

GENERALIDADES DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ADICCIONES

Dra. Carmen G. Betancur Moreno
Médico UdeC. Especialista en Psiquiatría UC.
Mg. en Drogodependencias / Doctora en Salud Mental
Directora Centro de Salud e Instituto SEPYA, Concepción.

Why Do We Need a TIP on CODs?

Empirical evidence confirms that CODs are serious problems in need of better management.

Treatment rates are markedly low and outcomes

often suboptimal, underscoring the importance of advancing the field's knowledge about and use of appropriate, specialized techniques for screening, assessment, diagnosis, and coordinated care of this population. Findings from four key areas are borne out by prevalence statistics and other nationally representative survey data and reveal the stark reality of underservice in this population.



“Comorbidity is important because it is the rule rather than the exception with mental health disorders.”

Source: Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015; p. 8

Trastorno Concurrente / Patología Dual/ Comorbilidad Psiquiátrica

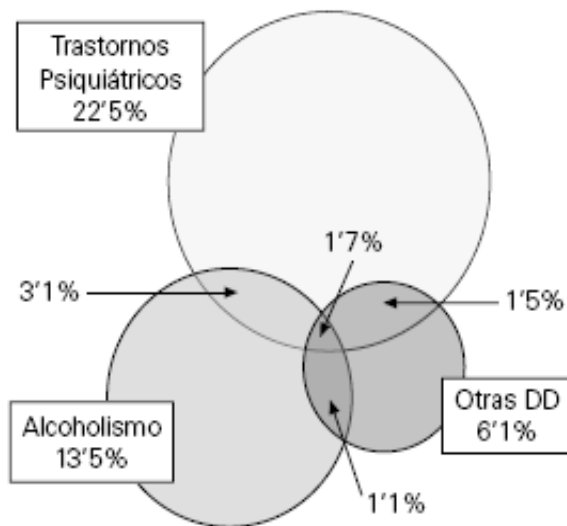
1. Forma específica de multimorbilidad dentro del área de la salud mental, donde al menos **un trastorno por uso de sustancias y al menos un trastorno mental no ligado a sustancias están simultáneamente** en necesidad de tratamiento.
2. **Organización Mundial de la Salud (OMS):** diagnóstico dual es la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otro trastorno psiquiátrico en el mismo individuo.
3. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT): **coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos** según lo definido por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), uno de los cuales es el consumo problemático de sustancias.

Cuadro 1. Prevalencia de comorbilidad de uso de sustancias y trastornos psiquiátricos en poblaciones especiales

Autor, año, tipo de muestra	N	Tipo de trastorno												
		Comorbilidad (%)	Estado de ánimo (%)	Depresión mayor (%)	Distimia (%)	Bipolar (%)	Ansiedad (%)	Ataque de pánico (%)	Estrés post-traumático (%)	Alimenticios (%)	TDAH (%)	Conducta opositorista (%)	Esquizofrenia y psicóticos (%)	Otros (%)
Lukasiewicz y otros (2009), reclusos.	998	74.60	42.20	–	–	–	38.40	–	–	–	–	–	35.60	–
Fabricius, Langa y Wilson (2008), pacientes centro privado de rehabilitación	419	57.00	65.10	–	–	–	17.00	–	–	15.00	16.40	03.40	2.00	7.00
Rush y Koegl (2008), pacientes con enfermedad mental severa	9839	28.00	25.00	–	–	–	29.40	–	–	–	–	–	27.90	41.70
Nocon, Bergé, Astals, Martín-Santos y Torrens (2007), pacientes en unidad de desintoxicación.	115	67.00	27.00	–	–	–	12.20	–	–	0.90	–	–	5.20	33.00
Slesnick y Prestopnik (2005), adolescentes en un centro residencial.	226	60.00	–	20.00	–	–	32.00	–	–	–	–	36.00	–	–
Newmann y Sallman (2004), mujeres en tratamiento psiquiátrico o adicciones.	204	31.90	–	47.70	–	32.30	33.80	–	29.20	–	–	–	6.20	10.80
Watkins y otros (2004), pacientes en tratamiento ambulatorio para adicciones.	195	62.60	–	31.30	22.60	08.70	19.50	19.50	15.40	–	–	–	13.90	–
Swadi y Bobier (2003), jóvenes con enfermedad mental en unidad de internamiento.	62	64.50	60.00	–	–	–	63.00	–	–	–	–	–	80.00	71.00
Young (2003), reclusos.	359	53.60	64.00	–	–	–	65.00	–	–	–	–	–	43.60	61.20
Levounis, Galanter, Dermatis, Hamowy y Leon (2002), indigentes con dependencia a sustancias y enfermedad mental, en una comunidad terapéutica.	104	–	36.00	–	–	16.00	–	–	–	–	–	–	48.00	–

PATOLOGÍA DUAL

Figura 1. Trastornos psiquiátricos en la población general de EEUU
(prevalencia de vida)



[Regier D.A., 1990].

EPIDEMIOLOGÍA

1. Estudios poblacionales*:

- a. **Comorbilidad entre trastorno mental y dependencias: 28,9%** (2,7 veces más que en población sin t. mental) [Regier D.A., 1990].
- b. Aproximadamente un **25% de las personas con ansiedad o trastornos depresivos mayores tienen un trastorno por uso de sustancias** superpuesto a lo largo de su vida [Conway K.P., 2006]
- c. La mitad de las personas con **trastorno bipolar o esquizofrenia** experimentarán un trastorno por uso de sustancias [Khan S., 2017].

*Generalmente excluyen la dependencia del tabaco; de lo contrario, las cifras serían sustancialmente mayores.

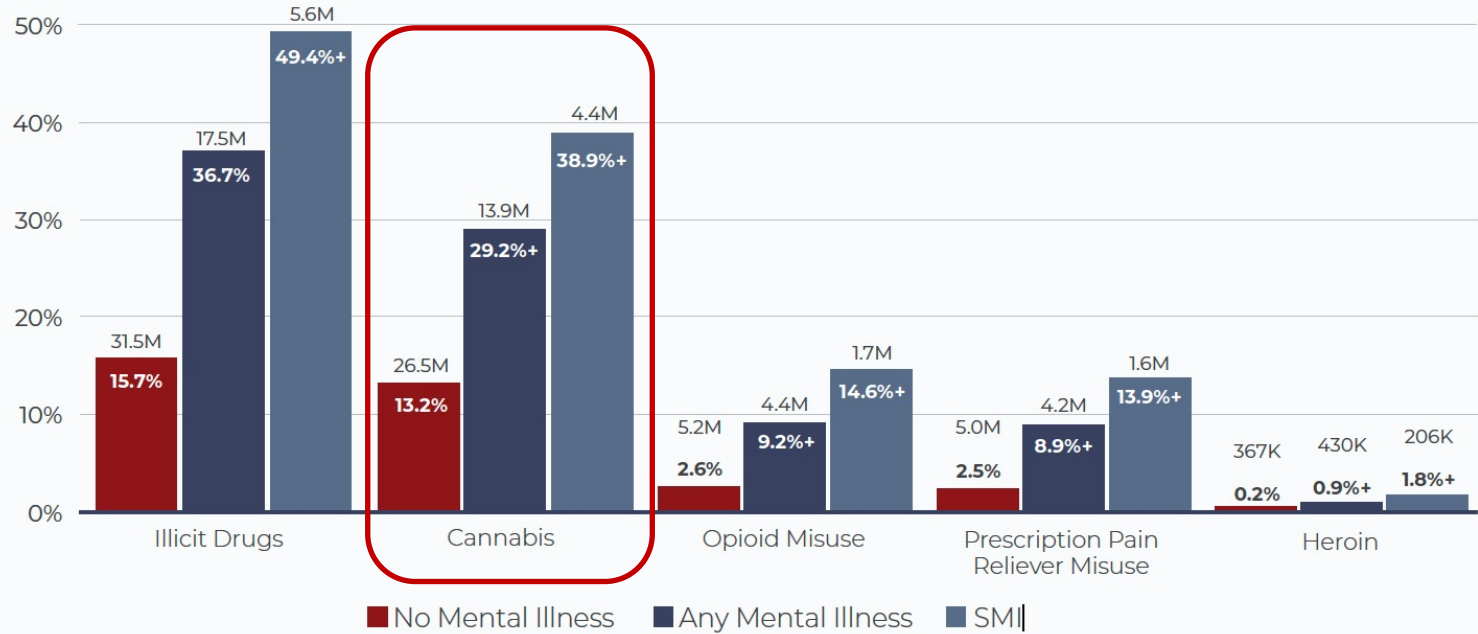
2. Estudios en centros de tratamiento de adicciones:

- a. **Comorbilidad psiquiátrica oscila entre 50% y 75%** [Regier D.A., 1990].

EPIDEMIOLOGÍA

- **Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (NSDUH)** (>67.700 civiles USA ≥ 12 años no institucionalizados (Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud Conductual [CBHSQ], 2019):
 - En 2018, 47,6 millones (**19,1% de todos los adultos**) ≥ 18 años tuvieron **alguna enfermedad mental** durante el año anterior, incluidos 11,4 millones (**4,6% de todos los adultos**) con **SMI** (*serious mental illness*).
 - Del total de adultos con algún trastorno mental en último año, 9,2 millones (**19,3%**) **también tenían un TUS**, pero **sólo el 5% de los adultos sin ninguna enfermedad mental en el último año tuvieron un TUS** (trastorno por uso de sustancias).
 - De aquellos adultos con TMG (**SMI**) el año anterior, aproximadamente el **28%** **también padecía TUS**.

EXHIBIT 1.2. Co-Occurring Substance Misuse in Adults Ages 18 and Older With and Without Any Mental Illness and SMI (in 2018)



Source: McCance-Katz (2019). Adapted from material in the public domain.

ACCESO A TRATAMIENTO

1. De los 47,6 millones de adultos con **alguna enfermedad mental** en el último año: más de la mitad (**56,7%**) **no recibieron tratamiento**, y
2. De los 11,4 millones de los **adultos con un TMG** en el último año, más de un tercio (**35,9%**) **no recibieron tratamiento**.
3. De los 9,2 millones de adultos **con una enfermedad mental y TUS** en el último año, casi todos (**más del 90%**) **no recibieron servicios para ambas afecciones** (McCance-Katz, 2019).
4. Más de 18 millones de personas ≥ 12 años necesitaron **tratamiento para el TUS** pero no lo recibieron durante el año anterior.
 - a. La mayoría de esas personas no consideraban que necesitaran tratamiento (sólo el 5% pensaba que lo necesitaban).

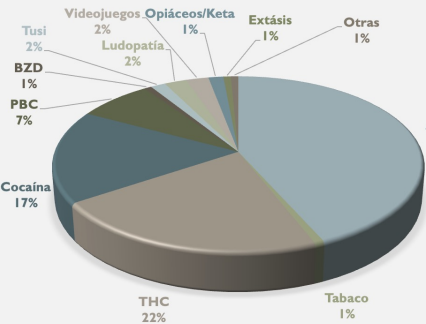
Centro SEPYA

(Servicios Especializados en Psiquiatría y Adicciones):

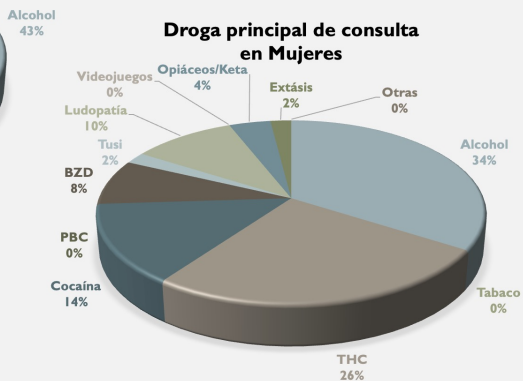
- Centro de salud mental privado de Concepción, en funciones desde 2014, brinda rehabilitación multidisciplinaria a pacientes con adicciones y otras patologías mentales complejas.
- Dentro de las prestaciones del centro, existen **programas de evaluación y tratamiento estructurados para pacientes con todo tipo de adicciones.**
- El modelo de trabajo se fundamenta en la evidencia científica, la cual muestra que los procesos de rehabilitación estructurados, en equipo, de largo plazo, que involucren tanto al paciente como a su entorno, tienen mejores resultados¹.

¹Beaulieu M. y cols. *Soc Sci Med.* 2021 Sep;285:114289.

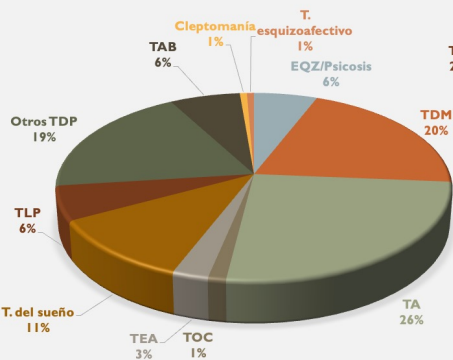




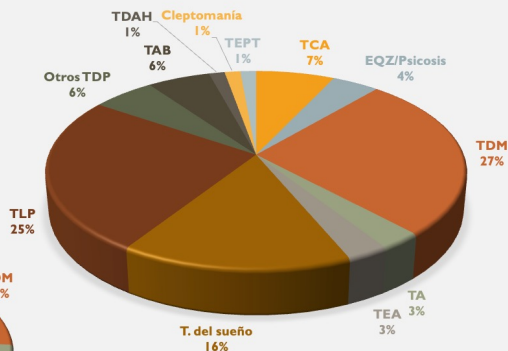
Droga principal de consulta en Hombres



TIPOS DE COMORBILIDAD EN HOMBRES CON ADICCIONES

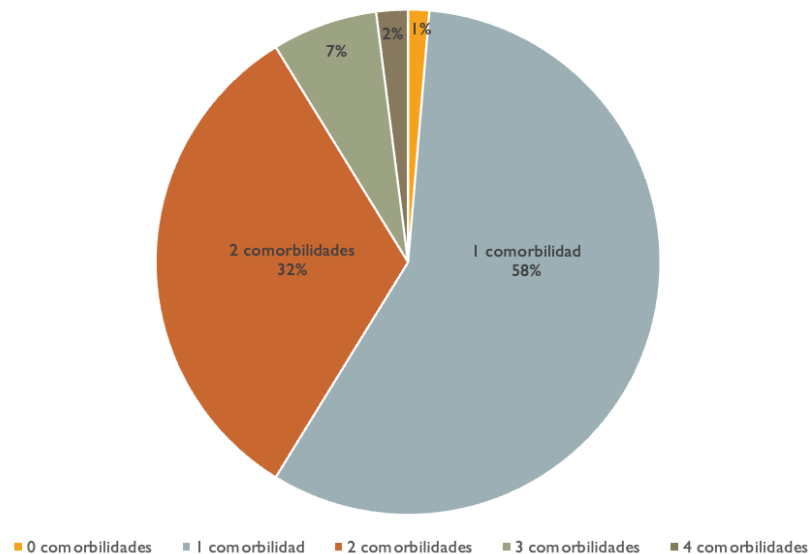


TIPOS DE COMORBILIDAD EN MUJERES CON ADICCIONES



- 59 tenían **comorbilidad** con trastorno (t.) de personalidad (40%), 47 con depresión (31,8%), 35 con t. ansioso (23,6%) y 12 con psicosis (8,1%).
- 113 (76,4%) iniciaron **programa de tratamiento** estructurado con equipo multidisciplinario, con promedio de permanencia en ellos de 9,7 meses.

Comorbilidad Con Otros T. Mentales En Pacientes Con Adicciones



Comorbilidad Psiquiátrica y Hospitalizaciones

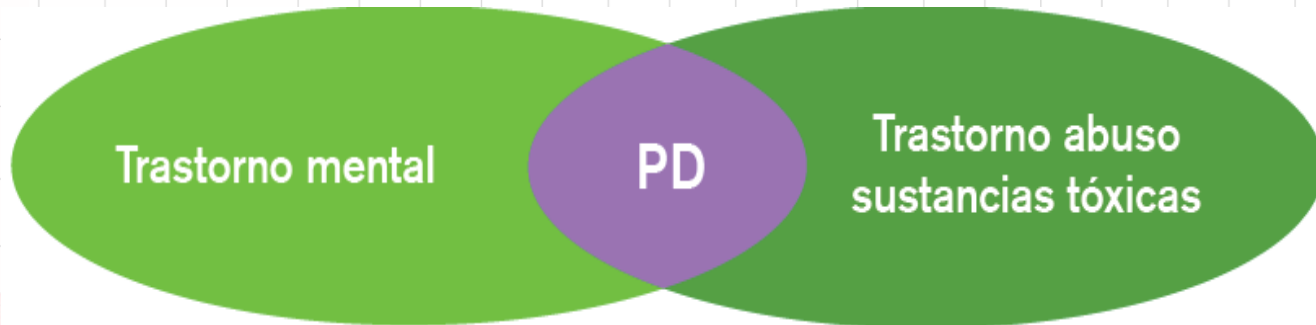
1. En comparación con las personas con trastornos mentales o TUS únicamente, **las personas con diagnóstico dual tienen más probabilidades de ser hospitalizadas.**
2. La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica encontró que **de 2005 a 2014, el número de hospitalizaciones de personas con trastornos mentales o TUS aumentó en un 12%**, y la proporción del total de estadias hospitalarias correspondientes a trastornos mentales o TUS también aumentó en un 20% (McDermott, Elixhauser y Sun, 2017).

Comorbilidad Psiquiátrica y Hospitalizaciones

1. La patología dual también está vinculada a re-hospitalizaciones por **afecciones de salud física**:
 - a. Entre una gran muestra de beneficiarios de Medicaid de Florida (Becker, Boaz, Andel y Hafner, 2017), **el 28% de las personas con TMG y TUS fueron re-hospitalizadas** dentro de los 30 días posteriores al alta.
 - b. La re-hospitalización se produjo solo en el:
 - i. 17% de las personas sin ninguno de los trastornos.
 - ii. 22% de las personas con TMG únicamente,

PATOLOGÍA DUAL

1. Los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos mentales no relacionados con sustancias suelen ser **crónicos y requieren atención a largo plazo**.
2. Una **mayor gravedad de un solo trastorno psiquiátrico aumenta el riesgo de desarrollar trastornos concurrentes**.
3. Tanto la patología psiquiátrica como la adictiva **pueden ser la causa o el resultado de la otra**.



Hipótesis Sobre El Desarrollo De La Patología Dual O Comorbilidad

1. **Trastorno Primario:** el trastorno por uso de sustancias es primario e induce la aparición de un trastorno mental, principalmente en aquellos casos donde hay una vulnerabilidad previa.
2. **Teoría de Automedicación:** las sustancias se usan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes. La elección de la droga no es un proceso al azar, sino que se basa en los efectos que tiene para aliviar los síntomas.
3. **Compartir Factores de Riesgo:** La aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de compartir los mismos factores de riesgo (estrés, rasgos de personalidad, factores medioambientales).

Table 4. AORs of 12-Month and Lifetime DSM-5 AUD and Other Psychiatric Disorders^a

Other Psychiatric Disorder	AUD, AOR (95% CI)							
	12-mo				Lifetime			
	Any	Mild	Moderate	Severe	Any	Mild	Moderate	Severe
Any drug use disorder	3.3 (2.88-3.76)	2.2 (1.79-2.77)	3.2 (2.56-4.00)	5.3 (4.52-6.27)	4.1 (3.72-4.57)	2.1 (1.72-2.66)	2.8 (2.35-3.32)	6.4 (5.76-7.22)
Nicotine use disorder	2.5 (2.24-2.69)	2.0 (1.75-2.25)	2.7 (2.26-3.32)	3.6 (3.07-4.24) ^c	3.2 (2.95-3.42)	2.2 (2.00-2.46)	3.0 (2.69-3.42)	4.3 (3.89-4.81)
Any mood disorder	1.3 (1.18-1.47)	1.1 (0.93-1.26)	1.4 (1.15-1.62)	1.8 (1.49-2.18)	1.5 (1.37-1.63)	1.2 (1.08-1.42)	1.4 (1.17-1.56)	1.8 (1.64-2.02)
Major depressive disorder	1.2 (1.08-1.36)	1.1 (0.91-1.29)	1.2 (0.97-1.56)	1.4 (1.19-1.76)	1.3 (1.15-1.39)	1.2 (1.00-1.34)	1.3 (1.13-1.50)	1.3 (1.18-1.50)
Bipolar I disorder	1.4 (1.08-1.78)	1.2 (0.84-1.81)	1.6 (1.06-2.55)	1.4 (1.03-1.90)	2.0 (1.59-2.44)	1.4 (1.01-1.83)	1.6 (1.13-2.30)	2.4 (1.84-3.11)
Bipolar II disorder	1.3 (0.70-2.39)	1.4 (0.67-2.74)	1.0 (0.34-3.04)	1.4 (0.54-3.63)	1.2 (0.63-2.20)	0.8 (0.35-1.91)	1.0 (0.46-2.35)	1.4 (0.66-3.01)
Persistent depression	0.9 (0.72-1.15)	0.8 (0.58-1.11)	0.9 (0.63-1.32)	1.0 (0.75-1.47)	1.3 (1.09-1.46)	1.3 (1.01-1.58)	1.1 (0.88-1.45)	1.3 (1.10-1.58)
Any anxiety disorder	1.1 (0.97-1.27)	1.2 (1.00-1.37)	1.0 (0.77-1.24)	1.1 (0.91-1.37)	1.3 (1.18-1.43)	1.2 (1.04-1.35)	1.3 (1.11-1.52)	1.4 (1.22-1.57)
Panic disorder	1.1 (0.89-1.42)	1.1 (0.83-1.46)	1.1 (0.71-1.58)	1.2 (0.83-1.72)	1.3 (1.12-1.44)	1.0 (0.81-1.25)	1.3 (1.04-1.63)	1.4 (1.18-1.66)
Agoraphobia	1.1 (0.81-1.44)	1.3 (0.86-1.84)	0.9 (0.60-1.47)	1.0 (0.65-1.46)	1.0 (0.80-1.27)	0.9 (0.62-1.24)	1.0 (0.67-1.64)	1.0 (0.82-1.34)
Social anxiety disorder	0.8 (0.63-0.98)	0.6 (0.47-0.88)	1.1 (0.69-1.65)	0.8 (0.56-1.17)	1.0 (0.86-1.20)	0.9 (0.65-1.13)	1.2 (0.85-1.60)	1.0 (0.85-1.26)
Specific phobia	1.2 (1.03-1.43)	1.4 (1.13-1.67)	1.1 (0.83-1.48)	1.0 (0.79-1.33)	1.2 (1.11-1.41)	1.3 (1.13-1.60)	1.2 (1.01-1.54)	1.2 (1.02-1.38)
Generalized anxiety disorder	1.0 (0.86-1.22)	1.2 (0.96-1.46)	0.7 (0.53-1.01)	1.0 (0.77-1.38)	1.2 (1.05-1.39)	1.2 (1.02-1.45)	1.2 (0.91-1.52)	1.2 (1.01-1.46)
Posttraumatic stress disorder	1.0 (0.86-1.22)	0.9 (0.74-1.15)	0.9 (0.69-1.29)	1.2 (0.93-1.57)	1.3 (1.10-1.48)	1.1 (0.88-1.35)	1.2 (0.94-1.52)	1.4 (1.19-1.68)
Personality disorder								
Antisocial	1.6 (1.28-1.94)	1.4 (1.06-1.76)	1.7 (1.23-2.25)	1.8 (1.40-2.36)	1.9 (1.67-2.26)	1.3 (0.98-1.60)	1.7 (1.26-2.20)	2.4 (2.06-2.83)
Borderline	1.9 (1.66-2.23)	1.7 (1.42-2.06)	1.8 (1.43-2.25)	2.5 (2.02-3.17)	2.0 (1.74-2.19)	1.5 (1.22-1.80)	1.5 (1.27-1.83)	2.5 (2.17-2.87)
Schizotypal	1.1 (0.95-1.28)	1.1 (0.85-1.30)	1.0 (0.80-1.33)	1.2 (1.00-1.49)	1.1 (0.93-1.24)	0.9 (0.73-1.16)	1.0 (0.82-1.32)	1.2 (0.98-1.36)

Abbreviations: AOR, adjusted odds ratio; AUD, alcohol use disorder.

^a The AORs are controlled for sociodemographic characteristics and other psychiatric disorders. Significant AORs ($P < .05$) appear in boldface.

Grant BF y cols.
Epidemiology of DSM-5
Alcohol Use Disorder:
Results From the National
Epidemiologic Survey on
Alcohol and Related
Conditions III.
JAMA Psychiatry. 2015
Aug;72(8):757-66.

Asociación Entre Drogas Y Enfermedades Psiquiátricas

1. Las drogas de abuso por sí mismas pueden :
 - a. Ocasionar **sintomatología psiquiátrica** que puede confundirse con una enfermedad mental independiente.
 - b. **Precipitar enfermedades** mentales graves latentes.
 - c. **Mitigar** temporalmente situaciones psicopatológicas definidas.
 - d. **Generar dependencia/adicción** que coexista con otros trastornos.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA MÁS FRECUENTE:

1. **Trastornos Ansiosos:** consumen para mitigar la ansiedad o la ansiedad es secundaria a la abstinencia
2. **Trastornos del ánimo:** secundarios muchas veces al consumo o abstinencia
3. **Trastornos psicóticos :** consumen para mitigar la angustia psicótica o la psicosis se desarrolla secundaria al consumo
4. **Trastornos de Personalidad:** a la base

Trastornos Del Ánimo Y Adicciones

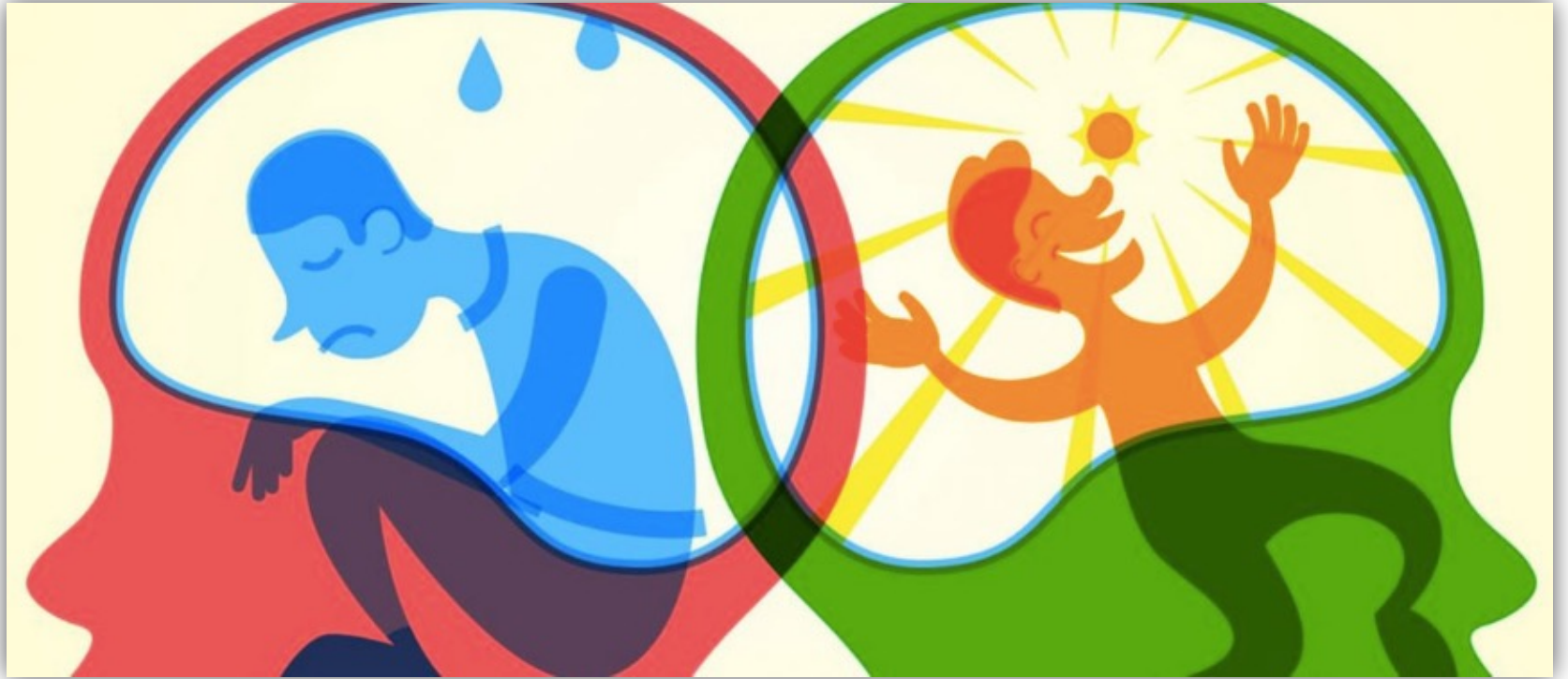


Table 1. Prevalence of psychiatric disorders in alcohol abusers and alcohol-dependent individuals [10, 11]

Disorder	Alcohol abuse		Alcohol dependence	
	12-months prevalence (%)	OR	12-months prevalence (%)	OR
Affective disorder in total	12.3	1.1	29.2	3.6
Depression	11.3	1.1	27.9	3.9
Bipolar disorder	0.3	0.7	1.9	6.3
Anxiety disorder in total	29.1	1.7	36.9	2.6
Generalized anxiety disorder	1.4	0.4	11.6	4.6
Panic disorder	1.3	0.5	3.9	1.7
Posttraumatic stress disorder	5.6	1.5	7.7	2.2

OR – odds ratio as compared to the general population

phenotypical

Anhedonia

dimensions

"hedonic"
anhedonia

"Motivational"
anhedonia

characteristics

"liking"
consummatory
pleasure

Opioid &
cannabinoid

"wanting"
desire,
effort/motivation,
anticipation

Dopaminergic
fronto-striatal

**BIPOLAR DISORDER AND SUBSTANCE ABUSE:
PATHOLOGICAL AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF THEIR
COMORBIDITY AND CROSS SENSITIZATION**

Robert M. Post, M.D.¹ and Peter Kalivas, PhD²

- Objetivos: revisar el papel del estrés en la aparición y recurrencia de episodios afectivos y abuso de sustancias.
- Resultados: **los estresantes intermitentes, los episodios del estado de ánimo y los episodios de consumo de cocaína no solo muestran sensibilización a sí mismos, sino sensibilización cruzada a los demás que contribuyen a progresión de la enfermedad.**
- Conclusiones: estos procesos de sensibilización interactivos sugieren la importancia de intervención para intentar prevenir manifestaciones cada vez más graves de la enfermedad bipolar y la progresión del abuso de sustancias.

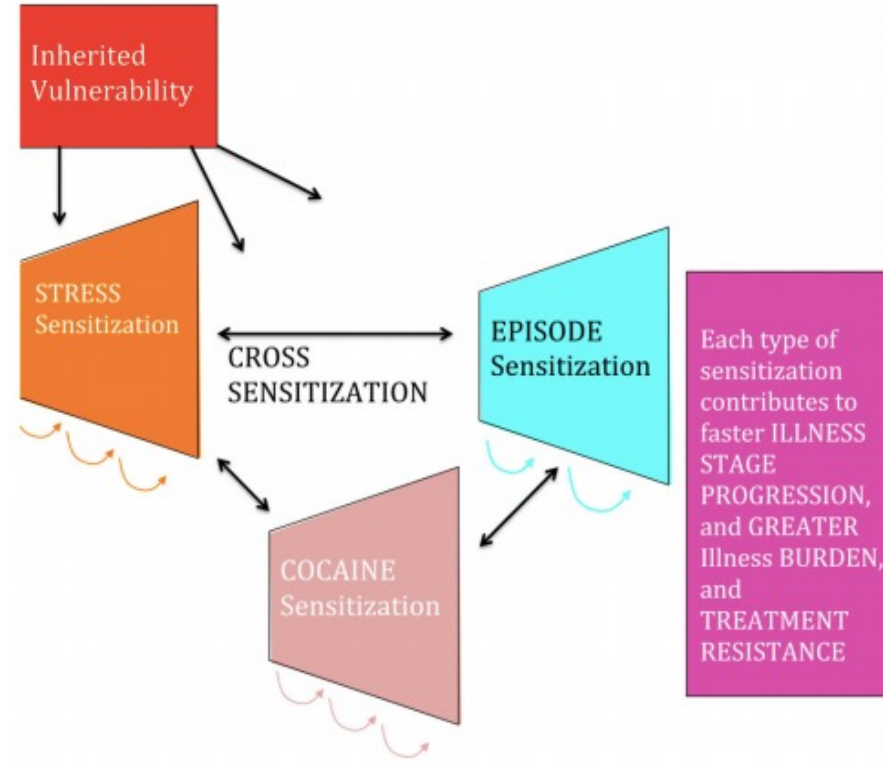
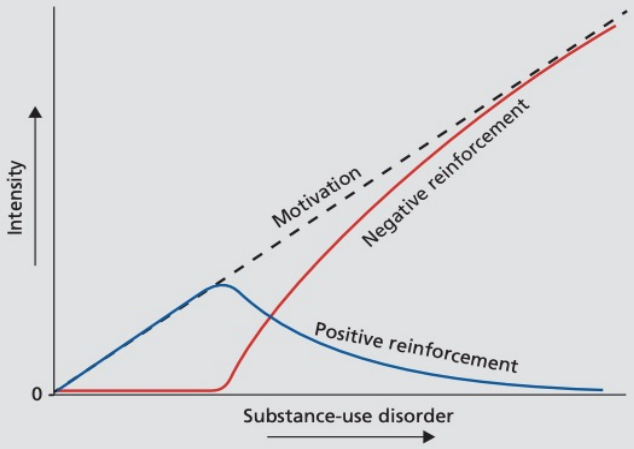
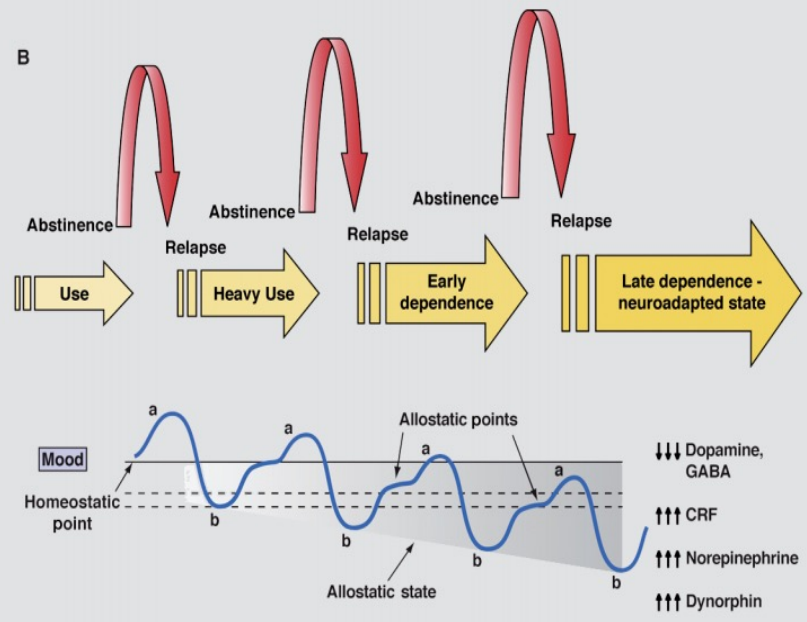
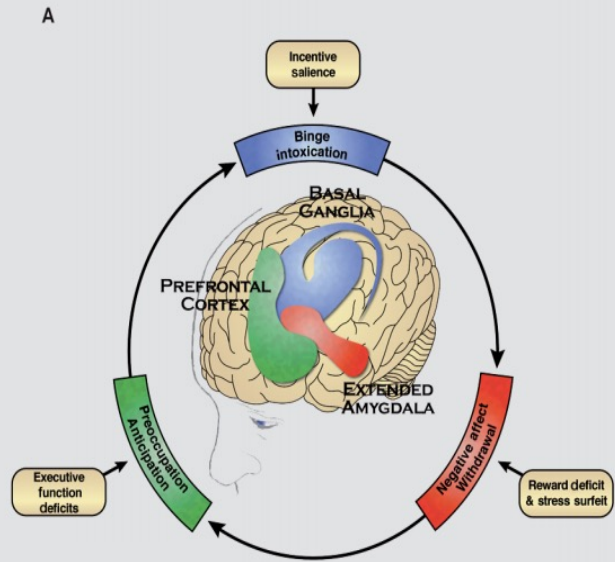


TABLE 2 Prevalence of self-medication with drugs or alcohol for mood disorders

Mood disorder	Self-medication with alcohol only (%)	Self-medication with drugs (with or without alcohol) (%)	Any self-medication	Author	Sample
Dysthymia	12.1	10.8	22.9	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Major depressive disorder	15.4	7.8	23.2	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Bipolar 1 disorder	22.1	18.9	41.0	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Bipolar 2 disorder	23.9	10.8	34.7	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Any mood disorder	15.7	8.4	24.1	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)

Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*. 2018 Sep;35(9):851-860.



George O, Koob GF. Individual differences in the neuropsychopathology of addiction. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017 Sep;19(3):217-229.

Indicadores Clínicos Para El Diagnóstico De Un Episodio Depresivo Concurrente Al Consumo De Sustancias.

Depresión Primaria	Depresión Inducida
La sintomatología depresiva aparece durante un fase de consumo estable	Aparición de la sintomatología depresiva durante una escalada de consumo
La sintomatología depresiva persiste después de un periodo de abstinencia	Aparición de la sintomatología depresiva durante una disminución importante del consumo
Antecedentes de episodio depresivo en ausencia de consumo de sustancias	
Antecedentes de buena respuesta a tratamientos antidepresivos	
Antecedentes familiares de depresión	

Características clínicas de la depresión dual

La DM dual es más frecuente cuando hay un TUS de gravedad moderada-grave, que si el TUS es de gravedad leve (en criterios DSM-IV la DM dual es más frecuente en los trastornos por dependencia que en los trastornos por abuso)

La DM dual es más frecuente independiente que inducida (excepto en el caso del TUS por alcohol)

La presencia de DM (primaria o Inducida) se asocia con un curso desfavorable del TUS

La presencia de TUS se asocia a un curso desfavorable de la DM

Los pacientes con depresión dual presentan mayor prevalencia de intentos de suicidio/suicidios consumados

Los pacientes con depresión dual presentan más comorbilidades médicas y psiquiátricas (incluyendo más TUS)

Los pacientes con depresión dual presentan mayor problemática social y más utilización de recursos sanitarios, incluyendo más hospitalizaciones psiquiátricas

TRASTORNOS PSICÓTICOS Y ADICCIONES



Drogas Que Pueden Originar Cuadros Psicóticos:

1. Con predominio de **síntomas alucinatorio-delirantes**:

a. Por la ingesta de:

- i. Alcohol e hipnótico sedantes
- ii. Cannabis
- iii. Estimulantes
- iv. Alucinógenos
- v. Opioides

b. Por la abstinencia de:

- i. Alcohol e hipnótico sedantes

2. Con predominio de **síntomas afectivos**:

• Por la ingesta de:

- Alcohol e hipnótico sedantes
- Estimulantes
- Alucinógenos
- Opioides

• Por la abstinencia de:

- Alcohol e hipnótico sedantes
- Estimulantes

MITO: Fumar Marihuana No Tiene Ninguna Relación con Esquizofrenia u Otras Enfermedades Mentales

REALIDAD:

- El uso regular de marihuana está asociado con un aumento de riesgo de ansiedad y depresión (*Patton y cols. BMJ 2002*).
- La marihuana se encuentra también correlacionada con psicosis, especialmente entre personas con una predisposición genética, y con la exacerbación del curso de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia (*Caspi et al. Biol Psychiatry 2005*).
- Un uso regular e intenso de marihuana, mayor potencia de la droga, y exposición a temprana edad pueden todas afectar negativamente a la trayectoria de la enfermedad (ej., acelerar el tiempo del primer episodio psicótico de 2 a 6 años) (*Di Forti y cols. Schizophr Bull 2014*).

Consumo De Cannabis y Riesgo De Trastorno Psicótico Primario

- Fergusson et al → aquellos con uso de cannabis en los últimos 12 meses → riesgo de psicosis primaria es 1.6 a 1.8 veces mayor que la población general.
- Andreasson et al → en seguimiento de 27 años → uso de cannabis se asoció a mayor riesgo de esquizofrenia.
- Weiser et al. → relación entre uso de cannabis en la adolescencia y desarrollo esquizofrenia (8%).

Thirithalli J, Benegal V, "Psychosis among substance users" Curr Opin Psychiatry 19:239–245.2006 Lippincott Williams & Wilkins.

What every adolescent needs to know: Cannabis can cause psychosis

Gilla K. Shapiro^{a,b,*}, Leslie Buckley-Hunter^{c,d}

^aYouthdale Child and Adolescent Sleep Centre, Toronto, ON, Canada

^bDepartment of Social and Political Sciences, University of Cambridge, Cambridge, UK

^cAddiction Services, University Health Network, Toronto, ON, Canada

^dDepartment of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Received 9 April 2010; accepted 9 April 2010

Abstract

Objective: Cannabis is a widely used substance that may be becoming more socially accepted, legally tolerated, and utilized by younger individuals. This review explores the relationship between cannabis and the onset of psychosis as well as the policy ramifications of current research. **Method:** This article synthesizes published work that was considered by the author to be relevant to the discussion of cannabis and the onset of psychosis. **Results:** The evidence suggests that, along with other harms, cannabis is a significant risk factor in the etiology of psychosis. Adolescents are

more vulnerable to using cannabis, and because of their stage of mental development, the cognitive effects are more pronounced. The mechanism for this change is thought to be neuro-chemical with a stronger effect in those with a diathesis for psychosis. **Conclusion:** The risk that cannabis poses to adolescent health should not be neglected. Policy measures should use a multifaceted and strategic perspective in order to prevent adolescents from using this drug.

© 2010 Elsevier Inc. All rights reserved.

Consumo De Cannabis y Riesgo De Trastorno Psicótico Primario

- Van Os,2002 → “El cannabis es factor de riesgo para desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico, considerando también otros factores ambientales que induzcan daños en el neurodesarrollo y factores genéticos determinados pueden incrementar esa vulnerabilidad, expresándose como esquizofrenia o como trastorno bipolar”.

Arias F, Ramos J, “Casos clínicos en Psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis”, Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC) Universidad Complutense de Madrid,

- Boydell y Henquet (2005)→ aumento al doble de la incidencia de la esquizofrenia en usuarios de cannabis

Henquet C, Murray R, Linszen D, Van Os J, “The Environment and Schizophrenia: The Role of Cannabis Use”, Schizophr Bull (July 2005) 31 (3): 608-612.

Consumo De Cannabis y Riesgo De Trastorno Psicótico Primario

- Investigación prospectiva de 15 años (50.465 participantes) → historia de consumo antes de los 18 años → 2,4 veces más probable diagnóstico de esquizofrenia
- Zammit et al. (2002) → En seguimiento de 27 años → estimaron que el 13% de los casos de esquizofrenia podría haberse evitado si se hubiera eliminado el consumo de cannabis.
- Hides y cols., (2006) → El consumo de cannabis producía alteraciones cognitivas y del comportamiento que no se observaban cuando el consumo de cannabis se iniciaba en al

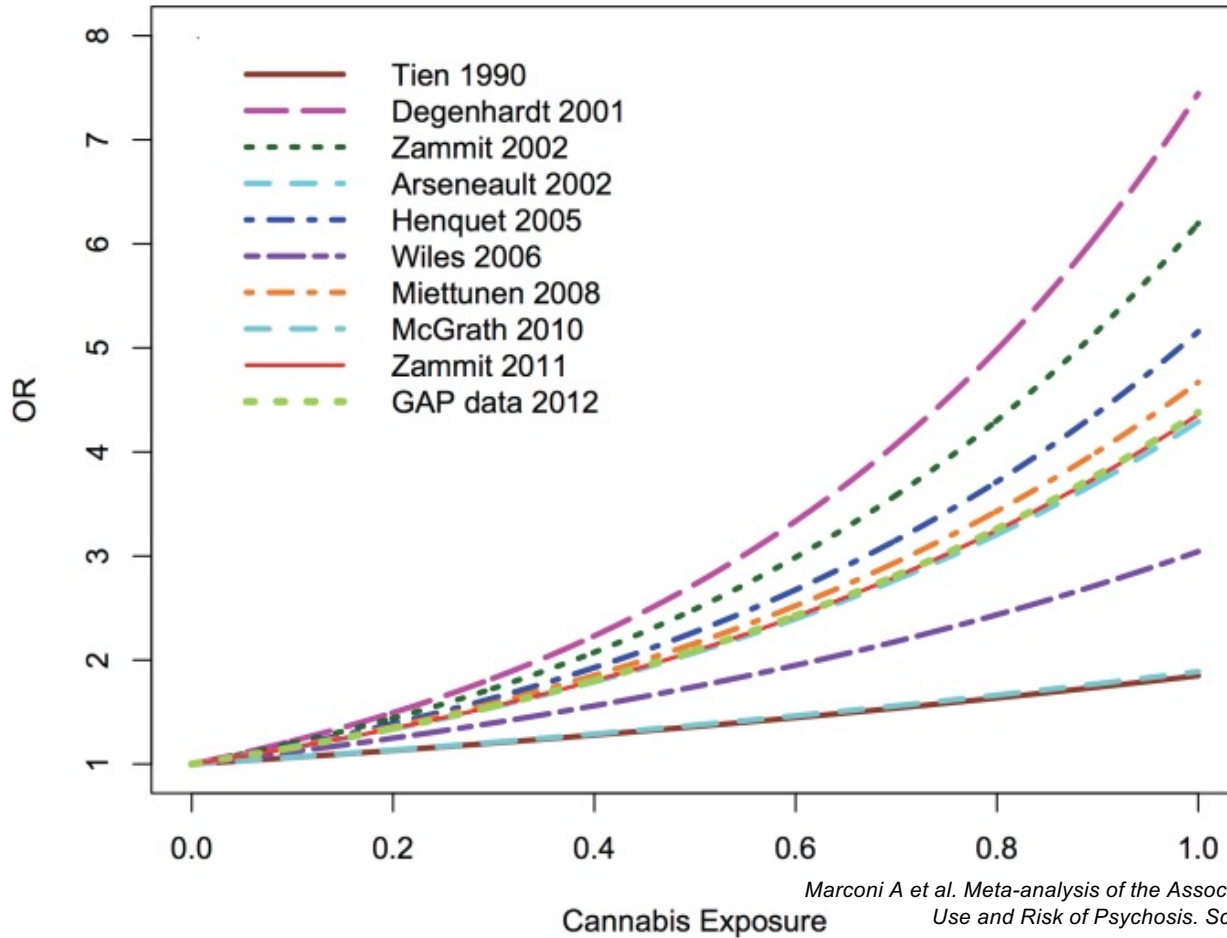
Wayne H, Degenhardt L, “Uso del cannabis y riesgo de desarrollar un trastorno psicótico” World Psychiatry (Ed Esp) 6:2 ·Septiembre 2008

Table 1 | **General population studies of the effect of cannabis use on the risk of psychosis**

Country in which the study was conducted	Number of participants	Follow up	Odds ratio (95% confidence interval)	Study design
United States	4,494	NA	2.4 (1.2, 7.1)	Population based
Sweden	50,053	25 years	2.1 (1.2, 3.7)	Conscript cohort
The Netherlands	4,045	3 years	2.8 (1.2,6.5)	Population based
Israel	9,724	4–15 years	2.0 (1.3, 3.1)	Population based
New Zealand (Christchurch)	1,265	3 years	1.8 (1.2, 2.6)	Birth cohort
New Zealand (Dunedin)	1,253	15 years	3.1 (0.7,13.3)	Birth cohort
The Netherlands	1,580	14 years	2.8 (1.79,4.43)	Population based
Germany	2,436	4 years	1.7 (1.1, 1.5)	Population based
United Kingdom	8,580	18 months	1.5 (0.55,3.94)	Population based

Murray 2007 Nat Rev N

Psychosis risk distribution





Modelos De Intervención Con Pacientes Duales

TRATAMIENTO SECUENCIAL

Red asistencial

Itinerario terapéutico

Salud Mental



Drogodependencias



Tratamiento



TRATAMIENTO PARALELO

Red asistencial

Itinerario terapéutico

Salud Mental



Drogodependencias

Tratamiento  Coordinación insuficiente

TRATAMIENTO PARALELO COORDINADO

Red asistencial

Itinerario terapéutico

Salud Mental



Drogodependencias

Tratamiento → Coordinación adecuada



TRATAMIENTO INTEGRADO

Red asistencial

Itinerario terapéutico

S. M. / Drog.

Tratamiento

- Un tratamiento integrado se dirige a cubrir dos objetivos complementarios:
 - Mejorar el acceso al tratamiento, como servicio que se oferta desde un único dispositivo.
 - Favorecer la individualización del tratamiento y mejorar su eficacia clínica, mediante la combinación y/o modificación de dos tipos de intervenciones (la dirigida a atender la patología adictiva y la comorbilidad psiquiátrica) en una intervención única y coherente.



Inicio

Tamizaje
Ingreso
Consentimiento
Informado

Evaluación
biopsicosoci
al completa

Resumen
integrativo

Planificación de
tratamiento
Prioridades,
necesidades
Metas y objetivos
Marco de tiempo

Ruta de recuperación

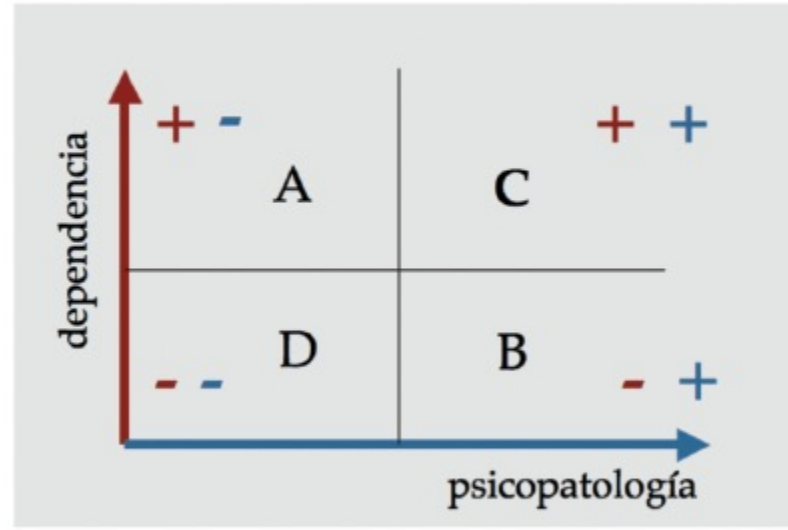
Evaluación Global De Pacientes Con Patología Dual

EVALUACIÓN			
PSIQUIATRÍA	MÉDICA	PSICOLOGÍA	EDUCATIVA
Enfermedad actual <ul style="list-style-type: none"> • Problemática • Ex. mental 	Historia toxicológica <ul style="list-style-type: none"> • Exhaustiva • Compleja • Crit. dependencia • Riesgo desintoxicación • Posib. abstinencia • Controles toxicológicos 	Pb. Clínicos <ul style="list-style-type: none"> • Adicción • Trastorno mental 	Estructura familiar: ambiente, roles, problemas <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de amigos: sanos frente a consumidores
Descartar C. no inclusión <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo autolítico • Riesgo heteroagresividad • Capacidad intelectual 	Historia médica <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad actual • Complicaciones • Resultados análisis • Compatible convivencia: no contagio • Compatible con las actividades 	Personalidad <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol • Condiciones explosivas • Introversión • Extraversión • Impulsividad 	Estilo de vida <ul style="list-style-type: none"> • Ocio, tiempo libre y aficiones • Antecedentes y actitudes relacionados con otros estilos de convivencia • Factores personales relacionados con la convivencia
Diagnóstico presunción antecedentes personales <ul style="list-style-type: none"> • Tr. atención en la infancia • Abusos sexuales • Malos tratos • Ludopatía • Tr. alimentación • Consumo de sustancias • Otras adicciones 		Psicometría <ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia: WAIS y OTI • Neuropsicología: Barcelona, Benton • Personalidad: Millon – IPDE 	Grupos sociales e institucionales de apoyo <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de autoayuda • Accesibilidad a recursos
Exploración síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Cómo y cuándo • Relación con sustancias • Evaluación longitudinal y transversal 			

Objetivos Del Tratamiento Psiquiátrico De Los Pacientes Con Trastornos Duales

1. Establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica.
2. Vigilancia del estado clínico del paciente.
3. Tratamiento de la intoxicación y abstinencia.
4. Prevención de recaídas.
5. Educación sanitaria individual y familiar.
6. Reducción de la comorbilidad y de las secuelas del consumo.

PROTOCOLO DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL



Grupo A: *Adicción de difícil manejo junto a trastorno mental leve*

Implica fundamentalmente abuso o dependencia de drogas de difícil abordaje en las que se producen cuadros de enfermedad mental comórbida; las necesidades asistenciales predominantes son las relacionadas con los problemas derivados del consumo de sustancias.

Grupo B: *Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción no complicada.*

Se refiere fundamentalmente a pacientes catalogados como Trastornos Mentales que presentan síntomas graves (como ideación suicida, rituales obsesivos graves, síntomas psicóticos, etc.) que consumen sustancias, sin que este consumo pueda catalogarse como de difícil manejo.

Grupo C: *Trastorno mental de alto nivel de complejidad junto a adicción de difícil manejo.*

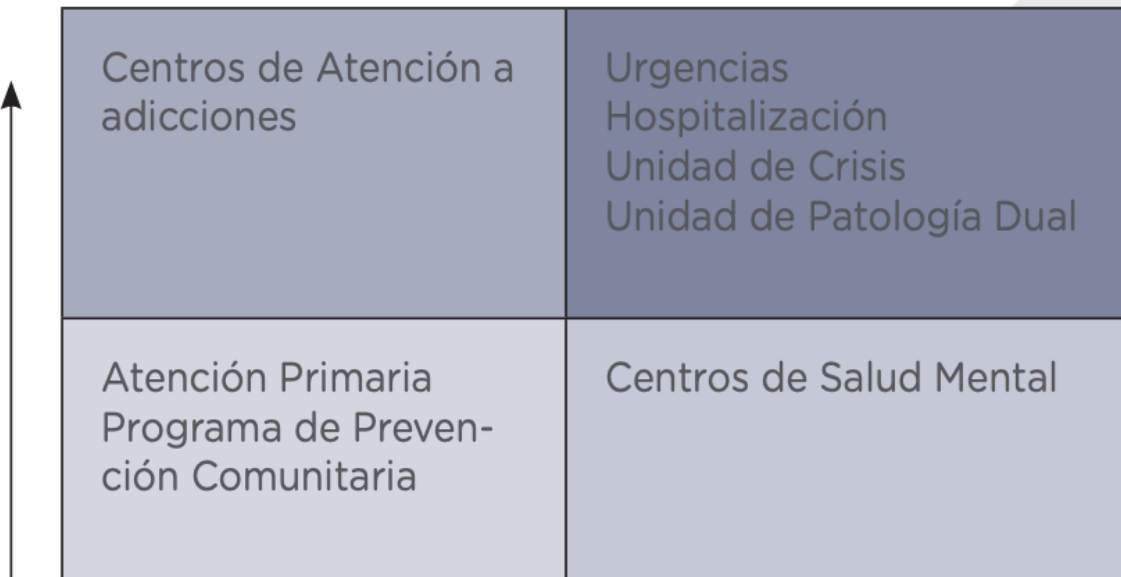
Supone el ámbito más específico de las intervenciones integrales o coordinadas. Requiere el uso sinérgico y coordinado de ambas redes para su tratamiento. Población prioritaria de atención en este documento.

Grupo D: *Abuso de sustancias no complicado junto a trastorno mental leve.*

Pacientes en régimen ambulatorio que presentan un perfil clínico mixto leve, donde predominan síntomas ansioso depresivos junto a abuso de sustancias no complicado.

**Transtorno por
uso de sustancias**

mayor
gravedad



menor gravedad

mayor gravedad

Transtorno mental



Consultoría



Colaboración



Integración

REFLEXIONES FINALES

1. Las adicciones son patologías crónicas, altamente prevalentes, que podrían llamarse “enfermedades de los límites” y que limitan enormemente nuestra libertad individual y social.
2. Confieren riesgo de otras enfermedades y tienen gran impacto social.
3. La patología dual complejiza aún más el escenario de abordaje de la problemática adictiva y, lejos de ser una excepción, en estos tiempos parece ser más bien la norma.



REFLEXIONES FINALES

1. Es infrecuente (casi imposible) encontrar pacientes que acuden a los servicios ambulatorios de adicciones con problemas únicamente de adicción (*Sellman, 2010*), y **el mero diagnóstico de un trastorno adictivo deja las otras dimensiones psicopatológicas de los trastornos mentales sin detectar, y viceversa.**
2. A menudo es **difícil distinguir los síntomas coincidentes** de los trastornos adictivos y los otros síntomas de trastornos mentales, lo que comporta **grandes dificultades para el diagnóstico.** Un diagnóstico psicopatológico dimensional y longitudinal es crítico para asegurar tratamientos adecuados y eficaces.

REFLEXIONES FINALES

1. La valoración de la patología dual, tanto del trastorno como del síntoma, **debe empezar lo antes posible**, sin la imposición de periodos de espera de abstinencia arbitrarios y sin la obligación de estabilización psiquiátrica, en base la recogida de datos para una historia clínica integrada y longitudinal (*Minkoff, 2001*).
2. Los pacientes duales son pacientes que presentan **mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, ingresan más, presentan más riesgo suicida** (*Szerman et al, 2013*), tienen **peor adherencia a los tratamientos, utilizan mayor cantidad de dispositivos sanitarios y sociales**.
3. Queda justificado que cada vez se empeñen más esfuerzos, no solo a nivel asistencial, sino también a nivel del diseño y gestión de recursos específicos, para mejorar el abordaje y la atención de estos pacientes.

¡Muchas Gracias
Por Su Atención!

¿Preguntas?

dra.betancur@sepya.cl
instituto@sepya.cl

