar la seguridad del usuario.

Un diagnóstico temprano y preciso en salud mental permite intervenciones más eficaces, mejorando el pronóstico y calidad de vida del paciente. Ayuda a prevenir el agravamiento de los síntomas, reduce el impacto en la vida social y laboral, y facilita el acceso a tratamientos adecuados. Además, disminuye el riesgo de cronicidad y complicaciones, promoviendo una mejor integración del paciente en su entorno.

El diagnóstico temprano y preciso del trastorno por uso de sustancias y otros problemas de salud mental es clave para iniciar un tratamiento adecuado, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Una evaluación oportuna permite reducir el impacto en el funcionamiento social, laboral y familiar, así como evitar la cronificación de la enfermedad. Además, facilita el acceso a intervenciones eficaces, promoviendo la recuperación y el bienestar general.

4. LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

En la entrevista diagnóstica conviene:

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 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

La evaluación diagnóstica debe ser multidimensional, abarcando diferentes áreas clave:

- **Historia clínica:** La anamnesis debe indagar sobre los síntomas psiquiátricos actuales y pasados, el inicio y la evolución de los mismos, así como la presencia de factores desencadenantes. Es importante identificar episodios previos de manía, depresión o síntomas mixtos, además de posibles antecedentes familiares de trastornos mentales.
- **Uso de sustancias:** Es esencial obtener un registro detallado del tipo de sustancias consumidas, la frecuencia, la duración del consumo y el contexto en el que se produce. La evaluación debe incluir tanto el consumo actual como episodios previos de abstinencia, ya que estos factores afectan significativamente la presentación clínica.
- **Antecedentes psiquiátricos:** Los antecedentes psiquiátricos permiten identificar la cronología de los trastornos mentales y su relación con el consumo de sustancias. Un historial en el que los síntomas preceden al consumo indica la posibilidad de un trastorno primario, mientras que una aparición súbita de síntomas tras el inicio del consumo sugiere un trastorno inducido.

Se han consensuado una serie de recomendaciones para la evaluación diagnóstica:

- No evaluar retrospectivamente, sino el momento presente y, como mucho, en base al último año.

- Se ha de partir de cierta habituación. El primer paso ha de ser informar a los familiares sobre los acercamientos terapéuticos.
- Cuidar la elección de los instrumentos y las fuentes. “Sólo lo mejor es suficientemente bueno”.
- Se recomienda también una valoración multidisciplinar, precisamente para la consolidación de la toma de datos sin olvidar distintas perspectivas.
- Si se evalúan emociones, es especialmente conveniente su reevaluación, por la versatilidad de la persona en este campo.
- Cuando se acaba la evaluación y se elabora un diagnóstico, hay que presentarlo con todas las limitaciones de su actualidad, fiabilidad y validez. No cabe limitarse a nombrar el problema, sino que se ha de proporcionar también información sobre los puntos fuertes y las vías de solución.

5. INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN Y AYUDA AL DIAGNÓSTICO

La validez (Grado en que un instrumento de detección realmente mide lo que pretende medir) y la fiabilidad en las evaluaciones clínicas en salud mental son cruciales para garantizar diagnósticos precisos, tratamientos efectivos y decisiones basadas en evidencia. Una evaluación fiable asegura que los resultados sean consistentes y reproducibles en diferentes contextos y profesionales, reduciendo errores y subjetividades. Además, la fiabilidad es fundamental para la investigación clínica, permitiendo la comparación de estudios y la validación de nuevas herramientas diagnósticas. Sin ella, se corre el riesgo de diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados y perjuicio en la atención de los pacientes.

La detección es el procedimiento breve utilizado para determinar la probabilidad de la presencia de un problema, corroborar que existe un motivo de preocupación o identificar la necesidad de una evaluación adicional. Determina la presencia o la ausencia de un problema. No es un diagnóstico clínico y tampoco permite realizar un diagnóstico clínico. Los resultados de un proceso de detección determinarán si la referencia a una evaluación podría ser beneficiosa para la persona; si no se justifica una evaluación adicional en este momento; o si es necesario repetir el proceso de detección más adelante.

La detección, evaluación y planificación del tratamiento:

- Proporciona una oportunidad para educar, y/o para una intervención temprana.
- Alerta al proveedor(a) sobre el riesgo de interacciones.
- Brinda la oportunidad de reforzar el compromiso de la persona.

- Resulta beneficioso para disminuir las actividades de alto riesgo en las personas que no padecen un trastorno por uso de sustancias.

Resultados del proceso de detección



Las herramientas diagnósticas para los casos duales incluyen entrevistas clínicas estructuradas, escalas de evaluación y pruebas de detección de sustancias. La utilización de entrevistas clínicas estructuradas no reemplaza la evaluación realizada por clínicos con experiencia. Estas herramientas permiten explorar tanto los síntomas psiquiátricos como el impacto del consumo de sustancias, ayudando a distinguir entre trastornos primarios e inducidos. Las pruebas toxicológicas son útiles para confirmar la presencia de sustancias en el organismo y evaluar patrones de consumo recientes, aunque deben complementarse con la historia clínica y la observación clínica para evitar errores en la interpretación de los resultados.

Entre los instrumentos de cribado y diagnóstico psiquiátrico destacan:

- **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)*: 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.

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.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington, D.C. 2014.
- Bunge M. Filosofía para médicos. Ed Gedisa. Barcelona, 2012.
- Cacace y Giménez. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. Méjico DF, 2022. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S269612962022000200063
- Cruz, et al. Importancia del Método Clínico. Méjico DF, 2012. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n3/spu09312.pdf>
- Cuba, et al. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. Barcelona, 2016. <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cop.es/infocop/pdf/1863.pdf>
- Fernández Miranda JJ. La evaluación clínica en adicciones. ¿De que instrumentos disponemos? Psiquis. 2001. (22)5: 183-193
- García-Portilla González MP et al. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Editorial CYESAM. Madrid, 2022.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Predictive validity of the EuropASI: Clinical diagnosis or composite scoring. Journal of Substance Abuse Treatment, 42(4), 392–399. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.011>
- OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Meditor. Madrid, 2008.
- OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. (Undécima Revisión). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2011.
- Pascual 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. Ed.Socidrogalcohol: Valencia, 2017. ISBN 978-84-945737-2-9.
- Pedrero Perez E. y Ruiz Sánchez de León JM. (2014) Los trastornos psicopatológicos y el dilema del diagnóstico. Neuropsicología de la Adicción. Madrid: Edit. Panamericana.
- Pereiro Gómez y Fernández Miranda JJ. Guía de adicciones para especialistas en formación. Ed. Socidrogalcohol, Valencia 2018. ISBN 978-84-945737-8-1.
- Sheehan DV et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). J Clin Psychiatry 1998; 59(20): 22-33

Financiado por:



www.riod.org

