

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
EN MATERIA DE SALUD MENTAL

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

7

MÓDULO 7. ASPECTOS GENERALES
DE LAS INTERVENCIONES
FARMACOLÓGICAS.



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Financiado por:



Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 7

MÓDULO 7. ASPECTOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

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 7.

ASPECTOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS.

TABLA DE CONTENIDO

1. Tratamientos para los trastornos mentales	6
2. Principios generales del uso de fármacos en la comorbilidad TUS + OTM	7
3. Consideraciones sobre el uso de fármacos en la comorbilidad	9
3.1. De los fármacos para el T. adictivo	9
3.2. De los fármacos para los otros T. mentales	9
3.2.1. Trastornos depresivos y bipolares	9
3.2.2. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	10
3.2.3. Trastornos de ansiedad	11
4. Resúmenes de recomendaciones (Guía Socidrogalcohol, 2020).	12
Tratamiento farmacológico en comorbilidad T. psicóticos + TUS	12
Tratamiento farmacológico en comorbilidad T. bipolares + TUS	13
Tratamiento farmacológico en comorbilidad T. ansiedad + TUS	14
5. Interacciones entre psicofármacos y drogas de abuso	15
6. Adherencia terapéutica y cumplimiento farmacológico en la comorbilidad TUS+OTM.	16
A. Psicoterapéuticas	18
B. Farmacológicas	18
Bibliografía básica	20

1. TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS MENTALES

Los tratamientos para los diferentes trastornos mentales son diversos: “biológicos” (farmacológicos y otros) y “psicosociales”. La combinación de ambas estrategias suele ser mas efectiva que la utilización de un solo abordaje.

Los tratamientos farmacológicos se resumen en (Álamo, 2010):

- **Medicamentos antidepresivos.** Usados para tratar la depresión, la ansiedad y en ocasiones otros trastornos; mejoran síntomas como el estado de ánimo deprimido, la dificultad para concentrarse y la falta de interés. No generan adicción ni dependencia.
- **Medicamentos ansiolíticos.** Reducen los síntomas de ansiedad. Los de acción rápida pueden causar dependencia, así que sólo se recomienda su uso en el corto plazo. Se usan principalmente para tratar trastornos de ansiedad y pánico, pero también reducen la agitación y el insomnio. Los ansiolíticos de largo plazo son típicamente antidepresivos que también sirven para tratar la ansiedad.
- **Medicamentos estabilizadores del estado de ánimo.** Son comúnmente utilizados para tratar el trastorno bipolar. En algunos casos también se emplean con antidepresivos para tratar pacientes con depresión.
- **Medicamentos antipsicóticos.** Generalmente se usan para tratar trastornos psicóticos, como la esquizofrenia. En ocasiones, para tratar el trastorno bipolar o, en conjunto, con antidepresivos para tratar la depresión.

Y los psicosociales en (Guía Socidrogalcohol, 2017):

- **Psicoterapia.** Proceso terapéutico entre un psiquiatra o psicólogo y un paciente. Con el conocimiento que el paciente obtiene, aprende formas de confrontar y manejar el estrés para lograr una mejora en su calidad de vida, a través de cambios graduales en su conducta, actitudes, pensamientos y/o afectos.
- **Programas de rehabilitación domiciliaria u hospitalaria.** En ocasiones, algunos pacientes experimentan episodios severos por lo que requieren ser internados en un hospital. Este es el tratamiento recomendado cuando un individuo no puede cuidar de sí mismo o hay peligro de que se haga daño a sí mismo o a otros. Las opciones incluyen, hospitalización, internado o tratamiento ambulatorio intensivo.
- **Programas intensivos de rehabilitación comunitarios.** Intervenciones especializadas diseñadas para brindar tratamiento integral a personas con trastornos mentales graves o problemas de consumo de sustancias, con el objetivo de promover su recuperación y reinserción social. Combina la atención médica, apoyo psicológico y entrenamiento en habilidades para la vida diaria, brindando servicios en entornos comunitarios en lugar de hospitales o instituciones cerradas. A través de un enfoque

multidisciplinario, incluyen terapia individual y grupal, educación sobre la enfermedad, acompañamiento en la integración laboral y fortalecimiento de redes de apoyo, priorizando la autonomía y la calidad de vida de los participantes.

→ **Estructuras intermedias en salud mental.** Son dispositivos de atención que se sitúan entre la hospitalización y la atención ambulatoria, proporcionando un soporte terapéutico y rehabilitador en la comunidad. Los programas más comunes dentro de estas estructuras incluyen: Hospitales de día. Centros de rehabilitación psicosocial. Comunidades terapéuticas. Viviendas supervisadas. Y Programas de Tratamiento asertivo comunitario y de Gestión de casos.

2. PRINCIPIOS GENERALES DEL USO DE FÁRMACOS EN LA COMORBILIDAD TUS + OTM

Los tratamientos utilizados en los pacientes duales son semejantes a los que se utilizan cuando se presenta una sola patología y, en general, se considera que los que son eficaces para tratar determinados trastornos mentales también lo son en los pacientes con diagnóstico dual, y que los que están indicados para tratar los trastornos por uso de sustancias también están indicados en los pacientes adictos con comorbilidad psiquiátrica.

El uso adecuado de medicación es un elemento importante en el tratamiento de los pacientes con esta concurrencia, pues inciden significativamente en la estabilización de la sintomatología psiquiátrica aguda, situación 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 deshabituación y en la rehabilitación (tratamiento inicial, seguimiento/mantenimiento), además de disminuir o remitir la gravedad de la sintomatología psiquiátrica (NICE, 2016).

En principio, no está contraindicado ningún psicofármaco. Se debe tener en cuenta la alta sensibilidad a los efectos secundarios que presentan estos pacientes, las interacciones entre psicofármacos y drogas, y las altas tasas de incumplimiento. Pueden necesitarse dosis de psicofármacos más altas. Hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psicofarmacológico sobre ella. Se deben utilizar preferentemente los psicofármacos con menos efectos adversos y mejor tolerados, y que no aumentan o que incluso puedan disminuir el craving. En caso de previsión de incumplimiento o por mayor comodidad se recomiendan los nuevos inyectables de liberación prolongada (ILP), y en general todos los fármacos que favorezcan la adherencia (Guía Socidrogalcohol, 2020).

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. Por ello, se utilizan cada

vez más de primera elección los antipsicóticos atípicos o de 2ª generación (clozapina, risperidona, aripiprazol, paliperidona,...) para los trastornos psicóticos. Y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos “duales” (venlafaxina, desvenlafaxina, duluxetina) y otros más recientes (bupropión, agomelatina, vortioxetina,...) para los trastornos del ánimo. Todo ello a pesar de escasos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con pacientes comórbidos (pues suelen ser excluidos de ellos), pero fundamentado en su mayor seguridad y tolerabilidad, y algunos por su posible utilidad en disminuir el consumo.

Efectivamente, en los trastornos psicóticos, a pesar de escasos ensayos clínicos aleatorizados, cada vez más datos recomiendan los antipsicóticos (AP) atípicos o de segunda generación (ASG) por su mayor seguridad y tolerabilidad, y por su posible utilidad en disminuir el consumo. Además, los AP convencionales o de primera generación pueden aumentar el consumo y el craving. En pacientes malos cumplidores son más útiles las presentaciones inyectables de larga duración (risperidona, paliperidona, aripiprazol).

La clozapina es el AP atípico con mayor evidencia empírica para disminuir síntomas psicóticos y consumo (cocaína, cannabis), aunque sus efectos adversos, sus controles hematológicos y sus interacciones (tabaco) la hacen de más difícil manejo. La clozapina presenta igual efectividad en pacientes psicóticos resistentes con TUS y sin éste. Con los AP hay que considerar las interacciones posibles con las sustancias de abuso y con otros tratamientos somáticos; y la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento con AP sobre ella (Guía Psiquiatría y salud mental, 2020).

Hay que recordar que la mayoría de las veces se aplican tratamientos farmacológicos que han sido estudiados en pacientes psiquiátricos en los que se excluyeron aquellos que consumían sustancias de abuso, o en pacientes drogodependientes que no presentaban otra patología psiquiátrica. Ello conlleva un mayor riesgo de interacciones y problemas de seguridad, tolerabilidad y efectos adversos, entre ellos el potencial de abuso y el agravamiento del trastorno psiquiátrico o del adictivo. También en los tratamientos psicosociales es necesario avanzar en conocimiento de cuáles son las terapias más eficaces en estos pacientes duales. La terapia grupal, la terapia de contingencias y los tratamientos residenciales parecen ser útiles en estos pacientes (Guía Socidrogalcohol, 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. Y que el abordaje psicosocial está bastante desarrollado para las conductas adictivas, pero desconoce demasiadas veces la elevada prevalencia de comorbilidad con otros trastornos mentales.

En cuanto al tratamiento del abuso/dependencia de drogas, y aunque pequeños consumos pueden ser problemáticos y motivar exacerbaciones clínicas o abandonos de tratamiento, se requiere ser flexible en los objetivos, sin renunciar a la abstinencia. Ofrecer diversos objetivos (abstinencia o reducción del consumo) mejora el compromiso con el tratamiento

y sus resultados. Es necesario flexibilizar objetivos según necesidades del paciente. Cualquier cambio en la forma, frecuencia o cantidad de consumo es un cambio positivo. El concepto de reducción del consumo/daño permite tratar a pacientes que de otra manera no se habrían planteado ayuda (Pereiro y Fernández, 2018).

3. CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN LA COMORBILIDAD

3.1. DE LOS FÁRMACOS PARA EL T. ADICTIVO

El tratamiento farmacológico de la adicción en pacientes duales se hará según pautas habituales, teniendo en cuenta algunas consideraciones (Manual trastornos adictivos, 2020):

- 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 supresión del tratamiento debe de ser más gradual y con necesidad de una vigilancia estrecha del estado mental por un mayor riesgo de reagudización de sus alteraciones psicopatológicas de base.
- La naltrexona y el nalmefeno pueden utilizarse sin problemas, y su combinación con otros psicofármacos (antidepresivos o antipsicóticos) es segura y bien tolerada. El nalmefeno se ha indicado especialmente en tratamientos con objetivo inicial de reducción del consumo de alcohol. 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.

3.2. DE LOS FÁRMACOS PARA LOS OTROS T. MENTALES

En concreto, se dan algunas especificidades en los fármacos a utilizar en las diferentes comorbilidades:

3.2.1. Trastornos depresivos y bipolares

Respecto a los antidepresivos, los ISRS son de elección debido a su perfil de uso frente a enfermedades comórbidas y a su perfil de acción. También los antidepresivos “duales”, por su bajo potencial de abuso, escasas interacciones y bajo riesgo de sobredosis. En pacientes a tratamiento con metadona, la fluvoxamina y en menor medida la fluoxetina, aumentan indirectamente la concentración de metadona. Al retirarlos, los niveles de metadona pueden

disminuir y facilitar la aparición de SAO. La trazodona, la desvenlafaxina, la mirtazapina, el bupropión y la vortioxetina también son útiles y seguros. La agomelatina necesita una vigilancia particular en pacientes con afectación y cuidados hepáticos especiales.

Por último, los antidepresivos tricíclicos (ADT) como la imipramina, la desipramina y la amitriptilina se utilizarán con precaución por sus interacciones y los posibles efectos secundarios como la disminución del umbral convulsivo, aunque en los trastornos depresivos con comorbilidad con el consumo de alcohol se han mostrado efectivos. Cualquier tratamiento instaurado se mantendrá a dosis eficaces hasta al menos 6-12 meses después de la desaparición de la sintomatología (Guía Socidrogalcohol, 2020).

En cuanto al trastorno bipolar, el empleo de valproato junto con litio mostró ser eficaz para la reducción en el consumo de alcohol entre personas con este trastorno, mostrando eficacia en la prevención del gesto suicida y del episodio maniaco. El litio puede sufrir modificaciones en sus niveles plasmáticos en consumidores de alcohol y/o cocaína, con aumento de su toxicidad, aunque debe valorarse su uso en pacientes con trastorno bipolar y consumo de drogas concomitante.

Respecto a las benzodiazepinas, deben evitarse en lo posible, principalmente las de vida media corta y alta potencia como el flunitrazepam o el alprazolam, por el riesgo de adicción y por la interacción con drogas sedantes que pueden facilitar la sobredosis y aumentar el riesgo vital por depresión respiratoria y alteraciones cardiovasculares. En caso de utilización debe ser por tiempo limitado. El empleo de pregabalina para el manejo de la sintomatología ansiosa y del craving en personas con dependencia al alcohol ha mostrado aceptable efectividad. La gabapentina, la oxacarbamacepina, la lamotrigina y otros estabilizadores del ánimo han sido útiles en estudios abiertos en dependientes de sedantes y estimulantes, aunque precisan más investigación (Guía Psiquiatría y salud mental, 2020).

3.2.2. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los antipsicóticos (AP) convencionales o de 1ª generación, especialmente el haloperidol, 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.

En pacientes malos cumplidores son más útiles las presentaciones inyectables de liberación prolongada (ILP) como a risperidona, la paliperidona y el aripiprazol. Estos ILD también han mostrado otras ventajas, además de mejorar el cumplimiento, como la mayor tolerabilidad y calidad de vida (Manual trastornos adictivos, 2020).

Los psicofármacos con potencial anticolinérgico (especialmente AP) pueden interaccionar

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. Hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psicofarmacológico sobre ella: síndrome metabólico, cardiopatía, HTA, hepatopatía, SIDA (tienen más riesgo de síntomas extrapiramidales y de disminución del rendimiento cognitivo por efectos anticolinérgicos).

La clozapina es el AP atípico con mayor evidencia empírica para disminuir los síntomas psicóticos y el consumo (cocaína, cannabis), aunque sus efectos adversos, sus controles hematológicos y sus interacciones (tabaco) la hacen de más difícil manejo. La clozapina presenta igual efectividad en pacientes psicóticos resistentes con TUS que sin éste (Guía Socidrogalcohol, 2020).

3.2.3. Trastornos de ansiedad

En esta comorbilidad se debe supervisar el posible mal uso o abuso de los psicofármacos pautados para manejar situaciones de estrés, por lo que se recomiendan apoyo psicosocial y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, reservándose el uso de medicación para ansiedad persistente. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado eficacia en su abordaje y un adecuado entrenamiento en relajación puede interrumpir el ciclo de la auto-medicación.

El tratamiento farmacológico de la ansiedad dual es, en general, semejante al de los T. de ansiedad no comórbidos, y se deben tener en cuenta las interacciones con la sustancia de abuso en caso de recaída, así como usar fármacos con el menor potencial de abuso. Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de elección por el bajo potencial de abuso, escasas interacciones y relativa seguridad en caso de sobredosis. Las dosis son las mismas que la que se emplea en población sin TUS, cuidando las interacciones con otros fármacos habituales en estos pacientes (metadona, antirretrovirales, etc.).

Los antidepresivos (AD) tricíclicos y tetracíclicos deben utilizarse con precaución, dados los efectos secundarios e interacciones, así como el potencial para disminuir el umbral convulsivo. Los AD duales, la mirtazapina, la agomelatina y la vortioxetina se han mostrado útiles.

Las benzodiazepinas deben evitarse por el potencial de abuso (especialmente el alprazolam) y las peligrosas interacciones con alcohol y otros depresores del SNC. Los nuevos antiepilépticos podrían constituir un buen tratamiento alternativo al uso de BZD en el tratamiento de estos pacientes. De igual modo, aunque con evidencias más limitadas, los antipsicóticos con perfil sedativo a dosis bajas podrían constituir otra posible alternativa sintomática (Sáinz, 2014).

4. RESÚMENES DE RECOMENDACIONES (GUÍA SOCIDROGALCOHOL, 2020).

Tratamiento farmacológico en comorbilidad T. psicóticos + TUS

- El tratamiento farmacológico es similar al que se realiza en los pacientes con esquizofrenia sin TUS. No obstante, debe considerarse la necesidad de dosis altas y también su alta sensibilidad a los efectos secundarios de los antipsicóticos (AP), las interacciones entre AP y drogas, y las altas tasas de incumplimiento. Además, no debe olvidarse que los pacientes con VIH/SIDA tienen más riesgo de síntomas extrapiramidales y de disminución del rendimiento cognitivo por efectos anticolinérgicos.
- Hay que pensar en AP con baja tasa de síndrome metabólico, de disfunción sexual, poco sedantes, con pocas interacciones y de fácil y cómoda posología. Además, hay que considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento AP sobre la misma: obesidad, síndrome metabólico, cardiopatía, HTA, hepatopatía, nefropatía, etc. Si hay diabetes y dislipemia, es mejor evitar clozapina, olanzapina y quetiapina. Si existe hipotensión arterial conviene evitar clozapina y quetiapina. Si aparece alteración del QTc es mejor evitar la ziprasidona.
- El haloperidol ha mostrado aumentar el craving. En términos generales, los AP de 1ª generación (APG) tienen mayor afectación funcional de la corteza prefrontal. Los de 2ª generación (ASG) la respetan más, sin deterioro de la capacidad ejecutiva o más levemente. Y no aumentan el craving, al no favorecer el refuerzo dopaminérgico. Los APG pueden aumentar el consumo al disminuir la dopamina, lo que provocaría anhedonia y apatía, incrementando el craving.
- No hay que olvidar posibles interacciones.
- A pesar de escasos ECA, cada vez más datos recomiendan los ASG en pacientes duales por su mayor seguridad y tolerabilidad, y por su posible utilidad en la disminución del consumo. Y aunque no existen datos irrefutables sobre los AP ILP (inyectables de liberación prolongada) como tratamiento de elección, cada vez más se recomiendan ASG ILP (risperidona, paliperidona, aripiprazol).
- La clozapina presenta igual efectividad en pacientes psicóticos resistentes con TUS y sin éste. No se considera de 1ª elección debido a la presencia de efectos adversos y a la obligación de controles hemáticos, y hay limitada evidencia de su

eficacia para disminuir el consumo en pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias asociado.

- Hay estudios con muestras pequeñas en pacientes con consumo de sustancias con otros APs olanzapina, aripiprazol, quetiapina que también muestran una disminución del consumo.
- Con risperidona se ha hallado que disminuye las recaídas, el craving y el consumo, a la vez que aumenta la adherencia y mejora la clínica psicótica en pacientes con TUS comórbido.
- El aripiprazol ha mostrado resultados positivos en pacientes con esquizofrenia con dependencia de sustancias, disminuyendo el craving en relación con la mejoría de los síntomas psicóticos, y ser seguro y bien tolerado. Los estudios indican que podría ser especialmente eficaz en sujetos con dificultades en el control de su impulsividad.
- Se recomiendan los AP ILP, en especial los de segunda generación, debido a su mejor perfil de efectos secundarios y por favorecer la adherencia terapéutica. Además, dado que los pacientes psicóticos con TUS presentan mayor sensibilidad a los efectos extrapiramidales, a veces es difícil conseguir dosis adecuadas de fármaco que sean tolerables, y pueden necesitar dosis de AP más altas por lo que se utilizan de primera elección los ASG, cuyo perfil de efectos secundarios es más favorable, y especialmente en su formulación ILP.

Tratamiento farmacológico en comorbilidad T. bipolares + TUS

- La carbamazepina no se ha demostrado eficaz.
- La lamotrigina parece ser eficaz en el trastorno bipolar en dependencia conjunta de alcohol y cocaína como fármaco de segunda fila, pero no hay datos con opioides. Ha demostrado utilidad en estudios abiertos, disminuyendo el consumo y las puntuaciones en escalas de manía y depresión, siendo bien tolerada.
- La gabapentina y topiramato se han demostrado eficaces en el T. bipolar comórbido, pero en dos estudios con muestras pequeñas; se propone como vía prometedora a falta de más estudios. La gabapentina ha mostrado disminuir el consumo en pacientes bipolares.

- El litio no ha demostrado eficacia en dependencia y se valora como opción de riesgo por lo que se deja como fármaco de tercera elección debido a la estrecha ventana terapéutica y el riesgo de toxicidad en poblaciones con problemas de adherencia terapéutica.
- El ácido valproico/valproato solo ha demostrado eficacia junto con litio en dependencia de cannabis y cocaína, pero tampoco hay estudios que descarten su uso en la de opioides. Ha mostrado mejoría de los síntomas afectivos y disminuir el consumo, sin efectos secundarios graves.
- La oxcarbazepina es preferible a la carbamazepina por tener menos interacciones.
- El topiramato ha mostrado mejoría en salud física y calidad de vida, y disminución del consumo.

Tratamiento farmacológico en comorbilidad T. ansiedad + TUS

- Se debe controlar la adherencia al tratamiento, así como supervisar el posible mal uso o abuso de los psicofármacos pautados para manejar situaciones de estrés.
- Se recomiendan apoyo psicosocial y entrenamiento en estrategias de afrontamiento para T. de ansiedad inducidos, reservándose el uso de medicación para ansiedad persistente y los primarios. Se deben maximizar los abordajes no farmacológicos.
- La TCC ha demostrado eficacia en el abordaje de ambos trastornos, y un adecuado entrenamiento en relajación puede interrumpir el ciclo de la automedicación.
- El tratamiento farmacológico de la ansiedad dual es, en general, semejante al de los TA no comórbidos, no estando contraindicado ningún psicofármaco. Al elegir la medicación se deben tener en cuenta las interacciones con la sustancia de abuso en caso de recaída, así como usar fármacos con el menor potencial de abuso.
- Los ISRS son los fármacos de elección en el tratamiento de la ansiedad comórbida con el TUS, por el bajo potencial de abuso, escasas interacciones y relativa seguridad en caso de sobredosis. Las dosis son las mismas que la que se emplea en población sin TUS, cuidando las interacciones con otros fármacos habituales en estos pacientes (metadona, antirretrovirales, etc.).
- Los antidepresivos (AD) tricíclicos y tetracíclicos deben utilizarse con precaución,

dados los efectos secundarios e interacciones, así como el potencial para disminuir el umbral convulsivo.

- Los AD duales, la mirtazapina, la agomelatina y la vortioxetina se han mostrado útiles
- Las benzodiacepinas deben evitarse por el potencial de abuso (especialmente el alprazolam) y las peligrosas interacciones con alcohol y otros depresores del SNC. Los nuevos antiepilépticos podrían constituir un buen tratamiento alternativo al uso de BZD en el tratamiento de estos pacientes. De igual modo, aunque con evidencias más limitadas, los antipsicóticos con perfil sedativo a dosis bajas podrían constituir otra posible alternativa sintomática.

5. INTERACCIONES ENTRE PSICOFÁRMACOS Y DROGAS DE ABUSO

Es fundamental no olvidar las múltiples posibilidades de interacción entre los psicofármacos y las sustancias objeto de abuso. Tampoco las que se pueden dar entre estos y los fármacos para las patologías somáticas, especialmente para el VIH/SIDA. A continuación, se recuerdan algunas de ellas (Pereiro y Fernández, 2018):

- La metadona inhibe el encima CYP 2D6 del citocromo P450 por lo que interfiere en el metabolismo de muchos antidepresivos, debiendo prescribirse éstos a dosis inferiores a las habituales.
- Carbamazepina, fenitoína y alcohol incrementan el metabolismo de la metadona por lo que es necesario reajustar la dosis de ésta con el fin de prevenir la aparición de síntomas de abstinencia.
- Se ha usado la naltrexona junto con varios fármacos como disulfiram, antidepresivos, antipsicóticos o litio sin que existan referencias de interacciones adversas.
- Se han descrito interacciones de disulfiram con amitriptilina, imipramina o perfenacina, pero poco claras. Potencia la sedación de las benzodiacepinas que sufren oxidación hepática, pero no con el resto. No tiene interacciones con la metadona y se ha descrito hipomanía tomado junto con cannabis. Además, presenta interacciones con anticonvulsivantes, anticoagulantes orales, antihipertensivos, fenitoína, teofilina, metronidazol e isoniacida.
- Los ADT en dependientes de alcohol se deben usar a dosis habitualmente mayores, y si es posible con monitorización plasmática, ya que el alcohol disminuye sus niveles

- plasmáticos, y estos fármacos conducen a mayores niveles cerebrales de alcohol y mayor frecuencia de black-outs.
- La metadona puede interferir con el metabolismo de los ATD, existiendo un aumento de los niveles de desipramina con el uso de metadona. También se ha descrito interacción entre ADT y cannabis.
- El litio en dependientes de alcohol puede dar lugar a cambios en los niveles plasmáticos, con toxicidad o dilución del litio por los vómitos, deshidratación o aumento de la ingesta de líquidos, aunque es eficaz en pacientes con trastorno bipolar y consumo de drogas.
- Se recomiendan precaución con la supresión brusca del tabaco, dado que los fumadores suelen usar más dosis de AP y tienen menos extrapiramidalismo y la abstinencia de tabaco puede conducir a una exacerbación de los efectos secundarios.
- Se ha observado una correlación entre la dosis de AP y el consumo de cafeína, por lo que esta puede interferir en alguna propiedad de los antipsicóticos. De igual forma, el alcohol puede disminuir los niveles plasmáticos de los AP y los síntomas extrapiramidales, aunque este consumo puede ser un factor de riesgo para la discinesia tardía.
- Los antipsicóticos pueden disminuir el umbral convulsivo en pacientes alcohólicos, y el haloperidol puede provocar síntomas de abstinencia a opiáceos. Los pacientes psicóticos consumidores de cocaína pueden requerir mayores dosis de AP por posibles interacciones a nivel neurobiológico, y puede que su consumo incremente el riesgo de síntomas extrapiramidales.

6. ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA COMORBILIDAD TUS+OTM.

Se define la adherencia terapéutica como el grado de conciencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. Por otro lado, también se define cumplimiento terapéutico como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.

La adherencia terapéutica no se refiere exclusivamente al adecuado cumplimiento de la toma de medicación, puesto que en el tratamiento y recuperación funcional de estos pacientes van a intervenir otros factores cuidadores y rehabilitadores que no se pueden limitar a la toma de medicación. Sin olvidar, no obstante, que el tratamiento farmacológico

es esencial y va a facilitar el cumplimiento de otros abordajes. La adherencia terapéutica engloba:

- El cumplimiento del régimen farmacológico.
- El acudir a las revisiones con los profesionales.
- El adoptar las modificaciones en los hábitos de vida que sean precisos para la mejora.
- Que el paciente y allegados participen en la toma de decisiones y en los distintos abordajes de tratamiento.

La adherencia terapéutica es deficitaria en las personas con TUS y otro trastorno mental. Los problemas de adherencia se asocian a una serie de consecuencias negativas para el propio paciente para sus allegados y para la sociedad en general: más recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes, mayor riesgo de suicidio, peor pronóstico en general, menor calidad de vida y mayores costes sanitarios. El pronóstico de la comorbilidad está muy relacionado con el grado de cumplimiento que guarde el paciente respecto al plan de tratamiento (Díaz et al, 2021).

La falta de adherencia a la medicación incluye una compleja gama de actitudes y comportamientos del paciente, que van desde el rechazo total del tratamiento hasta el cumplimiento parcial o irregular. Los principales factores que se han asociado a la falta de adherencia son:

1. *Falta de “insight”.*
2. *Efectos adversos de la medicación.*
3. *Pobre alianza terapéutica.*
4. *Falta de apoyo familiar y social.*
5. *Gravedad de los síntomas.*
7. *Estigma (doble estigma que conlleva la comorbilidad).*
8. *Deterioro cognitivo.*
9. *Debut temprano y pobre funcionamiento premórbido*

Las principales intervenciones para la mejora de la adherencia son (Giner et al, 2010):

A. Psicoterapéuticas

La entrevista motivacional (EM). El uso de la EM como intervención para mejorar la adherencia en pacientes duales recae en su eficacia para incentivar, motivar y mantener el cambio en el comportamiento de las personas. No existen muchos estudios que hayan evaluado la capacidad de la EM como intervención única para incrementar la adherencia a la medicación, y la mayoría de investigaciones se han centrado en examinar tratamientos basados en EM que incorporan otras técnicas cognitivo-conductuales.

La “Terapia de adherencia al tratamiento” constituye una intervención individual de enfoque cognitivo-conductual, basada en un modelo empírico que agrupa los determinantes de la falta de adherencia en falta de “insight” y rechazo del tratamiento, insatisfacción con la medicación, y carencia de habilidades cognitivas necesarias para realizar correctamente el tratamiento farmacológico. Incorpora un módulo de intervención para cada uno de ellos: entrevista motivacional, adaptación de la medicación y técnicas de entrenamiento conductual.

La “Terapia de adherencia, afrontamiento y educación” es una intervención diseñada para incrementar la conciencia de enfermedad y mejorar la adherencia. Está basada en el modelo de creencias de salud y su aplicación es realizada en cuatro fases: establecimiento de alianza terapéutica, promoción de la adherencia al tratamiento, desarrollo de un plan terapéutico de mantenimiento y rehabilitación.

B. Farmacológicas

Prescribir la medicación teniendo muy presente sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas resulta esencial para lograr una adherencia óptima. En este sentido, las principales intervenciones farmacológicas incluyen la optimización de las dosis, la aplicación de un periodo de prueba adecuado antes de incrementar las dosis o añadir otros fármacos, el minimizar los efectos secundarios y la simplificación del tratamiento, en especial con el uso de inyectables de larga duración si están disponibles.

Los pacientes con comorbilidad aún muestran baja adherencia a los tratamientos, incluso aunque los efectos secundarios de los medicamentos no sean tan evidentes y molestos como antes, y sean en general más leves y tolerables. Aunque muchos de estos efectos secundarios se pueden corregir o reducir, suponen un hándicap importante para el uso de un psicofármaco determinado como tratamiento de elección. Parece claro el papel que desempeñan el perfil de efectos secundarios del fármaco a la hora de la continuidad en el tratamiento, aunque sí es cierto que incluso con los fármacos de mejor perfil sigue habiendo problemas de adherencia (Guía Socidrogalcohol, 2020).

Se dispone de muy pocos estudios rigurosos para evaluar estrategias que ayuden a los pacientes a cumplir mejor las prescripciones farmacológicas. Facilita el cumplimiento usar formulas galénicas de liberación prolongada para reducir el número de tomas. También usar formas bucodispersables. Pueden resultar útiles los calendarios para medicamentos o

cajas de pastillas etiquetadas con los días de la semana, pues ayudan a que tanto pacientes como cuidadores sepan cuando se ha de tomar el fármaco. Animar a los miembros de la familia a supervisar el uso cotidiano de medicamentos puede incrementar la adherencia. Y, finalmente, tener siempre muy presentes las formulaciones inyectables de liberación prolongada.

En conclusión, se debe de tener en cuenta a la hora de la prescripción las peculiaridades del fármaco prescrito en cuanto a eficacia, tolerabilidad/seguridad y fácil dosificación. Los medicamentos que contribuyen a mejorar la adherencia son aquellos con un perfil más favorable en cuanto a su efectividad, tolerabilidad y cómoda administración, fomentando el que se produzcan el menor número de olvidos o negativas posibles (Pereiro y Fernández, 2018).

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Álamo C, Santo-Domingo J, López-Muñoz F y Rubio G. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Editorial Médica Panamericana S.A. Barcelona, 2002.
- 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.
- Bobes J, Casas M (Coordinadores). Manejo clínico del paciente con patología dual. Socidrogalcohol. Valencia, 2009.
- Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de trastornos adictivos. 3ª ed. Ed. Enfoque Editorial-Gofer. Oviedo, 2020.
- Díaz-Fernández S, López-Muñoz F, Fernández-Miranda JJ. Psychosocial and Pharmacological Approaches for Improving Treatment Adherence and Outcomes in People With Severe Schizophrenia: A 10-Year Follow-up. *J Psychiatr Pract.* 2021;27(6):417-426. doi:10.1097/PRA.0000000000000581
- Fernández-Miranda JJ, Orengo-Caus T y Díaz-Fernández S. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de opioides y otro trastorno mental comórbido. 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.
- Giner J, García I, Granada JM, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Consenso de enfermería en salud mental. *Actas españolas Psiquiatr.* 2010;38(1):1-45.
- Guardia-Serecigni, J., y Flórez-Menéndez, G. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de ansiolíticos e hipnóticos y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- National Institute for Health and Care Excellence. Severe mental illness and substance misuse. Community health and social care services. NICE Guideline. London, 2016.

- Ochoa-Mangado, E., Molins-Pascual, S., y 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.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. Socidrogalcohol. Valencia, 2017.
- Pereiro Gómez y Fernández Miranda JJ. Guía de adicciones para especialistas en formación. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- Sáiz Martínez, P. A., Jimenez Treviño, L., Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M. P., Marina González, P., Al-Halabí, S., ... y Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. Adicciones, 26(3), 254
- 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.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders. Training Frontline Staff. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, 2009.
- Serzman, N.Patología Dual. Protocolos de Intervención. Esquizofrenia/T.bipolar /Depresión /T.Personalidad /TDAH. EdikaMed. Barcelona, 2009-2012.

Financiado por:



www.riod.org

-  [RIOD](#)
-  [@RIOD_oficial](#)
-  [@RIOD.redes](#)
-  [@RIOD_oficial](#)