

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

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

6

**MÓDULO 6. MARCO GENERAL DE
TRATAMIENTO. MODELOS, COMPONENTES
Y PRINCIPIOS DE ABORDAJE INTEGRAL**



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 6

MARCO GENERAL DE TRATAMIENTO. MODELOS, COMPONENTES Y PRINCIPIOS DE ABORDAJE INTEGRAL

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 6.

MARCO GENERAL DE TRATAMIENTO.

MODELOS, COMPONENTES Y PRINCIPIOS DE ABORDAJE INTEGRAL

TABLA DE CONTENIDO

1. Marco general de tratamiento.	6
1.1. Principios generales	6
1.2. Enfoque integral e integrado	7
1.3. Abordaje biopsicosocial	8
2. Modelos de abordaje	9
3. Principios y componentes y del abordaje integral e integrado.	10
3.1. Principios básicos	11
3.2. Componentes de un programa de tratamiento integrado	13
3.3. Servicios y recursos necesarios	14
4. Organización del tratamiento.	15
5. Tipos de intervenciones terapéuticas	17
5.1. Tratamiento farmacológico y sus particularidades	17
4.2. Intervenciones psicosociales	18
5. Colaboración entre pares y de familiares y allegados.	20
5.1. Colaboración entre pares.	20
5.2. Colaboración de la red de familiares y allegados.	21
6. El equipo interdisciplinar en comorbilidad TUS con OTM.	21
Bibliografía básica	24

1. MARCO GENERAL DE TRATAMIENTO.

La presencia de un diagnóstico dual dificulta el tratamiento y determina un peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de los dos trastornos no es diagnosticado y tratado adecuadamente. Los problemas en su tratamiento tienen que ver con las interferencias mutuas entre los tratamientos específicos, el incumplimiento de las prescripciones, la carencia de apoyos sociales y de recursos asistenciales, y la elevada frecuencia de problemática familiar y legal. El tratamiento ha de ser individualizado, teniendo en cuenta los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente, y considerando la necesidad de intervenciones terapéuticas más intensivas, siendo el apoyo sociofamiliar determinante para la evolución (Pereiro y Fernández, 2018).

1.1. PRINCIPIOS GENERALES

Aún existe una falta de consenso en cuanto a las estrategias más adecuadas tanto farmacológicas, psicosociales, como del lugar donde debe realizarse el tratamiento para estas personas, que se benefician con el tratamiento habitual de adicciones y de los otros trastornos mentales, aunque tienen peores resultados. No obstante, se han planteado unos principios generales que deben regir los tratamientos (Arias et al, 2020).

Un programa de tratamiento eficaz para pacientes duales debe facilitar el acceso rápido a los profesionales sanitarios, ya que estos pacientes solicitan asistencia con mayor frecuencia que aquellos en los que no existe comorbilidad. Sin embargo, en muchas ocasiones, la atención recibida no es la adecuada, generalmente por dos tipos de barreras: ciertas características de los sujetos (Ausencia de conciencia del problema, deterioro cognitivo o síntomas residuales, aislamiento social, miedo al estigma...) y aspectos estructurales (Accesibilidad, infradiagnóstico, poblaciones “especiales” (Adolescentes, minorías étnicas, sin techo...), falta de dispositivos y de formación) (Pascual et al, 2017).

También se ha remarcado que el estándar básico para el diseño de un programa de atención a personas con trastornos adictivos y otros trastornos psiquiátricos debe incluir accesibilidad, integralidad, continuidad de cuidados y acorde con el estado actual de conocimiento basado en la evidencia científica. Lo anterior está en sintonía con los principios fundamentales para la organización de servicios de salud mental: protección de los Derechos Humanos, accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de atención, eficacia, equidad y eficiencia.

Es conocido que la existencia de dos redes para tratar a un único enfermo con dos o más trastornos mentales, originada en la década de 1980, y que aún se prolongan en muchos casos hasta la actualidad, condiciona una atención paralela o secuencial en el abordaje de esta comorbilidad, con déficits que inciden en el aumento de la morbilidad y el abandono

de los tratamientos (Pascual et al, 2017). Es evidente la limitación de las aproximaciones tradicionales en la valoración y el manejo de estos trastornos (Drake et al, 1998; Mueser et al., 2003), ya que ninguna de las redes asistenciales está suficientemente preparada para abordar todos los problemas clínicos que presentan estas personas.

Sin embargo, parece ir en aumento la posibilidad de diagnosticar y tratar adecuadamente a estas personas en nuestro sistema de salud y de acuerdo con el conocimiento acumulado en las pasadas dos décadas, que indica que esta situación clínica responde mejor a tratamientos integrados y con un abordaje siempre desde una perspectiva biopsicosocial, como se hace en todo trastorno mental complejo (Torrens et al, 2012; Pascual et al, 2017).

1.2. ENFOQUE INTEGRAL E INTEGRADO

Se han proporcionado sólidas evidencias que apoyan la integración de los servicios (Drake et al, 1998; Mueser et al, 2003). Diversos estudios indican que estos trastornos responden a tratamientos integrados en los que se traten conjuntamente tanto el trastorno mental grave y el trastorno por uso de sustancias, desde una perspectiva integradora, con equipos multidisciplinares, y con seguimientos y objetivos a largo plazo). Estos recursos asistenciales para el tratamiento integral requieren de un proceso de contención y estabilización intensivo de ambos trastornos, a fin de poder facilitar una buena evolución en el tratamiento y el logro del mayor grado posible de integración social y laboral de las personas atendidas (Pereiro y Fernández, 2018).

Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención para los pacientes con comorbilidad, aunque siguen siendo escasos los programas específicos multidisciplinares e intersectoriales para su atención, Es necesario asegurar la continuidad asistencial, estableciendo un sistema organizativo para evitar los abandonos y facilitar la adherencia (Pascual et al, 2017).

En definitiva, el tratamiento de las adicciones y las patologías mentales requiere un enfoque integral que contemple diferentes modalidades, adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente., considerando su historia clínica, nivel de motivación, contexto social y evolución en el tratamiento. Un abordaje personalizado permite mejorar la adherencia terapéutica, optimizar los resultados y reducir el riesgo de recaídas. Para esto es necesario:

- **Evaluación individualizada:** Análisis detallado de los síntomas psiquiátricos y del consumo de sustancias. Identificación de factores de riesgo y protectores. Uso de herramientas diagnósticas validadas.
- **Plan de tratamiento flexible:** Ajuste de estrategias según la respuesta del paciente. Integración de enfoques farmacológicos, psicoterapéuticos y psicosociales. Posibilidad de modificar el plan terapéutico según necesidades emergentes.

- **Involucramiento del paciente:** Participación activa en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Fortalecimiento de la autonomía y responsabilidad en su proceso de recuperación. Enfoque motivacional para fomentar el compromiso con la terapia.

Existen además estrategias para la personalización del tratamiento:

- Tratamiento diferenciado según el perfil del paciente: Ajuste en la elección de fármacos y terapias según la tolerancia y evolución clínica.
- Terapias adaptadas: Uso de enfoques basados en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia motivacional, según las características del paciente.
- Apoyo psicosocial específico: Implementación de programas de rehabilitación, reinserción laboral y redes de contención familiar.

El abordaje personalizado propicia mayor adherencia al tratamiento y reducción del abandono terapéutico; menor riesgo de recaídas, al atender factores específicos de cada paciente; y mejor respuesta clínica, al ofrecer un tratamiento adaptado a sus necesidades. Y es esencial en la comorbilidad, ya que permite diseñar estrategias terapéuticas ajustadas a la realidad de cada paciente. Al integrar evaluaciones individualizadas, tratamientos flexibles y la participación activa del usuario, se potencia la efectividad del tratamiento y se favorece una recuperación sostenida.

1.3. ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial es fundamental en el tratamiento de la concurrencia de TUS con otro TM, ya que considera la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la evolución del paciente. Este enfoque permite diseñar intervenciones más efectivas, personalizadas y sostenibles en el tiempo.

Las dimensiones del modelo biopsicosocial son:

- **Biológica:** Alteraciones neuroquímicas y predisposición genética. Impacto del consumo de sustancias en el sistema nervioso central. Tratamiento psicofarmacológico adecuado. Tratamiento de las patologías clínicas concurrentes.
- **Psicológica:** Evaluación psicopatológica diagnóstica. Mecanismos de afrontamiento disfuncionales. Psicoterapias basadas en evidencia, por ejemplo, TCC y terapia motivacional.
- **Social:** Influencia del entorno familiar, laboral y comunitario. Estigma asociado a los trastornos mentales y el consumo de sustancias. Necesidad de integración en redes de apoyo y servicios comunitarios.

El enfoque biopsicosocial ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento, reducir recaídas y favorecer una recuperación integral. Al considerar todas las dimensiones del

paciente, se logra un tratamiento más completo y efectivo, que atiende no solo los síntomas, sino también sus causas subyacentes y consecuencias. El abordaje biopsicosocial es la base del tratamiento en la comorbilidad, ya que permite comprender la enfermedad en su totalidad. Integrar intervenciones médicas, psicológicas y sociales en un mismo plan terapéutico mejora significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.

2. MODELOS DE ABORDAJE

Para alcanzar el éxito en el tratamiento para pacientes con diagnóstico dual debe garantizarse una atención de calidad centrada en la recuperación del paciente y apoyada en la evidencia científica. En la actualidad, en muchos casos aún existe una separación funcional entre los dispositivos de salud mental y de drogodependencias. En este sentido, se han descrito varios modelos generales de tratamiento para estos pacientes (Pascual et al, 2017):

- **Modelo secuencial:** En este modelo el paciente es atendido inicialmente en función de la patología que se considera primaria por el tipo de recurso destinado a ello (drogodependencias o salud mental). El único vínculo entre ellas es la derivación. Sólo cuando el paciente está estable o asintomático es derivado al siguiente dispositivo para abordar el trastorno que se ha considerado secundario. Este modelo se ha relacionado con un aumento en el número de asistencias a urgencias y de ingresos hospitalarios.
- **Modelo paralelo:** El paciente es atendido en ambos dispositivos de forma simultánea e independiente. La falta de comunicación y de abordaje conjunto suele ser la norma, con problemas logísticos, mala coordinación de citas y estigma.
- **Modelo matricial:** Propone un abordaje del paciente dual en un mismo momento y en un mismo dispositivo asistencial (drogodependencias o salud mental) por profesionales vinculados a ambos dispositivos. Profesionales de salud mental son invitados a dispositivos de drogodependencias y viceversa, estableciendo redes de conexión y un único plan terapéutico.
- **Modelo integrado:** Un mismo recurso asistencial oferta un tratamiento integrado al paciente, tanto para su adicción como para la comorbilidad psiquiátrica. Aunque este modelo se considera el ideal, la realidad es que no están generalizados, y por ello resulta difícil concretar su efectividad (Torrens et al, 2012). Combina intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales para garantizar una atención completa y adaptada a las necesidades del paciente.
- **Modelo de cuidado escalonado o colaborativo:** La persona recibe tratamiento de diversa intensidad de acuerdo a su gravedad particular; se utilizan inicialmente trata-

mientos menos intensivos y de menor costo, para luego dar paso a tratamientos de mayor intensidad y más costosos si los iniciales han sido insuficientes. Es el modelo de los “Cuadrantes de atención”, en donde se describen cuatro situaciones con indicaciones y responsabilidades específicas de acuerdo al predominio y gravedad de una o ambas sintomatologías.

La separación en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y los otros trastornos mentales favorecen modelos de atención secuencial o paralela, situación que ha generado altos costes de tratamiento y deficiente efectividad en ellos. Existe poca investigación para determinar qué modelos de tratamiento puede ser el más adecuado. No obstante, los tratamientos integrados se han asociado a resultados positivos en reducción de consumo, mejoría de síntomas psiquiátricos y funcionamiento general, disminución de hospitalizaciones, mayor estabilidad de la residencia, menos detenciones, mayor adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida (Pereiro y Fernández, 2018; Arias et al, 2020).

3. PRINCIPIOS Y COMPONENTES Y DEL ABORDAJE INTEGRAL E INTEGRADO.

En la comorbilidad que nos ocupa es importante destacar la eficacia no tanto de las intervenciones sobre cada uno de los aspectos o trastornos que concurren en un mismo paciente sino el tratamiento integrado como estrategia de abordaje. En el tratamiento integrado se pone el foco en aquellas condiciones clínicas, de funcionamiento y ambientales que nos interesan, y se aplican tratamientos psicológicos, farmacológicos o de soporte social. Este modelo ha demostrado ser más eficaz que los tratamientos con planes terapéuticos separados para cada trastorno (Drake et al, 1998; Torrens et al, 2012).

La comorbilidad TUS con OTM requiere un enfoque terapéutico que abarque todas sus dimensiones. La atención integral e integrada es clave para abordar de manera simultánea los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la evolución del paciente. La atención integral considera al paciente en su totalidad, diseñando estrategias que atiendan tanto los síntomas psiquiátricos como el consumo de sustancias y el entorno social. El concepto de atención integrada hace referencia a la necesaria coordinación entre los servicios de salud mental, en sus diferentes niveles, y los dispositivos de tratamiento de adicciones, evitando la fragmentación del tratamiento y mejorando la continuidad del cuidado (Pascual et al, 2017).

Se han propuesto unas directrices generales del tratamiento integral:

1. Identificar a los pacientes y sus necesidades, realizar una evaluación cuidadosa del patrón de uso de sustancias y de las alteraciones psicopatológicas que presenta. Posteriormente se debe organizar un plan individualizado de continuidad de cuidados y seguimiento a largo plazo, con abordajes

rehabilitadores diversos.

2. Establecer un entorno seguro y de apoyo y realizar un seguimiento continuado para detectar y tratar descompensaciones psicopatológicas relacionadas con el consumo.

3. Adaptar las estrategias de tratamiento al paciente dual: Abstinencia como objetivo final y no como prerequisite para el tratamiento. Programa estructurado. Tratamiento farmacológico monitorizado. Técnicas de afrontamiento, como entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, relajación y resolución de problemas en terapia individual o grupal. Grupos psicoeducativos para pacientes y familiares.

3.1. PRINCIPIOS BÁSICOS

Ya hace décadas fueron descritos unas premisas generales para implementar un tratamiento integrado (Mueser et al, 2003):

- La atención a los TUS y a los otros trastornos mentales ha de ser integrada para abordar eficazmente las necesidades de las personas con trastornos concurrentes.
- Los servicios sanitarios para estos pacientes estarán integrados en el sistema sanitario y coordinados con los sociales, asegurando la continuidad de cuidados.
- Los especialistas en tratamientos integrados deben estar capacitados para tratar tanto los trastornos por uso de sustancias como las enfermedades mentales graves.
- Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo de atención para los pacientes con diagnóstico dual
- El ofrecer un tratamiento a cualquier paciente con TUS y OTM debería ser habitual, ya que los tratamientos para la comorbilidad son efectivos.
- Han de estar disponibles múltiples intervenciones, individuales, grupales, de autoayuda y familiares.
- La supervisión será permanente, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona.

De una manera más actualizada, los principios básicos de un abordaje integral e integrado se han resumido en (Pascual et al, 2017):

Principios del abordaje integral e integrado

- **Accesibilidad:** Eliminar barreras económicas, burocráticas y geográficas en el acceso al tratamiento.
- **Detección eficaz.** El problema fundamental es la tendencia a no diagnosticar el trastorno dual.
- **Basado en el conocimiento científico.** El tratamiento para pacientes con diagnóstico dual debe garantizar una atención de calidad apoyada en la evidencia científica.
- **Continuidad del cuidado.** Mantener un seguimiento sostenido, evitando interrupciones que favorezcan recaídas. Y atendiendo a otras necesidades de salud (VIH, VHC, sdr metabólico, etc.).
- **Trabajo interdisciplinario.** Los equipos de tratamiento integral deben estar formados por personal multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales) capaces de elaborar un plan de tratamiento completo.
- **Enfoque personalizado.** Adaptar la intervención a cada paciente según su historia clínica y nivel de motivación, individualizada, fomentando la adhesión y la atención a las necesidades específicas.
- **Intensividad.** Ha de incluirse supervisión del tratamiento farmacológico, funciones de acompañamiento y atención a su situación social
- **Participación del paciente y su entorno:** Involucrar a la familia y fomentar, en lo posible, la autonomía del paciente.

Por otro lado, se han definido los requerimientos necesarios para el tratamiento a las personas con TUS + OTM:

- La atención ha de estar integrada en el sistema sanitario y coordinado con los servicios sociales.
- Los equipos multidisciplinarios constituyen la infraestructura básica del modelo de atención para personas con diagnóstico dual.
- Los profesionales deben estar capacitados para tratar, tanto los trastornos por

uso de sustancias, como las enfermedades mentales graves.

- Se requieren múltiples intervenciones, individuales, grupales, de autoayuda y familiares.
- La supervisión será permanente, con enfoque integral y centrado en las necesidades de la persona.
- El tratamiento será colaborativo, involucrando a familiares y cuidadores.
- Con expectativas realistas, expresando confianza en la eficacia del tratamiento. Y sin juzgar y sin confrontaciones.
- Con intervenciones motivacionales en todas las etapas y una aproximación cognitivo-conductual, con prevención de recaídas.
- Y considerando entre sus objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.

El tratamiento integrado ha demostrado eficacia en la reducción de recaídas, mejora de la adherencia al tratamiento y aumento de la calidad de vida. Sus principales beneficios incluyen: mayor estabilidad clínica y funcional, menor riesgo de hospitalizaciones y crisis, coordinación efectiva entre profesionales y mayor compromiso del paciente con el tratamiento. La atención integral e integrada en la comorbilidad TUS con OTM optimiza la recuperación del paciente mediante la coordinación de recursos y la personalización del tratamiento. Su implementación requiere reorganizar los servicios de salud, garantizando accesibilidad y continuidad, lo que mejora la estabilidad y la reinserción social del paciente (Arias et al, 2020).

3.2. COMPONENTES DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO INTEGRADO

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

- Integración plena y normalizada en el sistema de salud.
- Orientación a largo plazo, garantizando la continuidad de cuidados.

- Atención especial a personas con mayores dificultades de acceso al tratamiento, poblaciones especiales o de mayor riesgo.
- Apoyo comunitario, incluyendo recursos que faciliten alojamiento, desarrollo vocacional y uso satisfactorio del tiempo libre.
- Intervenciones psicoterapéuticas basadas en el conocimiento científico.
- Fármacos mostradamente efectivos y que favorezcan la adherencia.

3.3. SERVICIOS Y RECURSOS NECESARIOS

Se han descrito una serie de ofertas de servicios y recursos necesarios para el desarrollo de un tratamiento integrado e integral:

Servicios para un tratamiento integrado

- Tratamiento rápido de abstinencia y descompensación psicopatológica.
- Desarrollo y facilitación de un programa terapéutico individualizado.
- Prevención de las recaídas.
- Educación sanitaria individual y familiar.
- Reducción de comorbilidad somática.
- Favorecimiento de la adherencia al tratamiento.
- Fomento de las actividades ocupacionales y formativo-laborales.

Recursos terapéuticos necesarios

- Equipo multidisciplinar especializado en salud mental y adicciones.
- Coordinación con otros dispositivos sociosanitarios.
- Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.
- Hospitalización parcial con seguimiento intensivo.

- Cobertura psicofarmacológica efectiva y tolerable.
- Terapias cognitivo-conductuales.
- Grupos de prevención de recaídas.
- Grupos psicoeducativos.

4. ORGANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento se debe organizar, por lo general, desde un punto de vista longitudinal, dividiendo el proceso en etapas, en cada una de las cuales se plantean objetivos y estrategias terapéuticas distintas. Y necesita ser más tolerante que las intervenciones tradicionales y debe abordar las recaídas y evitar abandonos y rehospitalizaciones. Para detectar qué pacientes comórbidos se beneficiarían de un programa de tratamiento intensivo, se debe conocer el grado de funcionamiento, la capacidad cognitiva y su autonomía, y la gravedad de las alteraciones psicopatológicas.

El tratamiento para estos pacientes debería ser flexible, atender a objetivos a medio-largo plazo y, en los casos en los que la abstinencia no es un primer objetivo, orientarse hacia un cambio en las pautas de consumo de droga (dosis, vías usadas, etc.). El proceso de tratamiento en pacientes duales es largo, puede durar años. Comprender esta cualidad de proceso longitudinal puede evitar crear expectativas poco realistas y ofrecer intervenciones para las que el usuario aún no está preparado.

Los objetivos iniciales en el tratamiento son facilitar el acceso a los servicios de salud, realizar un diagnóstico correcto, implicar al paciente y a la familia y establecer un acuerdo con el paciente para alcanzar la abstinencia o el control de consumo de sustancias, en su defecto, y una comprensión de los obstáculos para mantenerla (Roncero y Casas, 2016). Mantener una adhesión a los dispositivos resulta de un gran esfuerzo conjunto, tanto por parte de los pacientes como de familiares y profesionales.

El enfoque terapéutico se basa en el principio de la rehabilitación integral. Esto significa que no solo se abordan los síntomas de la adicción o el trastorno mental, sino que también se promueve el desarrollo de la autoestima, la resiliencia y la autonomía de los pacientes. Es importante que el equipo terapéutico sea integrado por un equipo interdisciplinario calificado en la asistencia y tratamiento tanto de consumo problemático como de patologías mentales. Entre sus primeros objetivos en el proceso es lograr que el paciente tenga conciencia de enfermedad, es decir que puedan tener conocimientos de su problemática y aceptar que la misma ha influido en sus capacidades emocionales

y físicas, afectando vínculos afectivos, sociales y laborales. Y lograr la máxima adherencia terapéutica.

Las comunidades terapéuticas se centran en el proceso de recuperación a través de un entorno estructurado y de apoyo. Buscan fomentar la recuperación, proporcionando a los pacientes las herramientas necesarias para enfrentar la vida sin sustancias, desarrollando su autonomía y ayudándoles a integrar prácticas saludables en su vida cotidiana. A grandes rasgos, una comunidad terapéutica es un modelo especializado en la rehabilitación y reinsertión social de personas con consumos problemáticos, trastornos de la conducta y en algunos casos con patologías psiquiátricas de base. Es muy importante que pueda incluir la atención a paciente duales.

Los tratamientos ambulatorios son una modalidad terapéutica diseñada para personas que, aunque enfrentan adicciones y trastornos mentales, no requieren de una supervisión constante en un entorno residencial. Esta modalidad permite que los pacientes reciban atención de forma que puedan ir y venir al lugar de atención. El tratamiento ambulatorio ofrece la flexibilidad de seguir con las actividades diarias, como el trabajo, el estudio o las responsabilidades familiares, mientras están en tratamiento. Esta modalidad es especialmente útil para pacientes que están en etapas iniciales de recuperación, aquellos que tienen una red de apoyo sólida o quienes no presentan un grado elevado de gravedad en su adicción o trastorno. O para aquellos que deben lograr consciencia de enfermedad y sostienen el consumo. El trabajo ambulatorio incluye intervenciones breves, terapias de orientación y prevención de recaídas, desde un enfoque personalizado, considerando el historial del paciente y sus necesidades particulares.

Aunque los tratamientos ambulatorios y residenciales comparten ciertos objetivos terapéuticos, la principal diferencia radica en la intensidad y el entorno del tratamiento. Mientras que las comunidades terapéuticas residenciales ofrecen una supervisión continua en un ambiente controlado, el tratamiento ambulatorio proporciona mayor autonomía al paciente, permitiéndole recibir atención terapéutica. Es importante recordar que el tratamiento ambulatorio también debe ser altamente estructurado para evitar recaídas y garantizar que el paciente continúe trabajando en su proceso de recuperación.

Los tratamientos ambulatorios juegan un papel crucial, si bien las comunidades terapéuticas residenciales son una opción efectiva para aquellos con necesidades más intensas. Los tratamientos ambulatorios ofrecen una alternativa más flexible, permitiendo que los pacientes continúen o retomen de forma paulatina, sus responsabilidades cotidianas mientras reciben la atención necesaria. Este modelo, permite que el paciente reciba un tratamiento individualizado, participando activamente en su proceso de recuperación, y con un seguimiento continuo para asegurar el éxito a largo plazo. Es indicado uno u otro a partir de la evaluación del equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta la dependencia del consumidor y la necesidad de límites terapéuticos más o menos estructurados. Lo ambulatorio no es sencillamente un tratamiento menos complejo que la internación.

5. TIPOS DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

El éxito del tratamiento de la comorbilidad TUS con OTM radica en la combinación equilibrada de intervenciones médicas, psicológicas y sociales. Algunas estrategias incluyen: Tratamiento farmacológico, intervenciones psicoterapéuticas y programas de rehabilitación psicosocial, enfocados en la reinserción laboral y social. Se ha evidenciado también el impacto positivo de las intervenciones familiares (Donald et al, 2005; Mueser et al, 2013). Y que las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas, facilitan disminuir el consumo y mejorar los síntomas psicopatológicos.

Es necesario flexibilizar objetivos según necesidades del paciente. Ofrecer diversos objetivos (abstinencia o reducción del consumo) mejora el compromiso con el tratamiento y sus resultados. 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 (Pereiro y Fernández, 2018).

5.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SUS PARTICULARIDADES

Los tratamientos utilizados en los pacientes con comorbilidad son semejantes a los que se utilizan cuando se presenta una sola patología y, en general, se considera que los que son eficaces para tratar determinados trastornos mentales también lo son en los pacientes con diagnóstico dual, y que los que están indicados para tratar los trastornos por uso de sustancias también están indicados en los pacientes adictos con comorbilidad psiquiátrica. En principio, no está contraindicado ningún psicofármaco.

El uso adecuado de medicación es un elemento importante en el tratamiento, 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 (Pascual et al, 2017).

Se debe tener en cuenta la alta sensibilidad a los efectos secundarios que presentan estos pacientes, las interacciones entre psicofármacos y drogas, y las altas tasas de incumplimiento. Y que pueden necesitarse dosis de psicofármacos más altas. Hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psicofarmacológico sobre ella. Se deben utilizar preferentemente los psicofármacos con menos efectos adversos y mejor tolerados, y que no aumentan o que incluso puedan disminuir el “craving”. En caso de previsión de incumplimiento o por mayor comodidad se recomiendan los nuevos inyectables de larga duración, y en general todos los fármacos que favorezcan la adherencia (Arias et al, 2020).

El tratamiento farmacológico de la adicción en pacientes duales se hará según pautas habituales, teniendo en cuenta las consideraciones previas y 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. No obstante, 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.

Las intervenciones farmacológicas basadas en evidencia se resumen en:

- Antidepresivos: Uso de ISRS y Duales en depresión y ansiedad. Bupropion, agomelatina y vortioxetina como alternativas.

- Estabilizadores del ánimo: Litio y ácido valproico en trastorno bipolar

- Antipsicóticos atípicos: Uso en trastornos psicóticos y trastorno bipolar. Inyectables de larga duración.

- Metadona y buprenorfina en dependencia a opioides. Naltrexona y acamprosato para dependencia de alcohol.

4.2. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

El tratamiento de la concurrencia de TUS con OTM requiere un enfoque psicoterapéutico integral que combine terapia individual, grupal y familiar, abordando las necesidades emocionales, cognitivas y sociales para mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de recaídas. Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un abordaje integral. 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) (Pereiro y Fernández, 2018).

Existen pocos estudios específicos sobre psicoterapia en pacientes duales. Y cuando se realizan metaanálisis sobre la intervención psicosocial, incluyendo todo tipo de terapias, no se encuentran hallazgos significativos, quizás debido a posibles dificultades metodológicas. Las se pueden clasificar en cognitivo-conductuales, motivacionales, familiares y psicodinámicas. 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 (Arias et al., 2020).

Las intervenciones psicoterapéuticas efectivas son:

- La terapia cognitivo-conductual (entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias y prevención de recaídas) ha mostrado su efectividad, especialmente en el tratamiento de sintomatología psicótica comórbida.
- La entrevista motivacional (EM) mejora la eficacia terapéutica de las intervenciones cognitivo-conductuales en la comorbilidad. Las intervenciones motivacionales facilitan la adhesión terapéutica y promueven el cambio.
- La TCC, junto con intervenciones de tipo motivacional mejora el funcionamiento de estos pacientes comórbidos y los cambios persisten.
- Las intervenciones familiares, desde el modelo cognitivo-conductual, se han mostrado eficaces en mejorar la adherencia al tratamiento, la reducción significativa del consumo y la disminución de la sintomatología psicopatológica.
- No hay evidencias empíricas de la eficacia de las terapias dinámicas dentro del ámbito de las conductas adictivas y de la comorbilidad psiquiátrica.
- Es importante contar con grupos de red (padres, otros familiares y amigos, parejas) para trabajar psicoeducativamente.

Existen diferentes formatos para estas intervenciones psicoterapéuticas:

- Terapia individual: Su objetivo principal es ayudar a comprender la relación entre la patología psiquiátrica y el consumo de sustancias, desarrollar estrategias de afrontamiento y fortalecer la motivación para el cambio. Se emplean enfoques basados en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia motivacional.
- Terapia grupal: Los pacientes comparten sus experiencias en un entorno de apoyo mutuo, guiado por un terapeuta. Este formato facilita el aprendizaje de nuevas habilidades y la construcción de una red de contención, favorece la identificación con otras personas en procesos similares, reduce el sentimiento de aislamiento y estigmatización y permite practicar habilidades sociales y recibir retroalimentación constructiva. Se puede aplicar en prevención de recaídas, terapia de apoyo o psicoeducación.
- Terapia familiar: La participación de la familia en el tratamiento es fundamental, ya que el entorno puede influir tanto en la recuperación como en el mantenimiento de los síntomas. La terapia familiar busca mejorar la comunicación, reducir la carga emocional y fortalecer el rol de la familia en el proceso de rehabilitación. En algunos casos, se combinan sesiones familiares con psicoeducación para que los allegados comprendan mejor la comorbilidad y cómo apoyar la recuperación del paciente.

- La combinación de terapia individual, grupal y familiar en potencia el proceso de recuperación, ofreciendo un abordaje completo que atiende tanto las necesidades personales del paciente como su entorno social. Adaptar cada modalidad a las características individuales de cada caso permite mejorar la adherencia al tratamiento y fomentar una recuperación más sólida y sostenida.
- Talleres terapéuticos: Complementan las terapias individuales y grupales con actividades prácticas que promueven el bienestar emocional, el desarrollo de habilidades y la integración social. Potencian la recuperación mediante la educación, la regulación emocional y la integración social. Hay diferentes tipos: de psicoeducación, de habilidades sociales y comunicación, de regulación emocional, ocupacionales/recreativos, de prevención de recaídas.

5. COLABORACIÓN ENTRE PARES Y DE FAMILIARES Y ALLEGADOS.

5.1. COLABORACIÓN ENTRE PARES.

Desarrollar la colaboración entre pares es una estrategia clave en el tratamiento de la comorbilidad, basada en el apoyo mutuo entre personas que han atravesado experiencias similares. Este enfoque fomenta la empatía, la identificación y el sentido de pertenencia, factores esenciales para la recuperación y la prevención de recaídas.

Los pacientes con comorbilidad TUS con OTM suelen enfrentar estigmatización, aislamiento y dificultades para sostener el tratamiento. Contar con un grupo de pares brinda un espacio seguro donde compartir experiencias y recibir apoyo de personas que comprenden sus desafíos, favoreciendo la integración y el desarrollo de vínculos saludables. También se puede observar motivación al cambio, al ver el progreso de otros que han superado dificultades similares. Se refuerza la auto eficacia, promoviendo la confianza en la capacidad de recuperación. Por último, gracias a la contención emocional y el intercambio de estrategias de afrontamiento, se genera menor posibilidades de recaídas.

Hay varias formas de colaboración entre pares:

- Grupos de ayuda mutua: Espacios donde los participantes comparten experiencias y se brindan apoyo emocional.
- Pares acompañantes: Personas en recuperación avanzada que sirven como mentores para quienes están en etapas iniciales del tratamiento.

- Terapias grupales: Encuentros facilitados por profesionales donde se promueve el aprendizaje conjunto y la construcción de redes de apoyo.
- Redes de apoyo comunitario: Espacios organizados por asociaciones o centros de tratamiento para fortalecer la inclusión social de los pacientes.

Los pares desempeñan un papel importante en la consolidación de hábitos saludables, brindando apoyo en momentos de crisis y fortaleciendo la resiliencia. Su participación en el proceso terapéutico complementa el trabajo de los profesionales, ofreciendo un modelo de recuperación tangible y accesible. Y brinda apoyo emocional, fortalece la motivación, promueve la integración social y contribuye a la estabilidad y al bienestar del paciente a largo plazo.

5.2. COLABORACIÓN DE LA RED DE FAMILIARES Y ALLEGADOS.

La participación de la familia y del entorno cercano es un pilar fundamental en el tratamiento y la recuperación. Su integración en el proceso terapéutico permite un apoyo sólido puede mejorar la adherencia al tratamiento, reducir el riesgo de recaídas y favorecer la integración social del paciente. La implicación de los familiares aporta mayor estabilidad emocional y motivación del paciente, mejor comunicación y reducción de conflictos familiares. Y permite una identificación temprana de señales de recaída y favorece además la continuidad del tratamiento.

Existen diferentes estrategias de intervención con la red de apoyo: involucramiento en la planificación del tratamiento psicoeducación familiar, terapia familiar, grupos de apoyo, etc. Sin embargo, existen dificultades y desafíos en la participación familiar, como la estigmatización sobre la enfermedad mental y el consumo de sustancias, el cansancio o desgaste emocional en la familia y los conflictos interpersonales. Superar estos obstáculos requiere un abordaje que considere tanto el bienestar del paciente como el de su entorno cercano.

6. EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN COMORBILIDAD TUS CON OTM.

El tratamiento de la concurrencia de TUS con OTM requiere la participación de un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diversas áreas, cuya formación y especialización permitan abordar de manera integral los trastornos mentales y el consumo problemático de sustancias. Este enfoque favorece una atención coordinada y efectiva, optimizando los resultados terapéuticos y mejorando la calidad de vida del paciente.

El trabajo conjunto permite un diagnóstico más preciso, al integrar diferentes perspectivas profesionales; un tratamiento más eficaz, combinando enfoques farmacológicos, psicote-

rapéuticos y psicosociales; una mejor coordinación de cuidados, evitando la fragmentación del tratamiento; un mayor apoyo al paciente, considerando sus necesidades médicas, emocionales y sociales; y mejorar la adherencia al tratamiento.

Para lograr una atención efectiva, el equipo interdisciplinario debe trabajar con un enfoque colaborativo. Algunas estrategias clave incluyen: Reuniones periódicas para discutir la evolución del paciente y ajustar el plan de tratamiento, historia clínica compartida, accesible para todos los profesionales involucrados y protocolos e intervención claros, que establezcan criterios de derivación y seguimiento.

La supervisión periódica es fundamental, ya que permite un seguimiento continuo y la optimización del tratamiento. Es clave para prevenir recaídas, ajustar la medicación y evaluar la evolución del cuadro psiquiátrico. Sus objetivos son:

1. Monitoreo de síntomas psiquiátricos y su evolución a lo largo del tratamiento.
2. Ajuste del tratamiento farmacológico, garantizando su efectividad y seguridad.
3. Prevención y manejo de recaídas, tanto en el consumo de sustancias como en la patología mental.
4. Evaluación de efectos adversos y adherencia a la medicación prescrita.
5. Coordinación con otros profesionales del equipo para una atención integral.

Aspectos relevantes en el seguimiento son:

1. Evaluación clínica y ajuste de medicación: revisar la efectividad del tratamiento psicofarmacológico, considerando interacciones y posibles efectos secundarios.
2. Valoración del estado mental del paciente: Observar la evolución de los síntomas y la presencia de factores de riesgo para recaídas o crisis.
3. Evaluación del nivel de adherencia al tratamiento: Identificar barreras que puedan dificultar el seguimiento e implementar estrategias para superarlas.
4. Derivación a otros especialistas o recursos de apoyo: Según la evolución del paciente, se puede recomendar intervenciones adicionales.

Por otro lado, hay que recordar que el éxito del tratamiento de estas personas depende, en gran medida, de la calidad de la relación terapéutica. Un vínculo basado en la confianza, la escucha activa y la empatía facilita la adherencia al tratamiento y la motivación del pacien-

te para sostener su recuperación. Los equipos bien coordinados han demostrado mejorar la adherencia al tratamiento, reducir recaídas y aumentar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Además, brindan apoyo a los profesionales, previniendo el agotamiento y mejorando la calidad del servicio.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 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. Sociodrogalcohol. Valencia, 2020.
- Arias Horcajadas F, Barreiro Sorribas C, Berdullas Barreiro J, et al. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Sociodrogalcohol. Valencia, 2011
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide. Guilford Press. London, 2014.
- Comas, D. La metodología de la comunidad terapéuticas. Atenea. Madrid, 2012.
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2018). Apuntes sobre comorbilidad TUS con OTM. Disponible en consaludmental.org
- Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated vs non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. Soc Sci Med. 2005; 60(6):1371–83.
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. Schizophr Bull. 1998;24(4):589–608.
- Fernández-Artamendi, S., Flórez Menéndez, G., Cortés-Tomás, M., & Pascual Pastor, F. (2024). ¿Comorbilidad TUS con OTM? Revisando la conceptualización de la comorbilidad en adicciones. Adicciones, 36(1), 3-10.
- Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated vs parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. J Subst Abuse Treat 2006;30(1):79–84.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice. Barlow DH, editor. Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice. New York, NY, US: The Guilford Press; 2003.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America, 2010; 33(3), 511-525.
- 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. Sociodrogalcohol: Valencia, 2017.
- RIOD. Guía Triple I: Atención integral, integradora e integrada. RIOD, 2021. Disponible en <https://riod.org/triple-i/>

- Romani, O. Un enfoque de salud pública en Materia de Drogas. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. RIOD, 2019. Disponible en: <https://riod.org/enfoque-de-salud-publica-riod/>
- Roncero C, Casas M. Comorbilidad TUS con OTM. Fundamentos clínicos y terapéuticos. 2016.
- Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric Co-Morbidity and Substance Use Disorders: Treatment in Parallel Systems or in One Integrated System? Subst Use Misuse 2012; 47(8–9):1005-1014

Financiado por:



www.riod.org

