

Guía práctica de uso según evidencia disponible en el tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico de las adicciones.

**Red Pública de Atención a las Adicciones
Unidad de Adicciones.
Instituto Provincial de Bienestar Social.
2018.**



Índice:

1.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

2.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO DE LA DEPENDENCIA.

3.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

4.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO POR ANSIEDAD.

5.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO BIPOLAR.

6.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO PSICÓTICO.

7.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

8.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

1.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.-

Trastorno por consumo de Alcohol

Intervención psicofarmacológica:

Importante que el paciente de su consentimiento informado.

Saber que no existe evidencia científica de que un tratamiento para el síndrome de abstinencia de alcohol (SAA) sea superior a otro.

Sería necesario valorar inicialmente el SAA con escala de Soler P.A. o con la escala CIWA-AR (grado de recomendación A) y según puntuación actuar. Posibilidad de ingreso hospitalario en caso de CIWA-AR de más de 20, o cuando la evolución a nivel ambulatorio no es la esperada.

Plantear objetivo abstinencia absoluta: Aversivos de entrada, preferible disulfirán comprimidos, según ficha técnica. Hacer estudio bioquímico hepático.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno 18 a demanda o pautado diariamente.

Benzodiazepina de vida media larga, clonacepan, cloracepato o el diazepam. Si problemas hepáticos el lorazepam.

Si insomnio que no se controla con BDZ, trazodona

Un ISRS de perfil sedativo, sertralina, dosis ascendente.

Se puede combinar con un estabilizador como la oxcarbacepina 300, dosis de 1200 mg dosis ascendentes en caso de impulsión aunque no existe la suficiente evidencia. También puede usarse la gabapentina a dosis de 1200 mg o el topiramato a dosis de 50-100 mg para reducir el craving.

Evitar el uso de clometiazol por mayor gravedad de interacciones y riesgo de dependencia.

El uso de ISRS para tratar el SAA no está avalada por la evidencia científica. Solo estaría indicado si coexiste un trastorno depresivo mayor. La sertralina puede ser de utilidad en el alcoholismo tardío.

Según análisis, restablecer aporte hídrico y electrolítico.

De entrada es recomendable un aporte de vitaminas del grupo B y ácido fólico sin esperar a los resultados análisis.

Intervención psicoterapéutica:

Preferiblemente en régimen ambulatorio. Si hay criterios para internamiento valorar derivación.

Entrevista motivacional para valorar grado de motivación para el cambio y fomento de la abstinencia.

Terapia cognitivo conductual para determinar situaciones de riesgo, identificar craving, autocontrol, prevención de recaídas, entrenamiento habilidades y desensibilización sistemática.

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento para aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentarse a situaciones de riesgo.
Refuerzo comunitario

Trastorno por consumo de Cocaína

Intervención psicofarmacológica:

Preferiblemente en régimen ambulatorio. Posibilidad de ingreso en caso de que los resultados no sean los esperados.

Si ansiedad: Benzodiacepina de vida media larga, clonacepan, cloracepato o el diazepam. Si problemas hepáticos el lorazepam.

Si insomnio que no se controla con BDZ, trazodona 100 o mirtazapina 15-30 mg (control del peso).

Altas dosis de midazolam???

Si alteración del ánimo un ISRS de perfil estimulante como el escitalopran a dosis 15 o 20 mg. o un AD de perfil dual como venlafaxina o bupropión, dosis ascendente. No hay evidencia suficiente de que un AD sea superior a otro.

Se puede combinar con un estabilizador como la oxcarbacepina 300, dosis de 1200 mg dosis ascendentes en caso de impulsión o topiramato dosis de 100 mg día en dos tomas para el craving.

Posibilidad de antipsicóticos (olanzapina, risperidona, quetiapina) a dosis bajas en toma nocturna para craving, impulsividad y sueño aunque no existe evidencia suficiente.

Intervención psicoterapéutica:

Preferiblemente en régimen ambulatorio. Posibilidad de ingreso en CT en caso de que los resultados no sean los esperados y/o se den criterios para ello..

Necesidad de adaptar la intervención en función de las características del caso.

Entrevista motivacional para valorar el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual.

Terapia de aceptación y compromiso.

Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína

Tratamiento psicofarmacológico:

Preferiblemente en régimen ambulatorio. Posibilidad de ingreso en caso de que los resultados no sean los esperados y/o se den criterios para una derivación a UDH.

Aversivos de entrada, preferible el disulfiran comprimidos, según ficha técnica. Hacer estudio bioquímico hepático.



En caso de que el objetivo sea no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente o a demanda según patrón de consumo.

Si ansiedad: Benzodiacepina de vida media larga, clonacepan, cloracepato o el diazepam. Si problemas hepáticos el lorazepam.

Si insomnio que no se controla con BDZ, trazodona 100 o mirtazapina 15-30mg (control del peso).

Si sintomatología depresiva un ISRS fluoxetina o sertralina, dosis ascendente, y/o un AD dual tipo bupropión 150 o 300 si apatía e inhibición psicomotora.

Se puede combinar con un estabilizador como la oxcarbacepina 300, dosis de 1200 mg dosis ascendentes en caso de impulsión o topiramato 100 al día para control de craving e impulsividad.

Posibilidad de antipsicóticos (olanzapina, risperidona, quetiapina) a dosis bajas en toma nocturna para craving, impulsividad y sueño aunque no existe evidencia suficiente.

Tratamiento psicoterapéutico:

Preferiblemente en régimen ambulatorio. Posibilidad de ingreso en CT en caso de que los resultados no sean los esperados y/o se den criterio para ello.

Necesidad de adaptar la intervención en función de las características del caso.

Entrevista motivacional para valorar el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual.

Terapia de aceptación y compromiso.

Trastorno por consumo de Cannabis

Tratamiento psicofarmacológico:

Inicialmente ningún tratamiento farmacológico ya que no existe evidencia científica de que pueda ser de utilidad.

Iniciar con pautas de reducción para autocontrol.

Posibilidad de usar dronabinol y nabilona???

Si insomnio trazodona 50 mg. Cuidado con el uso de BZD por posibilidad de adicción. También se puede usar mirtazapina a dosis bajas (control del peso) o zolpiden???

En caso de ansiedad e inestabilidad emocional, un estabilizador del ánimo como gabapentina 300 a dosis de 600-1200 mg.

Existen algunos estudios que hablan de la eficacia de la acetilcisteina a dosis de 1200mg en la desintoxicación de cannabis aunque no es nada concluyente.

Si sintomatología depresiva un ISRS fluoxetina o sertralina, dosis ascendente, y/o un AD dual tipo bupropión 150 o 300 si apatía e inhibición psicomotora.

Tratamiento psicoterapéutico:

Preferiblemente en régimen ambulatorio. Posibilidad de ingreso en CT en caso de que los resultados no sean los esperados y/o se den criterio para ello.

Entrevista motivacional para valorar el grado de motivación para el cambio y fomento de la abstinencia.

Trastorno por consumo de Tabaco

Tratamiento psicofarmacológico:

Iniciar con pauta de reducción y control del consumo.

Según puntuación en el test de Fagerstrom sobre el grado de dependencia iniciar tratamiento farmacológico.

Si mujer con antecedentes o alteración del estado del ánimo: bupropión 300 según ficha técnica durante 6-8 semanas.

Si el paciente esta polimedicado: vareniclina según ficha técnica 6-8 semanas.

También el tratamiento de sustitución con nicotina según criterios para su uso.

Posibilidad de usar BZD de vida media larga, a dosis bajas, si ansiedad o insomnio durante no mas de 4-6 semanas.

Tratamiento psicofarmacológico combinado con intervención psicoterapéutica 6 sesiones individuales o grupales.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual.

Tratamiento psicofarmacológico combinado con intervención psicoterapéutica 6-8 sesiones individuales o grupales.

Mindfulness.

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño

Tratamiento psicofarmacológico:

Inicialmente esperar, esperar y esperar.

El tratamiento sería sintomático fundamentalmente.

Si ansiedad: BZD de vida media larga, diazepam o cloracepato a dosis bajas no más de seis semanas.

Si alteración del ánimo: ISRS sedativo tipo sertralina 50 mg día en una toma.

Si insomnio: trazodona 50 por la noche no más de seis semanas.

Se han ensayado fármacos como bupropión, modafinilo, naltrexona, prazosin, propanolol o APs de segunda generación no existiendo evidencia clínica que los avale.



Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual.

Psicoterapia???-.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente.

Tratamiento psicofarmacológico:

En dependencia leve moderada se puede empezar por reducción lenta del opiáceo siempre que existan criterios para ello, de manera supervisada y control sintomático.

Dosis equivalente de metadona según protocolo de desintoxicación, no más de dos meses una vez estabilizado, con reducciones progresivas de 10 o 5 mg cada dos semanas.

Pasar posteriormente a buprenorfina según dosis equivalente una vez dosis metadona esta en 20.

Puedo empezar con buprenorfina de entrada dosis de 8-10 mg hasta estabilización e ir reduciendo progresivamente en dos meses.

También se ha utilizado para la desintoxicación clonidina y lofexidina??.

Si existen criterios, derivación a UDH en su caso, según evolución.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual.

Mindfulness.

Terapia de grupo.

2.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO DE LA DEPENDENCIA.

Trastorno por consumo de Alcohol .

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos: disulfiran según ficha técnica o cianamida si hay tolerancia a los efectos aversivos del disulfiran, durante 6 o 12 meses según evolución. Posibilidad del disulfiran depot con pauta mensual según ficha técnica, si criterios o a demanda del paciente.

En caso de no abstinencia, para disminuir el craving, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses. Para disminuir el priming acamprosato.

Tratamiento sintomático y si hay respuesta retirarlo en tres meses. Tener cuidado con el uso de BZD, preferible anticomiciales como la gabapentina en caso de ansiedad o la lamotrigina si predomina los síntomas depresivos, por su menor potencial de abuso y dependencia.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Terapia familiar.

Terapia de grupo tanto presencial con vía telemática.

Trastorno por consumo de Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

NO existe tratamiento psicofarmacológico específico para abordar la dependencia a cocaína. En todo caso tratamiento sintomático.

Posibilidad de usar el disulfiran por su efecto sobre el incremento de la dopamina a nivel intersináptico pero no existe evidencia científica que lo avale.

Si impulsividad, oxcarbacepina 300 dosis de 1200, retirarlo en tres meses.

Para disminución del craving hay alguna evidencia pero leve sobre el uso de topiramato.

Si alteración del estado de ánimos, ISRS estimulante y/o ISRSN o ISRND, y si hay respuesta retirarlo en tres meses.

Si alteración del sueño trazodona o mirtazapina, (control del peso) durante un corto periodo de tiempo.



Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivo, disulfiran según ficha técnica o cianamida si hay tolerancia a los efectos aversivos del disulfiran, durante 6 o 12 meses según evolución.

Si ha respondido al tratamiento sintomático, retirarlo en tres meses

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Para disminución del craving hay alguna evidencia pero leve sobre el uso de topiramato.

Si alteración del estado de ánimos, ISRS estimulante y/o ISRSN o ISRND, y si hay respuesta retirarlo en tres meses.

Si alteración del sueño trazodona o mirtazapina (control peso) durante un corto periodo de tiempo.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Terapia de grupo.

Trastorno por consumo de Cannabis.

Tratamiento psicofarmacológico:

No esta recomendado ningún tratamiento psicoterapéutico para el abordaje de la dependencia a cannabis.

Tratamiento sintomático en su caso y si ha respondido al tratamiento retirarlo en dos meses. Si insomnio zolpiden, mirtazapina o trazodona, aunque también se pueden utilizar APS de segunda generación a dosis bajas??? (EKG; control peso, bioquímica). Si ansiedad cuidado con las BZD, preferible anticomiciales mas sedativos como la gabapentina.

Si síntomas depresivos ISRS como primera elección.

Existen estudios sobre la utilidad de la acetilcisteina a dosis de 1200 mg aunque no dispone de evidencia científica.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Terapia familiar.

Terapia de grupo.

Trastorno por consumo de Tabaco.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si ha respondido al Bupropión 300, durante 6-8 semanas según ficha técnica.

Si ha respondido a la Vareniclina 2 mgr, durante 6-8 semanas según ficha técnica.

Si ha respondido a la terapia de sustitución con nicotina mantenerlo durante 8 semanas y reducir en dosis decrecientes.

Tratamiento sintomático si precisa: BZD a dosis bajas si ansiedad, hipnóticos para el sueño, mantener como mucho seis semanas.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Terapia de grupo.

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño.

Tratamiento psicofarmacológico:

No hay tratamiento psicofarmacológico específico.

Si ha respondido al tratamiento sintomático, retirarlo en dos meses.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si ha respondido al tratamiento de sustitución con opiáceos de vida media larga, retirarlo en dos meses.

Si ha respondido al tratamiento y no es posible la retirada se puede pasar a un tratamiento de mantenimiento con opiáceos según criterios clínicos.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness

Psicoterapia interpersonal.



3.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Trastorno por consumo de Alcohol.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si inhibición psicomotriz y anhedonia: ISRS de perfil estimulante como fuoxetine 20 mg o el escitalopran 15 mg. También puede utilizarse el bupropión 150 mg, desvenlafaxina o tianeptina como tercera elección elección en caso de no respuesta aunque no existe suficiente evidencia científica que lo avale.

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 mg día.

Si predominan síntomas de ansiedad asociados a los síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepato no más de seis semanas o eutimizantes como la gabapentina a dosis de 1200 mg.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo tipo lamotrigina 25 mg día dosis crecientes semanal hasta alcanzar los 100 mg en su caso.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Terapia interpersonal.

Terapia de activación.

Terapia grupal.

Trastorno por consumo de Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si inhibición psicomotriz y anhedonia: ISRS de perfil estimulante como fuoxetine 20 mg o el escitalopran 15 mg. También puede utilizarse el bupropión 150 mg desvenlafaxina o tianeptina como tercera elección elección en caso de no respuesta aunque no existe suficiente evidencia científica que lo avale.

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 mg día.

Si predominan síntomas de ansiedad asociados a los síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepato no más de seis semanas o eutimizantes como la gabapentina a dosis de 1200 mg.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo tipo lamotrigina 25 mg día dosis crecientes semanal.



Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Terapia interpersonal.

Terapia de activación.

Terapia grupal.

Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si inhibición psicomotriz y anhedonia: ISRS de perfil estimulante como fuoxetine 20 o el escitalopran 15. También puede utilizarse el bupropión 150.

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 día.

Si predominan síntomas de ansiedad asociados a los síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepato

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos tipo lamotrigina 25 mg día dosis crecientes semanal

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Terapia interpersonal.

Terapia de activación.

Terapia grupal.

Trastorno por consumo de Cannabis.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si inhibición psicomotriz y anhedonia: ISRS de perfil estimulante como fuoxetine 20 o el escitalopran 15. También puede utilizarse el bupropión 150.

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 día.

Si predominan síntomas de ansiedad asociados a los síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepato

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos tipo lamotrigina 25 mg día dosis crecientes semanal



Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Terapia interpersonal.

Terapia de activación.

Terapia grupal.

Trastorno por consumo de Tabaco.

Tratamiento psicofarmacológico:

Bupropión 150 o 300 mg día según ficha técnica.

Otras opciones: venlafaxina, sertralina, desvenlafaxina.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Terapia grupal.

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño.

Tratamiento psicofarmacológico:

Bupropión 150 o 300 mg día según ficha técnica.

Otras opciones: fluoxetina, sertralina, venlafaxina, desvenlafaxina.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Terapia grupal.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente.

Tratamiento psicofarmacológico:

De primera elección los ISRS: fluoxetina, escitalopram o sertralina.

Como segunda elección: Venlafaxina 150 o 225 o duloxetina 60 o 90 mg día.

También el bupropión.

Se pueden combinar si respuesta parcial con lamotrigina.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Terapia grupal.

Terapia de activación.

4.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO POR ANSIEDAD

Trastorno por consumo de Alcohol-

Tratamiento psicofarmacológico:

Si predominan síntomas de ansiedad asociados o no a síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepato

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 mg día.

Se puede utilizar eutimizantes sedativos tipo gabapentina o pregabalina aunque no existe evidencia que lo avale.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Terapia de aceptación y compromiso.

Terapia metacognitiva de Wells.

Trastorno por consumo de Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si predominan síntomas de ansiedad asociados o no a síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepato

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 día.

Se puede utilizar eutimizantes sedativos tipo gabapentina o pregabalina aunque no existe evidencia que lo avale.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.



Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si predominan síntomas de ansiedad asociados o no a síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepató

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 día.

Se puede utilizar eutimizantes sedativos tipo gabapentina o pregabalina aunque no existe evidencia que lo avale.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Trastorno por consumo de Cannabis.

Tratamiento psicofarmacológico:

Si predominan síntomas de ansiedad asociados o no a síntomas depresivos, ISRS de perfil sedativo tipo sertralina 50 o 100 mg día.

Si ansiedad se puede combinar con clonacepan, diazepam o cloracepató.

Se puede combinar con gabapentina 600 o 1200 mg día o pregabalina 150 mg.

Si insomnio se puede combinar con trazodona 50 o 100 día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Trastorno por consumo de Tabaco.

Tratamiento psicofarmacológico:

Diazepam dosis bajas o lorazepam de manera puntual.

Se puede combinar la vareniclina con pregabalina o gabapentina.

Tratamiento psicoterapéutico:

Técnicas de relajación progresiva, autógena, en imaginación.

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.



Mindfulness.

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño.

Tratamiento psicofarmacológico:

ISRS de perfil sedativo como la sertralina 50 o 100 mg.

Se puede combinar con gabapentina 300 dosis de 600 o 1200 mgr al día repartido en dos tomas.

Tratamiento psicoterapéutico:

Técnicas de relajación progresiva, autógena, en imaginación.

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente.

Tratamiento psicofarmacológico:

ISRSNS como la duloxetina 60 o 90 mg.

Se puede combinar con clonacepan, cloracepato o diazepam.

Tratamiento psicoterapéutico:

Técnicas de relajación progresiva, autógena, en imaginación.

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Mindfulness.

5.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO BIPOLAR

Trastorno por consumo de Alcohol.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiran según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar uso.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Derivación a salud mental.

Litio por indicación de salud mental.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos tipo lamotrigina a dosis de 25 mg, dosis crecientes semanales.

Puede combinarse también con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina (control peso, EKG, bioquímica).

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Toma de disulfiran para prevenir consumo de alcohol.

Derivación a salud mental.

Litio por indicación de salud mental.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos tipo lamotrigina a dosis de 25 mg, dosis crecientes semanales.

Puede combinarse también con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina (control peso, EKG, bioquímica).

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiram según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar la toma.

Derivación a salud mental.

Litio por indicación de salud mental.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo tipo lamotrigina a dosis de 25 mg, dosis crecientes semanales.

Puede combinarse también con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina (control peso, EKG, bioquímica).

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Cannabis.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental.

Litio por indicación de salud mental.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo tipo lamotrigina a dosis de 25 mg, dosis crecientes semanales.

Puede combinarse también con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina (control peso, EKG, bioquímica).

Se puede indicar el uso de la acetilcisteína a dosis de 1200 mg repartidos en dos tomas aunque no hay evidencia que lo avale.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Mindfulness

Trastorno por consumo de Tabaco.



Tratamiento psicofarmacológico:

Vareniclina 2 mg según ficha técnica entre 6-8 semanas.

Derivación a salud mental.

Litio por indicación de salud mental.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo tipo lamotrigina a dosis de 25 mg, dosis crecientes semanales.

Puede combinarse también con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina (control peso, EKG, bioquímica)

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Mindfulness

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental.

Litio según indicación de salud mental.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo tipo lamotrigina a dosis de 25 mg, dosis crecientes semanales.

Puede combinarse también con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina (control peso, EKG, bioquímica).

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente.

Tratamiento psicofarmacológico:

Opiáceos según dosis equivalencia como tratamiento de sustitución o posibilidad de tratamiento de desintoxicación con clonidina..

Derivación a salud mental.

Litio por indicación de salud mental.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo tipo lamotrigina a dosis de 25 mg, dosis crecientes semanales.

Puede combinarse también con antipsicóticos atípicos tipo quetiapina (control peso, EKG, bioquímica) .

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.



6.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO PSICÓTICO

Trastorno por consumo de Alcohol-

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiran según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar tiempo.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Derivación a salud mental.

Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas (control peso, EKG, bioquímica).

También se puede utilizar haloperidol o risperidona si agitación.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo la oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas. Como anticraving el topiramato a dosis de 100 mg.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental.

Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas. Como anticraving se puede utilizar el topiramato.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.



Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiran según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar tiempo.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Derivación a salud mental.

Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas. Si agitación haloperidol o risperidona(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas. Como anticraving se puede utilizar el topiramato.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Cannabis.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental.

Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, o sedativo como la gabapentina a dosis de 1200mg al día repartido en dos tomas.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.



Trastorno por consumo de Tabaco.

Tratamiento psicofarmacológico:

Vareniclina 2 mg, según ficha técnica, 6 u 8 semanas.
Derivación a salud mental.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental.

Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador de ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, o un eutimizante con perfil más sedativo como la gabapentina a dosis de 1200mg al día repartido en dos tomas.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental.

Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador de ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, o un eutimizante con perfil más sedativo como la gabapentina a dosis de 1200mg al día repartido en dos tomas.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.



7.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Trastorno por consumo de Alcohol.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiran según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar tiempo. Análisis perfil hepático cada 6 meses de seguimiento.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Co predominio del trastorno de comportamiento, Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas. Control peso, TA y ECG.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Terapia dialéctica.

Trastorno por consumo de Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Con predominio del trastorno de comportamiento, Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Terapia dialéctica.

Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiran según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar tiempo. Análisis perfil hepático cada 6 meses de seguimiento.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Co predominio del trastorno de comportamiento, Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas. Control peso, TA y ECG.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Terapia dialéctica.

Trastorno por consumo de Cannabis.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Co predominio del trastorno de comportamiento, Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador de ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo cla sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Terapia dialéctica.

Trastorno por consumo de Tabaco.

Tratamiento psicofarmacológico:

Vareniclina 2 mg según ficha técnica durante 6-8 semanas.

Derivar a salud mental para valoración en su caso.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Terapia dialéctica.

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.



Con predominio del trastorno de comportamiento, Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Terapia dialéctica.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente-

Tratamiento psicofarmacológico:

Metadona según dosis equivalente, según protocolo de desintoxicación de opiáceos.

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Con predominio del trastorno de comportamiento, Antipsicótico de perfil sedativo tipo olanzapina, problemas polimetabólico, análisis periodicos, quetiapina dosis bajas, rispedirona dosis bajas(control peso, EKG, bioquímica).

Se puede combinar con un estabilizador del ánimos con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Terapia dialéctica.

8.-TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO PATOLOGÍA DUAL: TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Trastorno por consumo de Alcohol.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiran según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar tiempo. Análisis perfil hepático cada 6 meses de seguimiento.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Metilfenidato de acción prolongada aunque la evidencia que existe es muy pobre. También puede utilizarse la atomoxetina aunque no existe apenas evidencia científica.

Bupropión 300 mg según ficha técnica y durante 6 meses si respuesta.

Metilfenidato de liberación prolongada según ficha técnica, ajustar dosis de manera creciente hasta respuesta

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Bupropión 300 mg según ficha técnica y durante 6 meses si respuesta.

Metilfenidato de liberación prolongada según ficha técnica, ajustar dosis de manera creciente hasta respuesta

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg. También puede utilizarse la atomoxetina aunque existe poca evidencia científica.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Alcohol más Cocaína.

Tratamiento psicofarmacológico:

Aversivos tipo disulfiran según ficha técnica durante 12 meses inicialmente. Si recaídas prolongar tiempo. Análisis perfil hepático cada 6 meses de seguimiento.

En caso de no abstinencia, naltrexona 50 mg diarios o nalmefeno diariamente durante seis meses.

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Bupropión 300 mg según ficha técnica y durante 6 meses si respuesta.

Metilfenidato de liberación prolongada según ficha técnica, ajustar dosis de manera creciente hasta respuesta. También puede utilizarse la atomoxetina aunque existe poca evidencia científica.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Cannabis.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Bupropión 300 mg según ficha técnica y durante 6 meses si respuesta.
Metilfenidato de liberación prolongada según ficha técnica, ajustar dosis de manera creciente hasta respuesta. También puede utilizarse la atomoxetina aunque existe poca evidencia científica.
Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.
También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.
Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.
Psicoeducación.
Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Tabaco.

Tratamiento psicofarmacológico:

Bupropión 300 mg repartido en dos tomas, según ficha técnica si respuesta.
Derivación a salud mental??? O a neurología????

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.
Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.
Psicoeducación.
Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de Drogas de Diseño.

Tratamiento psicofarmacológico:

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.
Bupropión 300 mg según ficha técnica y durante 6 meses si respuesta.
Metilfenidato de liberación prolongada según ficha técnica, ajustar dosis de manera creciente hasta respuesta. También puede utilizarse la atomoxetina aunque existe poca evidencia científica.
Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y anti obsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar.

Trastorno por consumo de opiáceos prescritos médicamente.

Tratamiento psicofarmacológico:

Metadona según dosis equivalente, según protocolo de desintoxicación de opiáceos o de mantenimiento en función de si respuesta.

Derivación a salud mental en su caso para 2ª opinión.

Bupropión 300 mg según ficha técnica y durante 6 meses si respuesta.

Metilfenidato de liberación prolongada según ficha técnica, ajustar dosis de manera creciente hasta respuesta. También puede utilizarse la atomoxetina aunque existe poca evidencia científica.

Se puede combinar con un estabilizador del ánimo con perfil antimpulsivo como oxcarbacepina 300mg, 1200mg al día repartido en dos tomas.

Se puede combinar con ansiolítico BZD de vida media larga: diazepam 5 o 10 mg, clonacepan 2 mg.

También se puede combinar si inestabilidad emocional con predominio de estado depresivo con ISRS de perfil sedativo y antiobsesivo como la sertralina 50 a dosis de 100 mg día.

Tratamiento psicoterapéutico:

Entrevista motivacional para valorar el estado motivacional y el grado de motivación para el cambio.

Terapia cognitivo conductual orientada a la prevención de recaídas.

Psicoeducación.

Terapia de apoyo familiar