

# Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial

J. A. Fernández-Fernández y R. Touriño-González

Equipo coordinador de Centros de Día de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

Comenzamos este artículo analizando las complejas relaciones entre el trastorno dual y los procesos de rehabilitación psicosocial. Estos procesos pueden convertirse en factores de riesgo o de protección según la preparación de los equipos para detectar, evaluar, prevenir e intervenir eficazmente sobre el uso de drogas en personas con trastornos mentales severos.

Exponemos las características de los procesos de evaluación de los trastornos duales, sus dificultades y sus peculiaridades.

Finalmente, revisamos los tratamientos disponibles. El primer paso para abordar los trastornos duales es la valoración por parte de los profesionales de su relevancia en la evolución de la enfermedad y en los procesos de rehabilitación e inserción social. La promoción de la salud debe formar parte de las actividades de rehabilitación.

Deben desarrollarse programas de «reducción del daño» y, sólo con las condiciones necesarias, intentar un programa «libre de drogas».

### Palabras clave:

Rehabilitación psicosocial, trastorno dual, trastorno mental severo.

## Evaluation and intervention of the dual disorder in psychosocial rehabilitation

We begin this article analysing the complex relationships between the dual disorder and the psychosocial rehabilitation processes. These processes may become risk or protection factors depending on the readiness of the teams to detect, evaluate, prevent and intervene efficiently upon the use of drugs on people with severe mental disorders.

We expose the characteristics of the evaluation processes of dual disorders, its difficulties and its special features.

Finally, we revise the available treatments. The first step to tackle the dual disorders is the staff's awareness about its relevance in the course of the disease and in the

rehabilitation and social insertion processes. The promotion of health must be part of rehabilitation activities.

Programmes for the «reduction of damage» should be developed and, only with the required conditions, try a «drug-free» programme. The success of intervention will depend on the management of the patient's motivation.

### Key words:

Psychosocial rehabilitation, dual disorder, severe mental disorder.

## Introducción

Las implicaciones que el uso de drogas tienen en el pronóstico y en la evolución de los trastornos mentales severos (TMS) han sido señaladas en la mayoría de los estudios que abordan el trastorno dual<sup>1</sup> (TD), y entre ellas también podríamos incluir algunos fenómenos ambivalentes en relación con los procesos de rehabilitación psicosocial. Es muy difícil que una persona con TD permanezca y se integre en un programa de rehabilitación psicosocial, ya que sólo se consigue un mantenimiento de la adherencia mediante la realización de un gran esfuerzo conjunto, tanto por parte de usuarios como de familiares y profesionales. Sin embargo, si el usuario se mantiene en este nuevo contexto interactivo (el proceso de rehabilitación psicosocial) puede reactivar, paradójicamente, conductas, hábitos y situaciones que faciliten el reinicio o aumento del uso de drogas.

Algunas de las dificultades que pueden surgir entre el TD y la rehabilitación psicosocial se ejemplificaron en el estudio realizado en 5 centros de día de rehabilitación psicosocial (CDRP) de Gran Canaria<sup>2</sup>: se observó una disminución de ingresos hospitalarios en toda la muestra tras dos años en procesos de rehabilitación (43 ingresos previos y 21 postingresos) pero el decremento se produjo fundamentalmente en usuarios no consumidores de drogas (27 ingresos previos y 6 posteriores), mientras que entre los usuarios con consumo apenas se redujo (16 preingresos y 15 postingresos). Además, tras dos años de asistencia a un programa de rehabilitación se observó un repunte de los consumos en algunos usuarios. Un aumento del consumo en algunas personas con TD, y atendidos en la red de salud mental, también se desprende del estudio de 7 años de seguimiento realizado por Bartels et al<sup>3</sup>.

---

Correspondencia: J. A. Fernández.  
Centro de Día de la Casa del Mar.  
C/ León y Castillo, 322, 5º.  
35007. Las Palmas de Gran Canaria.  
Correo electrónico: jafer@cop.es

Los resultados de estos estudios sugieren que, aunque el uso de drogas en las personas con TMS puede estar dificultado por el deterioro funcional que conlleva su trastorno, también puede verse facilitado por los procesos de rehabilitación al incrementar el funcionamiento comunitario y la exposición a situaciones de riesgo.

Por otro lado, sabemos que la evolución del TD puede ser más favorable si se abandona el consumo de drogas y si, además, se recibe medicación antipsicótica y apoyo social<sup>4</sup>. Algunos autores han subrayado este carácter ambivalente del TD afirmando que el uso de drogas en las personas con TMS puede estar filtrando a personas con características de «buen pronóstico»: «[...] los esquizofrénicos que abusan de las drogas podrían representar un subgrupo con mejor pronóstico y sintomatología menos severa, pero el abuso de drogas podría afectar adversamente el resultado global [...]»<sup>4,5</sup>. Se ha hallado «[...] una menor sintomatología de los pacientes con abuso de cannabis, que puede reflejar una selección de personas que siendo más competentes socialmente serían más propensas al abuso de drogas, debido a la alta exposición a la droga a través de sus contactos sociales.»<sup>5,6</sup>.

Mendivil et al<sup>5</sup> observan que las personas con TMS y abuso de drogas muestran menor sintomatología negativa y mejor ajuste premórbido, lo que hace suponer una mejor evolución. Esta fatídica coincidencia (los que tendrían mejor pronóstico lo empeoran por el consumo de drogas) hace que el reconocimiento y el abordaje terapéutico de los pacientes psicóticos consumidores de drogas sea de tanta importancia. Incluir a una persona con TMS en un programa de rehabilitación que no disponga de recursos (detección, evaluación, prevención e intervención del uso de drogas) para neutralizar las variables de potencial uso de drogas constituye un factor de riesgo para el inicio o aumento del uso de drogas. Por eso se puede decir que la rehabilitación psicosocial es un factor de riesgo o de protección, según la preparación y los recursos de los equipos para detectar, evaluar, prevenir e intervenir eficazmente sobre el uso de drogas en personas con TMS.

## Evaluación del uso de drogas en personas con trastorno mental severo

Comprender el proceso de recuperación desde un trastorno por uso de sustancias puede ayudar al clínico en la monitorización de dicho abuso y del progreso en el tratamiento<sup>7</sup>. Los estudios de investigación longitudinal de los trastornos primarios por uso de drogas indican que son usualmente crónicos, con altos índices de mortalidad<sup>8,9</sup>. Aproximadamente, sobre un 2-5% de las personas por año consiguen una abstinencia sostenida. Sobre el curso

natural del TD tenemos menos información; el estudio de Bartels et al<sup>3</sup> (con un seguimiento de 7 años) indica un porcentaje de recuperación similar al del trastorno de drogas primario. La fragilidad de esta recuperación se ve en el estudio de Xie et al<sup>10</sup>, que en un seguimiento prospectivo de 10 años un tercio de los usuarios con TD y remisión del abuso de drogas (según DSM-III-R) recayó en el consumo en el primer año de seguimiento, aumentando a dos tercios al final del tiempo total de seguimiento.

La evaluación enlaza 4 tareas: detección, clasificación, una evaluación pormenorizada y la planificación del tratamiento, a través del plan individualizado de rehabilitación (PIR), todo ello dentro de un proceso de retroalimentación recíproca.

## Dificultades

La principal dificultad con la que nos vamos a encontrar es que, a pesar de los altos índices de ocurrencia, los profesionales sencillamente fracasan al realizar la historia del uso de drogas. El uso de drogas en la esquizofrenia es subestimado o no suficientemente valorado por los profesionales<sup>7</sup>, alcanzando esta subdetección una estimación del 50% o mayor (del 84% en urgencias)<sup>11,12</sup>.

Otras dificultades de la evaluación son que algunas personas con TD no son capaces de describir sus hábitos de uso de drogas, pueden ser propensas a los problemas del autoinforme (evocación de detalles, respuestas en función de las demandas, etc.) y a las distorsiones cognitivas, psicóticas y afectivas. Es frecuente que las personas con TD recelen de hablar de su consumo de drogas, porque esperan sanciones, o porque no se acepta en su círculo social, sobre todo con las drogas ilegales; el uso de alcohol es más fácilmente admitido. El hecho de que muchos usuarios minimicen sus consumos puede ser debido a que no identifiquen las drogas como un agente causal de las consecuencias aversivas, sino que, más bien, tienden a atribuir a las drogas los efectos positivos a corto plazo (reducción de ansiedad y depresión, mejor sueño, sensaciones de bienestar, etc.) antes que los efectos negativos a largo plazo: aumento de alucinaciones, ideación delirante y suicida, interferencia en el manejo de la vida diaria, etc<sup>7</sup>.

Otra cuestión importante es que los instrumentos estándar de evaluación para población general no se ajustan a la población con trastorno mental añadido. Las dimensiones de evaluación de los patrones de uso, consecuencias, síndrome de dependencia y distrés subjetivo son bastante diferentes para las personas con TMS respecto a las personas que no tienen un trastorno mental. Las personas con TMS pueden sufrir consecuencias adversas con el uso de cantidades relativamente pequeñas<sup>13,14</sup>. Las consecuencias que experimentan las personas con TD (dificul-

tades para cumplir con la medicación, mantenimiento del hogar, participación en programas de rehabilitación, etc.) no suelen ser valoradas por los instrumentos estándar para personas con trastorno primario por uso de drogas. Finalmente, la elevada sensibilidad a los efectos de las drogas de las personas con TMS suele impedir el desarrollo de síndromes fisiológicos de dependencia<sup>7</sup>. Por todas estas razones, los instrumentos estándar dirigidos a las personas con un trastorno primario por uso de sustancias son habitualmente inadecuados para la tarea de evaluación en personas con TMS.

### Técnicas de obtención de información

Realizar cuidadosamente el historial de uso de drogas es el paso más importante en el proceso de evaluación; los estudios sobre historia natural de la enfermedad ilustran la variabilidad de patrones de consumo a lo largo de la vida. La información mínima a recoger en la historia de consumo para cada sustancia es: edad del primer consumo, del consumo habitual, del consumo excesivo, períodos de abstinencia prolongados, cantidades (medias y máximas), frecuencias y vías de administración, horarios, contabilizando de forma separada los fines de semana (sobre todo el alcohol). Las principales fuentes de obtención de la información son: información del usuario, observación directa, información colateral (familiares, otros profesionales), detección biológica (análisis de orina, de sangre, del cabello, espirométrico, etc.).

### Frecuencia de las evaluaciones clínicas

El trastorno por uso de drogas tiende a ser crónico, por lo que, para los propósitos clínicos se requiere realizar una valoración con una base en largos períodos de tiempo. Muchos autores<sup>7</sup> recomiendan una monitorización formal en personas con TMS al menos cada 6 meses, aunque los clínicos deben mantener evaluaciones informales con mayor frecuencia (mensual). Además se recomienda<sup>10</sup> que las rutinas de evaluación se deben mantener al menos durante un período de dos años una vez que el usuario haya conseguido que el trastorno se encuentre en remisión.

### Condicionantes del entorno en los resultados de la evaluación

El abuso de sustancias es extremadamente sensible a las disfunciones socioambientales. Los usuarios con abuso de sustancias en un entorno pueden no generalizar las conductas a otros entornos. Así, la abstinencia en un en-

torno institucional, como una prisión, un hospital psiquiátrico o una residencia, no predice el mantenimiento de la abstinencia en un entorno comunitario menos restrictivo. Esto conlleva dos implicaciones<sup>7</sup>: primero, la evaluación de las conductas de abuso requieren ser realizadas rutinariamente cuando el entorno del cliente ha cambiado, porque la evaluación es muy poco generalizable a través de los diferentes entornos socioambientales. Segundo, la intervención en personas con trastorno por abuso de sustancias en entornos altamente restrictivos debe también extenderse y complementarse dentro de los entornos naturales del usuario.

### Formación y entrenamiento

Los profesionales de rehabilitación que usen escalas deben conocer bien a sus usuarios, comprender las diferentes presentaciones clínicas de un trastorno por abuso de sustancias, el proceso de recuperación y no hacer presunciones en sus valoraciones. Es importante subrayar la necesidad de que los profesionales realicen una adecuada formación y entrenamiento en el uso de estas herramientas. Algunas escalas, como la PRISM (*Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders*)<sup>15</sup>, no pueden ser utilizadas sin un entrenamiento homologado, pero debemos pensar que todo instrumento, en alguna medida, requiere de un período de entrenamiento específico. Es precisamente la falta de formación la principal causa de las malas prácticas asociadas a las herramientas de evaluación<sup>16</sup>.

### Clasificación y descripción de protocolos e instrumentos

Las herramientas de evaluación para el TD son: instrumentos de cribado, de frecuencia/cantidad, de intensidad o severidad de los síntomas, de preparación al cambio, medidas bioquímicas y entrevistas estructuradas de diagnóstico. La decisión respecto a qué instrumentos necesitamos depende de varios factores<sup>17</sup>: propósito de la evaluación, la relación coste/beneficio, etc. Los instrumentos de cribado que han sido utilizados con personas con TMS (DAST-10<sup>18,19</sup>, AUDIT<sup>20,21</sup>, DALI<sup>22</sup>) son muy sensibles para detectar niveles bajos de abuso de sustancias, pero lo son menos para determinar un rango de uso o dependencia. Por eso, los instrumentos de cribado son más convenientes para la población general detectando la presencia potencial del abuso y dependencia, que para los dispositivos de rehabilitación donde la disponibilidad de contrastar diferentes fuentes de información (usuario, familia, historial psiquiátrico, etc.) facilita la detección. A la inversa, las medi-

das de severidad de la dependencia (ASI<sup>23</sup>) son a menudo insensibles a los niveles bajos de uso y son utilizadas más apropiadamente con personas que tienen establecido un abuso/dependencia y para monitorizar los resultados del tratamiento. Las medidas de frecuencia/cantidad (TLFB<sup>24,25</sup>) se utilizan clínicamente para propósitos diagnósticos y para determinar las metas del tratamiento. Las medidas bioquímicas son caras y, a menudo, poco sensibles, pero pueden ser muy útiles si se requiere una validación externa o del uso reciente. Este tipo, como las meramente cuantitativas, aportan medidas del uso de drogas, pero no dan información sobre las consecuencias del consumo (psicológicas, laborales, sociales, ni físicas), información particularmente importante para la planificación del tratamiento<sup>17</sup>.

Las entrevistas clínicas estructuradas (PRISM<sup>15-26</sup>, CIDI<sup>27</sup>) tienen un importante papel en la evaluación del uso de drogas, especialmente en poblaciones clínicas, donde el detallado conocimiento de la historia de consumo de drogas y de la conducta actual de un paciente son esenciales para el establecimiento diagnóstico, la provisión de cuidados y el tratamiento. Sin embargo su aplicación a la práctica cotidiana adolece de dos inconvenientes: requieren un entrenamiento previo por parte del entrevistador y su administración tiene un alto consumo de tiempo (mínimo una o dos horas). No obstante, se están desarrollando versiones abreviadas (20 minutos) de entrevistas como la CIDI, así como su administración por ordenador<sup>17</sup>.

### Instrumentos de severidad y frecuencia/cantidad

Para obtener información específica sobre el consumo reciente de drogas en la literatura anglosajona reciente se recomienda casi con unanimidad el *Time-Line Follow-Back*<sup>24</sup> (TLFB, validado en castellano<sup>25</sup>). Este método implica al cliente para que haga estimaciones de cantidades consumidas cada mes sobre los últimos 6 meses. Esta estimación puede estar distorsionada en personas reacias a informar sobre sus consumos, pero es muy útil en caracterizar el patrón de consumo en usuarios que son capaces de admitir algún tipo de consumo. Otra alternativa en castellano es la evaluación del patrón del uso en los últimos 12 meses a través del instrumento de evaluación del consumo actual (SEGUDE<sup>28</sup>).

En rehabilitación psicosocial los instrumentos más adecuados son multimodales, dirigidos por clínicos que tienen un contacto continuado con los usuarios, como el Sistema de evaluación global del uso de drogas en la esquizofrenia<sup>28</sup> (SEGUDE), batería de instrumentos para la evaluación del uso de drogas en personas con trastornos mentales severos en procesos de rehabilitación psicosocial. La batería tiene 4 momentos: detección del consumo, evaluación del

uso histórico y del uso actual de drogas, monitorización del abuso de drogas, y evaluación del riesgo de abuso de drogas en «no abusadores».

Se puede obtener libremente solicitando a los autores el instrumento y las normas de uso, aunque exige una preparación mínima del profesional.

### Instrumentos de motivación para el cambio

La recuperación del TD es un proceso longitudinal que puede durar varios años. No comprender esta cualidad de proceso longitudinal en el tiempo puede crear expectativas poco realistas y ofrecer intervenciones para las que el usuario aún no está preparado, generando más frustración de la necesaria. El uso de instrumentos que evalúan las etapas de motivación para el cambio recuerda a los profesionales esta condición longitudinal del proceso, y permite identificar las opciones del tratamiento que son más apropiadas para el cliente. Los principales instrumentos que monitorizan la preparación al cambio son: SÓCRATES<sup>29</sup>, URICA<sup>30</sup> y SATS<sup>31</sup>, pero es esta última (*Substance Abuse Treatment Scale*) la más referenciada en rehabilitación<sup>7-32</sup>.

Para Dawe et al<sup>17</sup> es necesario mejorar la adecuación de los instrumentos de detección diagnósticos para el abuso de drogas en poblaciones psiquiátricas. Actualmente se dispone de literatura que avala la utilidad de instrumentos como el MAST y ADS en pacientes con trastornos mentales. Recientemente, el AUDIT ha sido evaluado en esta población. Sin embargo, muchos otros instrumentos requieren más pruebas en individuos con problemas psiquiátricos. Considerando el predominio del uso de alcohol y drogas en esta población, se ve que hay una clara necesidad de desarrollar nuevos instrumentos para la evaluación del TD. Hasta que llegue el momento de disponer de instrumentos más refinados debemos utilizar abordajes multimodales. Los procedimientos de evaluación de mayor precisión utilizan múltiples instrumentos, se focalizan en los asuntos más específicamente relevantes para esta población (efectos sobre los síntomas, cumplimiento del tratamiento, estabilidad del hogar, etc.), información procedente de múltiples fuentes (usuarios, familiares, tutores profesionales, cribado de drogas, etc.), e incluyen un componente de evaluación longitudinal.

### Intervención sobre el abuso de drogas en personas con trastorno mental severo desde rehabilitación psicosocial

La evaluación dirige la intervención a través del PIR, bien para cambiar los hábitos de abuso de drogas (den-

tro de una filosofía de «reducción del daño» o «libre de drogas»), bien para fortalecer hábitos saludables que protejan a los usuarios de un aumento del uso de éstas (prevención)<sup>33</sup>. Los tratamientos de ambos tipos de trastornos se caracterizan por ser procesos a largo plazo, con un papel importante de las recaídas y donde la recuperación requiere una intervención en red(es) y multidireccional: hacia su motivación, hacia el establecimiento de apoyos psicoterapéuticos y sociales, colaboración familiar y la recuperación de habilidades, espacios y roles comunitarios.

### Prevención del trastorno dual en rehabilitación: intervención sobre grupos de riesgo

Los programas de rehabilitación deben valorar la promoción de la salud como un concepto intrínseco<sup>34</sup> que, entre otras cosas, contribuye a disminuir el número de usuarios que inician (prevención primaria), reinician o aumentan el uso de drogas (prevención secundaria). En rehabilitación psicosocial las intervenciones de prevención del abuso de drogas pueden ser del tipo de:

1. Lo opuesto a los hábitos de uso de drogas son los hábitos saludables<sup>35</sup>: ejercicio físico, alimentación equilibrada, revisiones médicas, habilidades de comunicación adecuadas, donación de sangre, etc.<sup>36</sup>. En la medida en que consigamos aumentar la frecuencia de estas conductas entre las personas con TMS propiciamos estilos de vida alternativos al consumo.

2. La detección de grupos de riesgo<sup>37</sup> permite establecer intervenciones de «prevención específica», por ejemplo, pautas familiares que influyen en el uso de drogas como los problemas en comunicación, padres represores o desinformados, sobreprotección, etc.<sup>33-38</sup>.

3. La detección precoz y evaluación de la historia de consumo de drogas. Varios estudios<sup>39</sup> muestran las razones de los afectados para consumir: disforia, ansiedad, deseo de socializar y anergia, junto con síntomas negativos pueden impeler a los usuarios a abusar de drogas<sup>13</sup>. Una actuación preventiva del consumo de drogas debería incidir en estos aspectos motivacionales de forma particular en cada usuario.

### Intervención sobre prácticas de abuso

«Uno de los avances más interesantes en el campo de las adicciones en los últimos 15 años ha sido la eclosión de nuevos tratamientos de eficacia demostrada. Las personas con problemas de alcohol se han beneficiado del entrenamiento en asertividad, contención de conducta, terapias motivacionales, modificación del comportamiento (*Com-*

*munity Reinforcement Approach*: enfoque para reforzar la reinserción en la comunidad), y enfoques cognitivo-conductuales (por ejemplo, prevención de recaídas) por citar algunos; nuevos fármacos como la naltrexona y el acamprosato han demostrado grandes posibilidades [...]» Daley et al<sup>40</sup>.

La intervención sobre las prácticas de abuso se puede realizar desde dos tipos de programas: los libres de drogas y los de reducción del daño. Los primeros se articulan en torno al fenómeno de la dependencia, y su objetivo es el abandono y fin de la misma<sup>41</sup>. El desarrollo de estos programas en centros «no específicos» en el tratamiento de adicciones requiere de dos condiciones:

1. Tecnología específica para el tratamiento de las drogodependencias, bien mediante programas de tratamiento integrados, bien programas de tratamiento en paralelo que realicen el trabajo desde los dos sistemas de atención (drogas y salud mental).

2. Alta motivación para la abstinencia, es decir, entorno social intransigente con el consumo, apoyos que ofrezcan una alternativa al estilo de vida de la drogadicción (recuperar hábitos del pasado, amigos, esposa, hijos, etc.), compromiso firme con el tratamiento, circunstancias aversivas, actuaciones co-activas asociadas a la adicción: «situaciones límite», problemas legales, enfermedades físicas, abandono social, transeúntes sin hogar, etc.<sup>33</sup>.

Si no se cuenta con ninguna de estas dos condiciones las actuaciones deben enmarcarse desde la filosofía de un «programa de reducción de daños» (RD) que trata los problemas de consumo de sustancias como uno más de los usuarios. No es un método alternativo a los programas con objetivos de abstinencia, sino complementario<sup>41</sup>. Los programas de reducción de daños centran su interés en los daños que causa a la salud la dependencia de una determinada sustancia (tabaco, café, heroína, alcohol, etc.) sin plantearse, en primer término, tal situación de dependencia como el problema a resolver. Un programa libre de drogas tiene fracasos, pero dentro de una óptica de reducción de daños se pueden obtener éxitos si nos marcamos objetivos parciales, a corto plazo, y realistas.

### Ingredientes de los programas de intervención sobre el trastorno dual

Aunque Ley et al (*Cochrane Review*)<sup>42</sup> no encontraron estudios basados en pruebas que demuestren las ventajas de un tratamiento del TD sobre otro, los principales tipos en rehabilitación psicosocial serían: tratamiento integrado o en paralelo y tratamientos asertivos comunitarios (TAC). Desde cualquiera de esas ópticas se tendrán que considerar los siguientes ingredientes del tratamiento:

1. Protocolo de evaluación multimodal, con instrumentos para detectar o descartar el problema (cribado), para realizar una evaluación detallada del uso de drogas así como una evaluación prospectiva que dibuje la tendencia a lo largo del tiempo (no olvidemos que estamos ante dos trastornos crónicos).

2. Enfoque motivacional y el tratamiento por etapas<sup>43</sup>: la recuperación del trastorno dual es un proceso longitudinal que puede durar varios 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. La experiencia de los clínicos<sup>7</sup> y de los propios usuarios indican que las personas con TMS se recuperan de un trastorno por uso de sustancias con una secuencia habitual:

a) Inician el enganche en algún tipo de relación terapéutica.

b) Se va desarrollando la motivación para moderar o eliminar el uso de drogas.

c) Adoptan estrategias de cambio activas para poder controlar el uso de drogas o conseguir la abstinencia.

d) Su esfuerzo se dirige a intentar mantener los cambios realizados y a construir apoyos para prevenir recaídas.

Estas observaciones llevaron a Osher et al<sup>44</sup> a postular 4 etapas en el proceso de recuperación denominadas: enganche, persuasión, tratamiento activo y prevención de recaídas. El uso de las etapas del tratamiento no implica que el proceso de recuperación sea lineal en el tiempo. El abuso de sustancias es un trastorno crónico que cursa con recaídas. Los usuarios frecuentemente reinciden y ciclan entre diversas etapas, especialmente en las más tempranas del tratamiento, como parte natural del proceso de recuperación. Sin embargo, las necesidades de tratamiento siempre deben estar acompañadas con la etapa de recuperación del cliente en cada momento. Antes de conseguir que la motivación esté presente, las intervenciones motivacionales son más apropiadas que las dirigidas al cambio directamente.

3. Estrategias de adherencia al tratamiento: el bajo cumplimiento (psicosocial y farmacológico) es uno de los mayores obstáculos para conseguir un tratamiento eficaz a personas con TD. Es frecuente que estas personas rehuyan el tratamiento o lo abandonen prematuramente, lo cual, como es lógico, se asocia con pobres resultados. Muchos estudios han mostrado que el tratamiento más largo mejora los resultados: un informe del NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) afirma que «el seguimiento ha sido para nosotros el más importante y consistente factor predictor de los resultados del tratamiento»<sup>40</sup>. Es necesario por tanto revisar los procesos del cumplimiento, identificar los modos en que se manifiesta la baja adherencia, analizar sus efectos en el paciente, familia y profesionales y prestar gran atención a las acciones que los terapeutas pueden realizar para motivar a sus pacientes (desde la llamada telefónica inicial hasta el seguimiento post-alta).

4. Generar entornos libres de drogas<sup>45,46</sup>: dentro de los propios dispositivos de rehabilitación estableciendo una normativa clara de mutuo respeto, comprometiendo a los usuarios con esta normativa, realizando análisis toxicológicos, etc.

5. Grupos psicoeducativos<sup>47,48</sup>: preparan y motivan a los pacientes mediante la información de conceptos de prevención de recaídas en el uso de drogas. Roberts et al<sup>35</sup> combinan la psicoeducación con entrenamiento conductual (*rol-play*, modelado, moldeado, tareas, etc.), además, para poder trabajar con esta población de TD con altos índices de absentismo, establecen que el entrenamiento de habilidades pueda hacerse por separado para cada una de ellas. Los pacientes pueden abandonar el tratamiento y volver a reincorporarse al grupo en cualquier momento.

6. La intervención familiar: es uno de los pilares del tratamiento. Puede ser unifamiliar (si la situación familiar es más compleja) o bien en grupos multifamiliares<sup>49</sup> utilizando programas psicoeducativos<sup>48</sup>.

7. Ofertar servicios que cubran necesidades básicas de los usuarios, como por ejemplo integración laboral<sup>50</sup> o una alternativa residencial<sup>32-51</sup>, muy indicada para personas sin hogar y consumidores muy deteriorados. El componente residencial tiene una repercusión importante en el aumento de la motivación del consumidor para tratar su(s) problema(s). Dado que el mantenimiento de una remisión estable requiere que los individuos «creen una nueva vida», el tratamiento residencial a largo plazo puede ser más eficaz para el trabajo de reconstrucción de una nueva vida. Las residencias pueden lograr claras y óptimas condiciones bajo las cuales la ganancia puede ser segura y provee las necesarias condiciones para la recuperación: un alojamiento estable y un espacio físico actual en el que las redes sociales de personas que no usan drogas pueden crecer<sup>32</sup>.

8. Técnicas de manejo individual: a partir de la evaluación y análisis funcional del comportamiento<sup>52</sup> se diseña la intervención dentro de la filosofía de un programa de reducción de daño, o libre de drogas (según las circunstancias). Diseñar la intervención familiar haciendo hincapié en la detección precoz del consumo, y en el asesoramiento familiar, una vez exacerbado el problema. Destacamos las principales técnicas y actitudes<sup>2</sup>:

a) El profesional puede ser un aliado del usuario consumidor; el estilo no tiene que ser el de confrontación.

b) Preparar un abordaje a largo plazo, saber esperar y preparar a la familia.

c) Llegar a acuerdos (por escrito) sobre plazos, actividades, refuerzos y costos de respuesta con usuario y familia.

d) En el peor de los casos, buscar objetivos alternativos a la abstinencia: reducción del daño.

e) Informar al usuario de la normativa legal en cuanto al uso de sustancias psicoactivas y hacerla cumplir.

f) Blindar el dispositivo como un «entorno libre de drogas», evitar el consumo dentro o con relación al dispositivo.

g) No expulsar definitivamente a las personas por prácticas de abuso. En casos de reiterados retos al dispositivo, recurrir a expulsiones temporales manteniendo algún contacto (telefónico, visita domiciliaria, etc.), para futura recaptación.

h) Mantener un registro longitudinal de las prácticas de consumo.

i) Control del dinero: si se controla el dinero y sus fuentes de ingreso se controla también el consumo. A menudo la falta de financiación está sosteniendo la abstinencia.

j) Establecer la asociación del consumo con consecuencias aversivas o utilizar estrategias co-activas (junto con la familia, el sistema judicial, médico, etc.).

k) Promoción de grupos de ocio alternativos al consumo socialmente activos.

Dos ejemplos de programas de intervención sobre el TD en rehabilitación psicosocial con su propia combinación de ingredientes: McKoy et al<sup>32</sup> describen un programa de tratamiento integrado para personas sin hogar con TD, residencial, urbano, llevado a cabo por un equipo de tratamiento TAC. El programa enfatiza la reducción del daño y las intervenciones motivacionales junto con los siguientes componentes: tratamiento por etapas, programas psicoeducativos y grupos de prevención de recaídas. La propuesta del grupo avalado por Liberman<sup>35</sup> se basa en un programa psicoeducativo más un entrenamiento en habilidades de prevención de recaídas. El entrenamiento básico consta de 8 sesiones didácticas de prevención de recaídas, que, una vez completadas permiten el paso para empezar el entrenamiento de 9 habilidades durante 27 sesiones. Incluye el entrenamiento mediante *role-play* del afrontamiento de situaciones de «presión del grupo de pares» hacia el consumo de drogas, técnicas de conversación, aumentar y fortalecer la red social.

## Conclusiones

El tratamiento del uso de drogas en personas con TMS empieza con la actitud de los profesionales valorando su relevancia en el curso de la enfermedad y en los procesos de rehabilitación e inserción social, destacando los aspectos más importantes:

1. Los riesgos de la rehabilitación se refieren al potencial de los procesos de rehabilitación psicosocial como un factor de riesgo o de protección, según la preparación y los recursos de los equipos para detectar, evaluar, prevenir e intervenir eficazmente sobre el uso de drogas en personas con TMS.

2. Prácticas insuficientes de detección y evaluación del uso de drogas en TMS llevan a una baja detección del TD.

3. Debemos considerar la promoción de la salud como parte de los programas de rehabilitación.

4. Nos plantearemos desarrollar programas de reducción del daño ante las prácticas de abuso y, sólo con las condiciones necesarias, un programa «libre de drogas».

5. El éxito del tratamiento va a estar en función de la gestión de la motivación del usuario, así como del grado de integración de los dos sistemas de atención.

## Bibliografía

- Rubio G, López-Muñoz, Álamo SD, editores. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
- Fernández JA, Abelleira C, Touriño R, Baena E. Consumo de tóxicos y reingresos en usuarios de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial. Madrid: Comunicación al III Congreso de la AMRP; 2003.
- Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA. Long-Term Course of Substance use disorders among Patients With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 1995;46(3):248-51.
- Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry.* 1991;141:224-30.
- Mendivil JL, Eguiluz I, Galletero JM, Segura A, Páez D. Influencias del abuso de sustancias psicótropas en el paciente psicótico agudo. *Psiquis.* 1997;18(4):164-8.
- Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee R, et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull.* 1990;16(1):31-5.
- Mueser KT, Drake RC, Clark RE, McHugo GJ, Mercer-McFadden C, Ackerson TH. Toolkit on Evaluating Substance Abuse in Persons with Severe Mental Illness. The Evaluation Center@HSRI. 1995.
- Vaillant GE. *The Natural History of Alcoholism.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1983.
- Vaillant GE. What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *Br J Addict.* 1988;83:147-57.
- Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. Special Section on Relapse Prevention: Substance Abuse Relapse in a Ten-Year Prospective Follow-up of Clients With Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1282-7.
- Ananth J, Vandewater S, Kamal M, Broksky A, Gamal R, Miller M. Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;4:297-9.
- Lubman DI, Sundram S. Substance misuse in patients with schizophrenia: a primary care guide. *MJA.* 2003;178:71-5.
- Treffert DA. Marijuana use in schizophrenia: A clear hazard. *Am J Psychiatry.* 1978;135:1213-5.
- Knudsen P, Vilmar T. Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1984;69:162-74.
- Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for substances and mental disorders (PRISM). Reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry.* 1996;153:1195-201.
- Muñiz J, Fernández Hermida JR. La utilización de los test en España. *Papeles del Psicólogo.* 2000;6:41-9.
- Dawe S, Loxton NJ, Hides L, Kavanagh DJ, Mattick RP. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Publications Production Unit, Commonwealth Department of Health and Ageing. Commonwealth of Australia; 2002.
- Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav.* 1982;7(4):363-71.
- Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. *Psychol Assess.* 2000;12(2):186-92.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction.* 1993;88:791-804.

21. Rubio G, Bermejo J, Cabellero MC, Santodomingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp.* 1998;198:11-4.
22. Rosenberg SD, Drake RE, Wolford GL, Mueser KT, Oxman TE, Vidaver RM, et al. Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry.* 1998;155(2):232-8.
23. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* 1980;168:26-33.
24. Sobell LC, Sobell MB. Time Line Follow Back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. En: Litten RZ, Allen JP, Totowa NJ, editor. *Measuring Alcohol Consumption.* New Jersey: Human Press; 1992.
25. Sobell LC, Agrawal S, Annis H, Ayala-Velázquez H, Echevarría L, Leo G, et al. Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Subst Use Misuse.* 2001;36(3):313-31.
26. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CID-I): A critical review. *J Psychiatric Res.* 1994;28:57-84.
27. Torrens M, Martín-Santos R, Serrano D, Pérez G, Astals M, Castillo C. Diagnosis of Psychiatric Comorbidity in drug addiction: new perspective with new tools. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems.* 2000;2S:1-56.
28. Fernández JA, Touriño R, Baena E. Intervenciones psicológicas en los trastornos por abuso de sustancias en personas con trastorno psicótico. En: Rubio G, López-Muñoz, Álamo SD, editores. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.* Madrid: Médica Panamericana; 2002. p. 599-630.
29. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996;10(2):81-9.
30. McConaughy EN, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1983;20:368-75.
31. McHugo GJ, Drake RE, Burton HL, Ackerson TH. A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(12):762-7.
32. McCoy ML, Devitt T, Clay R, Davis KE, Dincin J, Pavick D, et al. Gaining Insight: Who Benefits from Residential, Integrated Treatment for People with Dual Diagnoses? *Psychiatr Rehabil J.* 2003;27(2):140-50.
33. Fernández JA. Rehabilitación de personas con necesidades especiales: las personas con trastornos psiquiátricos crónicos y abuso de drogas. En: Rodríguez González A, editor. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Madrid: Pirámide; 1997. p. 389-412.
34. Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A, Russinova Z, Skrinar GS, Anthony WA. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J.* 2006;29(4):241-50.
35. Roberts LJ, Shaner A, Eckman TA. *Cómo superar las adicciones. Entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia. Patología dual.* Barcelona: SENY Fundación privada; 2001.
36. Costa M, López E. *Salud Comunitaria.* Barcelona: Martínez Roca; 1986.
37. Navarro J. Factores de riesgo en el consumo de drogas. *Equipo de Investigaciones Sociológicas. Cuadernos de Acción Social.* 1985;(19):21-44.
38. Fernández JA. Tratamiento psicosocial para la integración de personas con trastorno dual. En: Cabrera J, editor. *Patología dual.* Madrid: Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga; 1998. p. 123-56.
39. Dixon L, Haas G, Weiden P. Accute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observation and patients self-report. *Schizophrenia Bull.* 1990;16(1):69-79.
40. Daley DC, Zuckoff A. *Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y en pacientes drogodependientes.* Barcelona: Editorial Glosa; 2004.
41. CREFAT. Editorial. *Boletín Sobre Drogodependencias,* 10. CREFAT Fundación para la Atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española. 1991(3).
42. Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N. Treatment programmes for those with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane Review). *The Cochrane Library.* Issue 4. Oxford: Update Software; 1999.
43. Miller WR, Rollnick S, editores. *La entrevista motivacional.* Barcelona: Paidós; 1999.
44. Osher FC, Kofoed LL. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40:1025-30.
45. Carey KB. Emerging treatment guidelines for mentally ill chemical abusers. *Alcohol and Drugs Abuse.* 1989;40:341-9.
46. Dixon L, Rebori TA. Tratamiento psicosocial del abuso de sustancias en la esquizofrenia. En: Shriqui CL, Nasrallah, editores. *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia.* Madrid: Editores Médicos S.A; 1996. p. 855-71.
47. Pepper B. Some experience with psychoeducation groups for clients with dual disorders. *TIE-Lines.* 1983;1(2):4-8.
48. Ryglewicz H. Psychoeducation for clients and families: A way in, out, and through in working with people with dual disorders. *Psychosoc Rehabil J.* 1991;15(2):79-89.
49. Hien D. Consideraciones especiales sobre los pacientes esquizofrénicos con diagnóstico dual y sus familiares. En: Solomon J, Zimberg S, Shollar E, editores. *Diagnóstico dual.* Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996. p. 225-46.
50. Bell M, Greig T, Gill P, Whelahan H, Bryson G. Work rehabilitation and patterns of substance use among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2002;53:63-9.
51. Shilony E, Lacey D, O'Hagan P, Curto M. All in one neighborhood: a community-based rehabilitation treatment program for homeless adults with mental illness and alcohol/substance abuse disorders. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(4):103-16.
52. Segura Gálvez M, Sánchez P, Barbado P. *Análisis funcional de la conducta.* Granada: Universidad de Granada; 1991.