



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

El proceso de recuperación en la Patología Dual

Autora: Lucía Alonso Reyes

Directora: Ana Sion

Madrid

2022/2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
<i>1.1. Concepto</i>	3
<i>1.2. Epidemiología y problemática entorno al diagnóstico y tratamiento</i>	7
<i>1.3. Características clínicas de la patología dual</i>	9
2. METODOLOGÍA	11
3. ELEMENTOS DE RECUPERACIÓN EN PATOLOGÍA DUAL	12
<i>3.1. Qué es la recuperación</i>	11
<i>3.2. Calidad de vida como objetivo principal del proceso de recuperación</i>	12
<i>3.3. Dimensiones psicológicas implicadas en la recuperación</i>	14
4. TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DUAL	18
<i>4.1. Tasa de éxito y eficacia de las intervenciones en la patología dual</i>	23
5. CONCLUSIONES	25
6. BIBLIOGRAFÍA	25

1. INTRODUCCIÓN

Concepto

La **Patología Dual (PD)** es una condición clínica sufrida por gran parte de la población, entendiéndose esta como la co – ocurrencia de un trastorno mental (TM) y uno por Uso de Sustancias (TUS) de forma simultánea o secuencial, afectándose entre sí en curso y pronóstico (Pastor Pascual et al., 2017). Según datos del Plan Nacional Sobre Drogas (2013), las adicciones más presentes en patología dual son el alcohol, los opiáceos, la cocaína y el cannabis, aunque actualmente también se está teniendo en cuenta la importancia y presencia del tabaco y las adicciones comportamentales. Los trastornos mentales con los que mayormente se da esta relación son la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad (Torrens et al., 2017) y los de personalidad, especialmente los del Clúster B y destacando el Trastorno Límite y el Antisocial de la Personalidad (Márquez y Adan, 2013).

Al hablar de un **Trastorno por Uso de Sustancias** se hace referencia a *los trastornos mentales y del comportamiento resultado del consumo de sustancias, especialmente psicoactivas, o comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y esfuerzo* (OMS, 2021). El consumo altera el funcionamiento dopaminérgico cerebral que, junto a factores genéticos y ambientales, deriva en alteraciones perceptivas, anímicas, comportamentales, volitivas y de consciencia, aumentando la probabilidad de consumo compulsivo que, mantenido en el tiempo, producirá una pérdida de satisfacción, interés y motivación, entre otras expresiones clínicas (San Juan Sanz, 2019).

Se han desarrollado diferentes teorías sobre la interacción entre ambas alteraciones: adicciones como inductores de otros trastornos mentales, adicciones como consecuencia de un intento de aliviar la sintomatología de una enfermedad psiquiátrica (Hipótesis de la automedicación) o la aparición de ambos trastornos independientes de forma simultánea provocados por los mismos desencadenantes (Confederación Salud Mental España, 2020). Así, como señalan Torrens et al. (2017) en un informe sobre la patología dual en Europa, la comorbilidad puede deberse a afecciones independientes, pero también puede que el trastorno psicológico actúe como inductor o potenciador del consumo o que el consumo desencadene en un trastorno psiquiátrico, que, en caso de ser

temporal y mantenido por la intoxicación o abstinencia de una sustancia constituirá un trastorno inducido por el consumo de sustancias (Torrens et al., 2017).

Otras explicaciones sobre la etiología de esta comorbilidad diferencian entre relaciones causales, de riesgo y la Ley de Berkson (Torres Larrañaga, 2017). La relación causal señala a uno de los trastornos como primario e inductor del secundario, cuyos síntomas son consecuentes y no se habrían dado si el anterior no existiese. La relación de riesgo concibe el trastorno mental como un factor de riesgo para la aparición del trastorno por uso de sustancias, o viceversa. Por último, la Ley de Berkson habla de trastornos independientes, cuya única relación se basa en el hecho de que los sujetos con mayor número de patologías tienden más a la búsqueda de ayuda profesional que el resto de la población. Sin embargo, esta última teoría choca con lo recogido en el Protocolo de intervención en Patología Dual (Szerman, 2016), que señala la patología dual como un factor de riesgo para no solicitar asistencia que trate el trastorno por uso de sustancias, tendiendo a ocultarlo.

Sin embargo, este fenómeno dual se construye en base a una interacción multifactorial que genera un sistema complejo y específico en cada caso concreto, por lo que no existe un modelo genérico que lo explique de manera general. Por ello, es importante realizar un análisis individualizado de la interacción y consecuencias entre trastornos (Gastón Guerrero, 2020), para seleccionar los recursos más adecuados en cada caso.

La comorbilidad psiquiátrica más común con el abuso de sustancias es la depresión mayor, con una prevalencia de entre el 12 y 80%; le siguen los trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia, en un 30 – 66%, el trastorno bipolar se da en el 40 – 60%, los trastornos de ansiedad en un 35% y el déficit de atención e hiperactividad, entre un 5 y 33% (Torrens et al., 2017). También es frecuente la presencia de trastornos de personalidad, especialmente los del Clúster B (control de impulsos) con una prevalencia del 41% y destacando el Trastorno Límite y el Antisocial de la Personalidad (Márquez y Adan, 2013) y del Clúster A (esquizotípico), con un índice del 15 – 20% (Torres Larrañaga, 2017).

Otros informes e investigaciones señalan una comorbilidad asociada del 70 – 80% entre trastornos por uso de sustancias y esquizofrenia o trastornos de personalidad graves,

un 60% en trastorno bipolar y más de un 30% en trastornos de ansiedad, depresión y déficit de atención e hiperactividad (Vega et al., 2015)

En la comorbilidad con **Trastorno Límite y Antisocial de la personalidad** son frecuentes la impulsividad y conductas de riesgo, relacionado con una mayor probabilidad de complicaciones médicas y problemas de socialización (Torrens et al., 2017). Aunque se han observado resultados positivos ante el tratamiento para el consumo de sustancias que remarcarían aún más la necesidad de una atención integral de las dos redes asistenciales, estudios señalan que suelen presentar mayores problemas en su cumplimiento, aunque con mejoras tras largos periodos en centros de internamiento, como las comunidades terapéuticas (Mandoz Gúrpide et al., 2013).

Por otro lado, en pacientes duales con **Trastornos psicóticos** se ha observado un mayor riesgo de recaída, ingreso hospitalario y mortalidad, con consumo predominante de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína, aumentando la sintomatología psiquiátrica y dificultando la eficacia del tratamiento debido a la interacción con las sustancias de abuso. Estos pacientes suelen recurrir al consumo en un intento de paliar el retraimiento social, los problemas de vinculación, la falta de energía, los trastornos del ritmo circadiano, la emotividad negativa, la angustia y la exaltación (Torrens et al., 2017). En la esquizofrenia es frecuente la evolución negativa, con inicios más tempranos de la enfermedad debido al consumo, más problemas socioeconómicos y mayores resistencias al tratamiento (Mandoz Gúrpide et al., 2013), dificultando el seguimiento y efectividad de las recomendaciones médicas y farmacológicas (Torres Larrañaga, 2017).

En el caso del **Trastorno Bipolar** las dificultades pueden explicarse por una mayor impulsividad y alteración en la toma de decisiones (Pascual Pastor et al., 2017), escasas estrategias de afrontamiento, distorsiones cognitivas y problemas de autoestima que dificultan la consecución de los objetivos del tratamiento. Durante la fase depresiva el consumo aumenta y en función de la sustancia específica las consecuencias variarán: el alcohol incrementa la depresiva y el cannabis la maniaca o mixta, correlacionando la duración de este consumo con la de la fase maniaca (Torrens et al., 2017).

Los **Trastornos depresivos** en sujetos duales vienen asociados a acontecimientos vitales traumáticos, deterioros en las relaciones sociales, numerosas recaídas e intentos de suicidio (Gastón Guerrero, 2020), mayor gravedad clínica y peor curso, evolución y

pronóstico (Torrens et al., 2017) que desencadena en unos mayores costes de cuidados y menores índices de éxito terapéutico, debido en parte a la frecuente asociación de esta patología con el desarrollo de enfermedades orgánicas, infecciosas y neurológicas (Pascual Pastor et al., 2017). La depresión supone un factor de riesgo para desarrollar un trastorno adictivo, especialmente en mujeres, presentándose hasta dos veces más en consumidoras que en población general y debiéndose esta vulnerabilidad a las distorsiones cognitivas, escasas estrategias de afrontamiento, reducida autoestima, motivación y activación para la acción propias del trastorno depresivo que dificultan la resolución de problemas (Torres Larrañaga, 2017).

Entre los **Trastornos de ansiedad**, el de ansiedad social (Torres Larrañaga, 2017), el de pánico y el trastorno de estrés postraumático son los más frecuentes, siendo la sustancia más consumida el cannabis (Lev Ran et al., 2013), seguido del alcohol, los opiáceos, la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis (Pascual Pastor et al., 2017). Estas sustancias pueden consumirse en un intento de reducir los niveles de activación, agravándose ambos trastornos, evitando la búsqueda de tratamiento y reduciendo su tasa de éxito (Saiz Martínez, 2016). Un estudio llevado a cabo en el 2013, muestra como las personas con un trastorno de ansiedad social simultaneo a uno por el uso de sustancias, en específico, de cánnabis, obtienen puntuaciones inferiores en su calidad de vida, con problemas emocionales que dificultaban sus capacidades y relaciones sociales, produciendo una mayor evitación de situaciones sociales que la población que solo sufre una de las alteraciones o ninguna (Lev Ran et al., 2013).

La comorbilidad asociada al **Trastorno déficit de atención e hiperactividad** genera síntomas diferentes en pacientes jóvenes (inicio precoz del consumo, mayor duración y gravedad del trastorno adictivo, menores índices de recuperación y de duración de la abstinencia) y en pacientes adultos (impulsividad, desorganización, alteraciones en la conducta social y relacional, poca tolerancia a la frustración y trastornos de la emotividad) (Pascual Pastor et al., 2017).

Actualmente, también se le presta atención a la asociación entre los trastornos psiquiátricos y las **adicciones comportamentales**, siendo la ludopatía la más frecuente, (Torres Larrañaga, 2017). Según datos recogidos por la Fundación española de Patología Dual, del 1% de la población que sufre ludopatía, el 96% sufre trastornos psiquiátricos comórbidos (SEPD, 2016).

En la infancia y adolescencia los trastornos de conducta, el trastorno negativista desafiante, los trastornos del aprendizaje, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo constituyen las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes (Martínez Raga et al., 2016)

Epidemiología y problemática entorno a diagnóstico y tratamiento

Esta condición, asociada a una mayor gravedad sintomatológica y un peor funcionamiento psicosocial, que requiere mayor número de recursos, dificultando y atrasando la asistencia (Vega et al., 2015) y suponiendo una importante reducción de la calidad de vida de los pacientes (Torrens, 2017), tiene una alta presencia en la sociedad. Estudios aprecian una prevalencia de la patología dual entre el 15% y el 80% (Ordoñez Mancheno et al., 2016), acordes al 70% señalado por la Fundación Española de Patología Dual (SEPD, 2016) y estimándose un infradiagnóstico del 55% (SEPD, 2015).

Este infradiagnóstico parece deberse a la falta de recursos y formación para la detección diferencial de esta comorbilidad psiquiátrica (SEPD, 2016), que deriva en intervenciones poco ajustadas a las necesidades individuales; a las dificultades de coordinación asistenciales entre los centros de salud mental y los de drogodependencias (Navarrete et al., 2018) y, por último, a las grandes diferencias en los resultados de las investigaciones (Pascual Pastor et al., 2017) y entre estos y la práctica clínica (SEPD, 2016). Todas estas problemáticas se recogen en el informe sobre los Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual (Vega et al., 2015).

La primera traba, relacionada con **las dificultades a la hora de establecer un diagnóstico ajustado de patología dual**, puede explicarse por dos motivos. En primer lugar, que los trastornos mentales (TM) son más síndrómicos, sin una etiología, síntomas, signos, pronóstico y evolución clara, que una enfermedad uniforme (Torrens, 2008). A pesar de esto, los instrumentos diagnósticos se organizan en categorías en lugar de síntomas, complicando la identificación de la patología dual (SEPD, 2016). El otro motivo son las dificultades en la diferenciación de los síntomas derivados del consumo de sustancias y los coincidentes propios del trastorno psicopatológico (Vega et al., 2015).

El segundo problema hace referencia a la **ausencia de una red asistencial que aborde de manera integral** ambas problemáticas. Con frecuencia, se habla de la patología dual como el síndrome de la puerta giratoria o equivocada, por la gran dificultad

en la coordinación de las dos áreas de atención implicadas en su diagnóstico y tratamiento: la de salud mental y la de consumo de sustancias (Navarrete et al., 2018). Los pacientes con un trastorno mental son atendidos en la primera y los que sufren un trastorno por uso de sustancias en la segunda, pero los pacientes duales están en constante movimiento entre ambas redes asistenciales sin encontrar una atención especializada que alivie y trate su sintomatología longitudinalmente. Esta manera de proceder se debe a la organización tradicional del tratamiento en forma secuencial, lo que explica, en parte, los altos índices de abandono del tratamiento (Vega et al., 2015).

La falta de integración asistencial también genera problemas de formación por parte de los profesionales, dificultando una atención óptima a pacientes duales. Los profesionales de la red de salud mental desconocen las pautas de acción específicas a seguir en relación al trastorno adictivo, y viceversa, haciendo imposible la atención integral de esta comorbilidad (SEPD, 2016). Esto deriva al uso de un mayor número de recursos, dificultando, atrasando y empeorando la asistencia de pacientes duales. Además, el desconocimiento profesional sobre los recursos disponibles para esta comorbilidad complica la planificación integral, completa y ajustada del tratamiento. Aunque es cierto que parte del territorio nacional (Asturias, Cataluña, Castilla La Mancha, Castilla León, La Rioja, Navarra y País Vasco) ha integrado más funcionalmente esta atención, que otras Comunidades Autónomas (como Madrid) han desarrollado planes de acción específicos y adaptados a las necesidades de pacientes duales (Vega et al., 2015) y que los datos recabados a nivel europeo muestran un mal pronóstico si no se lleva a cabo un abordaje global e integrador (Navarrete et al., 2018), la atención sigue tendiendo hacia lo secuencial y cíclico en la mayoría de casos, fomentando la cronificación de la enfermedad.

El tercer problema está relacionado con las **divergencias en el ámbito de la investigación**, que se podrían explicar por aspectos asociados al trastorno mental específico y las sustancias adictivas en lo relacionado a sus efectos, tratamiento legal y accesibilidad (Torrens, 2008), por muestras demasiado homogéneas o pequeñas y por la ubicación de las investigaciones, ya que la prevalencia de esta comorbilidad al estudiarla en población general es del 7%, aumentando entre pacientes hospitalizados graves y llegando a alcanzar el 74% entre personas en situación de sin hogar (Pascual Pastor et al., 2017)

Pese a estos problemas en la detección, diagnóstico, asistencia, tratamiento (Gastón Guerrero, 2020), desconocimiento recursos y la existencia y evolución ascendente de esta patología en la sociedad (Torres Larrañaga, 2017), los programas asistenciales actuales parecen insuficientes en el abordaje de la patología dual. Todo esto coloca a los pacientes duales en una situación de total vulnerabilidad, con escasas posibilidades de recibir un tratamiento ajustado y acorde a su condición, desencadenando en una cronificación de sus enfermedades (SEPD, 2016). Por todo esto, el presente documento pretende estudiar el proceso de recuperación en la patología dual para avanzar en la comprensión de sus características, diagnóstico, tratamiento y dificultades, concienciando a la sociedad de que no se trata de un fenómeno casual y de la urgencia de una atención especializada.

Características clínicas de la Patología Dual

Existen múltiples etiologías (genéticas, biológicas, sociales, psicológicas y ambientales), interacciones entre trastornos, características y necesidades de tratamiento en función de cada caso específico (SEPD, 2016). Aun así, se han observado rasgos de personalidad comunes en el perfil de paciente dual, como una mayor búsqueda de sensaciones, impulsividad, evitación del daño y neuroticismo, junto a un nivel pobre de conciencia, persistencia, autodirección y autotranscendencia (Márquez Arraico y Adan, 2013), características que encajan con los datos que indican un alto índice de fracaso en el tratamiento y recaída, alcanzando incluso un 30% en las primeras etapas del tratamiento (AGIFES, 2015). En este estudio de Márquez y Adan (2013), donde se analizan las características de personalidad más relacionadas con la patología dual en casos de depresión mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia, se observa un posible perfil diferencial de estos pacientes en comparación con quienes únicamente padecen un trastorno mental o un trastorno por uso de sustancias.

La alta **búsqueda de sensaciones**, entendida como la necesidad de experiencias novedosas y variadas y relacionada con el riesgo a realizar conductas peligrosas (Pedrós et al., 2001), está presente en los tres trastornos psicopatológicos estudiados. Lo mismo ocurre con la dimensión de **impulsividad**, tendencia a actuar sin premeditación y sin tener en cuenta las posibles consecuencias, que podría relacionarse con la mayor tasa de suicidio, vulnerabilidad hacia el uso de drogas, patrones de consumo, adicción y craving más intensos y crónicos característicos de pacientes con esta comorbilidad (Márquez y

Adan, 2013). Estos índices en búsqueda de sensaciones e impulsividad podrían explicarse en parte por la anhedonia y las alteraciones de la capacidad volitiva derivadas del trastorno adictivo (San Juan Sanz, 2019), que derivan en mayores dificultades y costes de tratamiento junto a una reducción de las expectativas de recuperación, aumentando el riesgo de cronificación de estas afecciones (Torrens et al., 2017).

Los niveles de **neuroticismo**, relacionado con alta ansiedad, tensión, inseguridad, miedo y culpa, podrían explicar que pacientes duales con esquizofrenia, trastorno depresivo mayor o trastornos de ansiedad junto a un trastorno por uso de alcohol sientan emociones negativas de mayor intensidad y cronicidad, empeorando su bienestar (Márquez y Adan, 2013). La fuerte **evitación al daño**, relacionada con la anterior y entendida como la tendencia a sentimientos de inhibición por preocupaciones y miedo a la incertidumbre, está presente en pacientes duales con trastorno bipolar y puede indicar una mala recuperación general, y, en especial, durante los episodios depresivos, donde el consumo de alcohol podría aumentar el estado depresivo y el de cannabis o estimulantes propiciar en episodios maníacos o mixtos (Torrens et al., 2017).

Las dificultades de adhesión aumentan y se cronifican ante la **baja autotranscendencia y autodirección**, suponiendo sensaciones de vacío, imagen inestable de uno mismo, pobre percepción de autoeficacia, culpabilidad, falta de hábitos personales y baja autoestima, sintiéndose incapaces para responsabilizarse con los objetivos y alcanzar las metas del tratamiento, aspecto que empeora debido a sus bajos niveles de **persistencia** (Márquez y Adan, 2013). Por ello, fomentar la motivación y esperanza del paciente es imprescindible, pues será determinante en la evolución de la recuperación (San Juan Sanz, 2019).

De manera general, también se ha observado que la combinación de estos trastornos supone un **consumo de mayor número de sustancias y una menor edad de inicio**, facilitándose el mantenimiento y gravedad de ambos trastornos; También conlleva **mayores alteraciones conductuales, emocionales y físicas** que dificultan el efecto positivo del tratamiento farmacológico (Ochoa et al., 2010), además de índices más altos de **desempleo y marginalidad** que aumentan el riesgo de convertirse en **personas en situación de sin hogar** (Rubio et al., 2015). Además, suelen darse mayores tasas de **hospitalización psiquiátrica, servicios de urgencia y suicidio** (Torrens y Cols, 2017), por lo que se trata de un colectivo que requiere una atención especializada y concisa,

atendiendo a factores predisponentes, estresantes, situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y prevención de consumo del individuo (Pascual Pastor et al., 2017).

Una vez analizadas de manera general las características de personalidad y psicopatológicas de los pacientes duales y las diferencias de estas con quienes padecen únicamente un trastorno mental o uno por uso de sustancias, se procede a tratar el proceso de recuperación, asunto clave de este documento. El objetivo, por tanto, es estudiar las variables psicológicas relacionadas con la recuperación en la patología dual y explorar los tratamientos e intervenciones dirigidas a resolver las dificultades de recuperación en esta condición.

2. METODOLOGÍA

La presente revisión bibliográfica se ha llevada a cabo entre los meses de noviembre de 2022 y marzo de 2023, con la intención de conocer lo más ajustadamente posible los datos existentes sobre el proceso de recuperación psicológica en patología dual y sus dimensiones implicadas.

Tras la búsqueda en diversas bases de datos, fueron seleccionadas Google Scholar, Dialnet y Psycinfo. Los términos de búsqueda empleados fueron “patología dual”, “diagnóstico dual”, “comorbilidad psiquiátrica”, “salud”, “calidad de vida”, “satisfacción vital”, “bienestar psicológico”, “recuperación”, “tratamiento de patología dual”, “dimensiones psicosociales de la recuperación” y sus respectivos anglosajones.

Tras seleccionar entre la diversidad de artículos, muchos de ellos ineficaces para la realización de la revisión, fueron empleados para el desarrollo del documento unos 61 recursos, reflejados en el apartado de bibliografía.

3. ELEMENTOS DE RECUPERACIÓN EN PATOLOGÍA DUAL

¿Qué es la recuperación?

Según William Anthony (1993) la recuperación es un proceso único y personal que supone un cambio de actitudes, aptitudes, valores, sentimientos, metas y roles para vivir una vida satisfactoria y esperanzada incluso con las limitaciones causadas por una enfermedad (Davidson y González Ibañez, 2017).

Este concepto de recuperación ha evolucionado a lo largo de los años desde una perspectiva biomédica a una más psicosocial. Desde la primera, el objetivo era aumentar

la longevidad, centrándose en poner fin o controlar los signos o síntomas y dejando de lado variables psicológicas relevantes; sería lo que se denomina “recuperación clínica”. En la segunda y más actual, se pretende conocer el grado de afectación que supone la enfermedad para el funcionamiento psicosocial del paciente, a través de la valoración subjetiva que este hace sobre su calidad de vida antes, durante y tras el tratamiento; es lo que se conoce como “recuperación personal” (Davidson y González Ibañez, 2017). Así, la salud pasa a entenderse como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2013).

A raíz de este cambio de perspectiva, aparecen nuevos diseños de intervención centrados en **mejorar la calidad de vida de los pacientes**, valorando el impacto de los tratamientos en esta y la relación de coste - beneficio para la propia persona, además de comparar intervenciones para conocer sus tasas de éxito (Espinar Fellman, 2023) en relación al objetivo a largo plazo del tratamiento: alcanzar una vida satisfactoria e íntegra con o sin síntomas (Lesley Smith et al., 2015).

De manera que, este modelo psicosocial se caracteriza por ser individual y personalizado, donde el paciente será el protagonista de su propio proceso de recuperación, configurándose, con ayuda de profesionales, como un sujeto activo dotado de recursos que faciliten su recuperación, entendiéndose la recuperación como un proceso no lineal (Cárcamo Guzman et al., 2019) en el que el objetivo base sería la recuperación o desarrollo de su calidad de vida a través del trabajo sobre una serie de variables.

La recuperación es, entonces, un proceso de aumento del bienestar, en el que el individuo autogestiona y dirige su vida, alcanzando su máximo potencial (Davidson y González Ibañez, 2017).

Calidad de vida como objetivo principal de la recuperación

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción de una persona sobre su situación vital, dentro del contexto en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (OMS, 2002). Es entonces un concepto multifactorial referido a la percepción subjetiva de un individuo sobre las diferentes dimensiones objetivas de su vida: la salud física, el funcionamiento psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y con el entorno, el bienestar material y la integración social como portador de derechos (Córdoba et al., 2011). Así, se entiende

como un estado de satisfacción general consecuente de la potencialización de estas áreas en la vida de la persona (Ardila, 2003).

En sus orígenes, el concepto hacía referencia exclusivamente al nivel de bienestar social, evolucionando a uno más individualizado y centrado en optimizar el bienestar individual en las diversas áreas vitales. En la actualidad, se ha convertido en la línea base a seguir en procesos de intervención sobre la salud, desde la evaluación y planificación de la intervención hasta la de los resultados (Verdugo et al., 2013), ya que, conocer la calidad de vida favorece la efectividad de los programas psicosociales y farmacológicos (Singh et al., 2005). De esta forma, se convierte en un aspecto fundamental en el proceso de recuperación, como muestra un estudio sobre la relación entre estos conceptos en enfermedades crónicas, señalando su concordancia en el momento presente, además de la capacidad de predicción que la recuperación tiene sobre la calidad de vida durante el año siguiente, aumentándola (Garner et al., 2014).

Se conoce que la patología dual implica mayores dificultades en el proceso de recuperación y mayores déficits en todas las áreas del desarrollo humano, reduciendo enormemente la calidad de vida. Según estudios, los pacientes psiquiátricos experimentan una menor calidad de vida que los consumidores y, ante un diagnóstico comórbido, el pronóstico empeora (Ralevski et al., 2014). Una investigación sobre la calidad de vida refleja esta realidad, al observarse que las puntuaciones de pacientes duales fueron inferiores al resto de grupos en todas las áreas del bienestar (Singh et al., 2005).

Los factores más influyentes sobre la calidad de vida parecen ser la **abstinencia y la gravedad de la sintomatología psicológica**; frenar el consumo facilita los vínculos sociales y la gestión cognitiva y emocional; mientras la gravedad sintomatológica dificulta estos, aunque no la realización y satisfacción de actividades cotidianas. Así, mientras la abstinencia correlaciona con una calidad de vida más satisfactoria, con la gravedad de los síntomas ocurre lo contrario (Ralevski et al., 2014). Aunque datos de investigaciones señalan la abstinencia como un factor insuficiente para una buena calidad de vida, los individuos consumidores o en etapas iniciales de tratamiento muestran puntuaciones inferiores en calidad de vida que aquellos en etapas avanzadas (Garner et al., 2014). Otro factor implicado es la **frecuencia de consumo**, inductor de una peor calidad de vida (Garner et al., 2014). En individuos con trastornos de ansiedad, el consumo habitual de cannabis se asoció a una peor calidad de vida en comparación con el consumo ocasional y el no consumo (Lev Ran et al., 2012). Estos datos concuerdan

con los aportados por Singh et al. (2005), señalando peor calidad de vida en pacientes con un diagnóstico comórbido de trastorno bipolar y dependencia severa al alcohol.

Por ello, será importante tener en cuenta estas variables a la hora de estructurar la intervención, ajustándola en la medida de lo posible a las necesidades de cada paciente y buscando el desarrollo de una vida plena y significativa.

Factores de identidad, sentimientos positivos y conectividad social en la recuperación

Para conseguir este objetivo último en la recuperación, la experiencia vital de calidad con o sin síntomas, será necesario que los tratamientos estén dotados de recursos encaminados a trabajar una serie de dimensiones o variables psicológicas específicas. El modelo teórico “*CHIME*” (Leamy et al., 2018), fruto de la revisión sistemática de 97 artículos en materia de recuperación (Lesley Smith et al., 2015), engloba como variables psicológicas fundamentales a trabajar en el proceso de recuperación la conectividad social, la esperanza y optimismo en el futuro, la identidad personal, el sentido vital y, por último, el empoderamiento del individuo. La conectividad social hace referencia al apoyo de los grupos terapéuticos y de la pertenencia a una comunidad; la esperanza y el optimismo en el futuro a la motivación de que el cambio es posible y que será apoyado hacia una valoración del éxito y objetivos personales; la identidad abarca la reconceptualización positiva de la propia identidad para superar el estigma; el sentido vital, la búsqueda de significado de las experiencias vitales, de enfermedad, espiritualidad, calidad de vida, roles sociales y objetivos sociales; por último, el empoderamiento, sobre la autoresponsabilización y el control sobre la propia vida, hace hincapié en las fortalezas personales (Leamy et al., 2018).

Estas dimensiones no distan demasiado de las establecidas como fundamentales por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, que serían la autodeterminación y autodirección integral, por múltiples vías, relacional, con apoyo de pares, basado en la cultura, la esperanza, el respeto, teniendo en cuenta los traumas pasados, con énfasis en las fortalezas y responsabilidades personales, familiares y comunitarias (Elcoro y Agrest, 2017). Algunos de estos factores se recogen además en la definición que aporta The Future Vision Coalition (Piat y Sabetti, 2009) sobre la recuperación como proceso basado en la autodeterminación y el autocontrol, haciendo

hincapie en la importancia de la esperanza en el mantenimiento de la motivación y la ayuda para alcanzar una vida llena de sentido para una mismo, con o sin síntomas.

Así, parece evidente que **la participación social y el apoyo derivado** son componentes imprescindibles en el proceso de recuperación hacia una experiencia de calidad vital. En un estudio sobre la influencia de las relaciones sociales en la salud mental (Cazorla Palomo, 2014) se ha mostrado su impacto positivo en la calidad de vida de las personas con trastornos psiquiátricos, reduciendo el estigma y generando una participación e integración social que fomenta la reconceptualización positiva de su experiencia, la autodirección, autodeterminación y control de la propia vida. Algo así ocurre en personas con trastornos por uso de sustancias, que suponen una grave pérdida del espacio en la comunidad, reemplazándose normalmente, en un intento de supervivencia social, por redes de consumo que cronifican y agravan la problemática. Esta pérdida de lazos prosociales generadores de apoyo y seguridad, aumenta la percepción de si mismos como disfuncionales, sin fortalezas y, por tanto, sin cabida en la sociedad. Estudios sobre la calidad de vida en pacientes duales muestran un peor funcionamiento social y de roles que los grupos con trastornos únicos, derivados de su escaso bienestar y satisfacción vital (Lev Ran et al., 2012). Por todo esto, múltiples estudios resaltan la importancia de involucrar diversas fuentes de apoyo en el proceso de recuperación (Fernández Miranda, 2020).

Una fuente de apoyo importante es *la familia y las personas cercanas*, que promueven la motivación, el autocuidado, el soporte emocional y facilitan el acceso a los recursos necesarios para la recuperación. La idea es que, tanto la propia persona como sus allegados ejecuten un papel activo en el proceso, capacitándose para afrontar las dificultades cotidianas en la gestión de la enfermedad y la toma de decisiones sobre la recuperación, para lo que será necesaria la colaboración de estos entre sí y con los profesionales (Davidson y González Ibañez, 2017).

Los grupos de ayuda también han mostrado resultados muy positivos, tanto por el apoyo práctico que supone la toma de responsabilidades mutuas como por su apoyo emocional y poder socializador, dando soporte y esperanza a los integrantes, fomentándose sentimientos de pertenencia además de capacidades técnicas y de afrontamiento (Rodríguez Luna et al., 2016). Un Grupo de Ayuda Mutua es un espacio tiempo específico compartido por personas con una misma problemática para tratar de superarla o mejorar su situación (Sampietro y Carbonell Ferrer, 2014), es libre y

voluntario y funciona sin la presencia de profesionales ni restricciones temporales, permitiendo una mayor sensación de control y autogestión y explotando los recursos personales y grupales al máximo (Rodríguez Araujo, 2018). Suponen un espacio de creación de vínculos, aceptación de la enfermedad, de reconocimiento y desarrollo de fortalezas, habilidades y motivaciones, en el que el intercambio de la propia experiencia y opiniones facilita la recuperación de una sensación de integración social (Alonso Salgado, 2014). Además, permiten a los participantes expresar abiertamente sus emociones o la ausencia de estas, fomenta la reflexión crítica y la búsqueda de soluciones, el aprendizaje mutuo y el aumento de la esperanza (Rodríguez Araujo, 2018).

Estos grupos han demostrado mejorar la tolerancia y movilización en situaciones de estrés, la salud, los estados emocionales, la longevidad y la adhesión al tratamiento; además, el mayor número de vínculos prosociales correlaciona directamente con un mayor poder predictor de posibles recaídas y rebrotes. De esta forma, el apoyo entre iguales afecta positivamente en el desarrollo y pronóstico de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias, mejorando la calidad de vida (Cazorla Palomo, 2014). De hecho, un estudio con pacientes duales mostró cómo el tratamiento individualizado junto al apoyo de un grupo de ayuda mutua reducía el número de crisis y hospitalizaciones y optimizaba la autopercepción de la calidad vital (Cazorla Palomo, 2014).

Otra fuente de apoyo importante son *los profesionales implicados en el proceso de recuperación*, señalados como inductores básicos de la recuperación en un estudio de Mancini (Saavedra Macías, 2010). Según esta investigación, un trato profesional empático, cercano y mantenido en el tiempo, con esperanza en el futuro y en las capacidades del individuo para recuperarse favorece la autoeficacia y la motivación. Estos profesionales, además de dotar a los pacientes de recursos sociales, cognitivos y conductuales, pueden empoderarles, participando de manera activa y conjunta con este y sus familiares para favorecer su evolución (Davidson y González Ibañez, 2017).

Así, a través de estas relaciones, se abandonan viejas dinámicas y se favorece el desarrollo de patrones más adaptativos, inductores de un mayor sentimiento de pertenencia, participación e integración social, empoderamiento e independencia (SAMHSA, 2010).

Además de este apoyo y participación social, otro imprescindible en el proceso de recuperación es la **autodeterminación**, entendida como la sensación de control sobre la

propia vida y la capacidad de toma de decisiones; cada individuo es particular y cuenta con experiencias, habilidades y objetivos diferentes, por lo que debe marcar su propio camino. Diversos estudios realizados con pacientes psiquiátricos señalan la autogestión, en cuanto a tiempo, espacio y preferencias, como un inductor fundamental en la recuperación del bienestar (Saavedra Macías, 2010). Para mejorar esta dimensión, resulta interesante recurrir a los aspectos más cotidianos de la vida diaria. El desarrollo de tareas adecuadamente descritas, estructuradas y pactadas entre paciente y profesionales suele reforzar la motivación y esperanza al poner en marcha estrategias y habilidades personales para su consecución (Rodríguez Luna et al., 2016). Así, si el paciente se ve involucrado en actividades del hogar, educativas, laborales y de toma de decisiones personales su sensación de control y autoeficacia mejorará (Saavedra Macías, 2010). Sin embargo, la ejecución de actividades de este tipo no tiene capacidad terapéutica de por sí, sino que, para ello, deberá organizarse y formar parte de un programa de intervención con unas metas específicas, conocidas e incluso descritas por el propio paciente. De esta forma, se fomentará la autoestima, funcionalidad y autonomía (Alonso Salgado, 2014). Así, la autogestión facilita el afrontamiento de situaciones difíciles que podrían derivar en una recaída, a la vez que el control sobre los propios pensamientos y emociones negativas (Ramírez de Arellano, 2022).

Otro aspecto fundamental es la **reformulación de la propia identidad**. La valoración que el paciente hace sobre sí mismo es esencial para mantener la motivación y esperanza en la propia capacidad de cambio. Frecuentemente, la enfermedad se convierte en el elemento central de la identidad del sujeto, dejando de lado su verdadera identidad (sus preferencias, gustos, miedos, deseos) por lo que será necesario llevar a cabo un proceso de normalización, en el que la enfermedad se integre en su identidad como un elemento más, descubriendo que es mucho más que esta y redefiniéndose positivamente (Saavedra Macías, 2010). La participación del sujeto en su propio proceso de recuperación y las redes de apoyo derivadas fomenta la adquisición de roles que reduce la incapacitante discriminación, movilizándolo a la reelaboración de una identidad individual basada en el reconocimiento de las propias fortalezas y responsabilidades en dicho proceso de recuperación.

Así, en la primera etapa de la recuperación, el individuo experimenta una fuerte disminución de esta autodeterminación mencionada anteriormente, perdiéndose la esperanza y el sentido de cara al futuro; en la segunda, se desarrollan habilidades para

afrontar su situación vital, recuperando la esperanza en sí mismo y su capacidad para alcanzar sus objetivos; en la tercera, experimenta un empoderamiento en su autogestión, viviendo una vida de calidad a pesar de la presencia de la enfermedad; por último, la enfermedad, integrada como una parte más de su identidad, deja de ser central en su experiencia vital, sin verse afectada apenas su calidad de vida, plena y satisfactoria (Saavedra Macías, 2010). Por ello, para pasar de estas primeras fases a las siguientes, tratando de mejorar la sensación de autoeficacia, integrar una identidad personal y desarrollar un objetivo vital a seguir, resulta positivo tener en cuenta los aspectos desarrollados en este apartado.

4. TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DUAL

A pesar de las altas tasas de comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y psicopatológicos, su mayor gravedad, peor funcionamiento y calidad de vida (OEDT, 2016), existen escasas referencias sobre el tratamiento, tanto psicosocial como farmacológico, para pacientes duales (San y Arranz, 2016). Como se ha mencionado a lo largo del documento, estos pacientes muestran un consumo precoz, con más variedad de sustancias, déficits más severos, mayor número de hospitalizaciones, servicios de urgencia y riesgo de suicidio, lo que requiere de una intervención individualizada e interdisciplinar, alejada de la realidad actual. Debido a la asistencia secuencial o paralela predominante en España, estos pacientes no disfrutaban del acceso a los servicios integrales, simultáneos y mantenidos en el tiempo requeridos, produciéndose el efecto de puerta giratoria que fomenta el infradiagnóstico y dificulta la recuperación (Szerman et al., 2016).

Un **diagnóstico** temprano, integral y simultáneo es fundamental. Así, en individuos con psicopatologías, deberán evaluarse también posibles trastornos adictivos, debido a la alta comorbilidad entre ambos (Fernández Miranda et al, 2020). Consecuente a la gran dificultad para diferenciar síntomas propios de cada patología y aquellos aparentemente psiquiátricos, pero realmente derivados del consumo, será necesario estudiarlos también cuando el paciente haya puesto fin al consumo, aunque sea temporalmente, para realizar un diagnóstico más ajustado (Gastón Guerrero, 2020).

En la estructuración del tratamiento, se deben pactar **objetivos** conjuntamente, variados, progresivos y flexibles, ya que han demostrado fomentar el compromiso con el tratamiento. Así, por ejemplo, se evitarán extremismos como poner fin al consumo desde

el primer momento, ya que podría derivar en un abandono del tratamiento y, además, la práctica clínica demuestra que, en estos casos, los resultados desaparecen a corto plazo; por el contrario, y sobre todo en las etapas iniciales, se fomentará la estructuración de terapias de poca intensidad, más fluidas y con menos requerimientos, que favorecerán la reducción de la sintomatología adictiva y psiquiátrica (Fernández Miranda et al., 2020).

Siguiendo los pilares básicos de las intervenciones de salud, los tratamientos para todo tipo de pacientes, incluidos los duales, deberán ser accesibles, holísticos, actualizados y mantenidos en el tiempo. Deberán ajustarse a las necesidades individuales, siendo guiados por profesionales especializados en ambas patologías e incluyendo intervenciones a distintos niveles: individuales, grupales y con familiares, alejándose del efecto de la puerta giratoria (Fernández Miranda et al., 2020). La mayoría de recursos disponibles en la actualidad ante un diagnóstico dual son los centros de atención a la drogodependencia, las unidades móviles, los pisos de apoyo y centros de día (Gastón Guerrero, 2020), que, a primera vista, parecen más centrados en el trastorno por uso de sustancias que en un abordaje conjunto.

En un estudio realizado por Vega et al. (2015), los profesionales de la salud partícipes, consideraron que los recursos asistenciales más requeridos para abordar esta comorbilidad son los programas ambulatorios específicos (89% de los participantes), las unidades de desintoxicación y retirada de sustancias (87%), los ambulatorios intermedios (85%) y las unidades específicas de hospitalización (74%), mencionado además la necesidad de programas exclusivos para pacientes duales.

Se ha observado que algunas prácticas terapéuticas efectivas en los trastornos por uso de sustancias pueden ser perjudiciales en el tratamiento comórbido, como es el caso de las estrategias de confrontación; mientras que, con otras, como las intervenciones en grupo, las de contingencias, residenciales y familiares suelen ser eficaces en la mayoría de casos (Torrens, 2008). Así, por ejemplo, la coordinación de la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual y la sociofamiliar ha mostrado resultados positivos en pacientes duales (Fernández Miranda et al., 2020). Lo mismo ocurre con el programa de los 12 pasos (Rubio et al., 2015), aunque, para cada combinación específica hay diferentes recomendaciones.

Dinámicas grupales

Estas interacciones, descritas en apartados anteriores del documento, tienen efectos muy significativos sobre la evolución de la enfermedad. Según un estudio realizado por Gastón Guerrero (2020), las redes de apoyo de los pacientes inciden enormemente en el pronóstico de su enfermedad; de esta forma, los vínculos prosociales generados en estas dinámicas actúan como factor protector en la depresión, entre otras patologías. Estudios señalan las dinámicas grupales como más eficaces que las individuales, aumentando la adherencia al tratamiento, la toma de consciencia, la focalización en el momento presente, el control individual por parte del grupo y el aprendizaje de conductas alternativas a través de modelos de referencia que inducen a la esperanza (Martínez González et al., 2018).

Así se revela la importancia del trabajo grupal entre iguales, como, por ejemplo, en las **comunidades terapéuticas**. Estos centros de internamiento voluntario y temporal (pues los recursos de tiempo indefinido suelen producir resultados negativos), suponen una acción complementaria entre los residentes y un equipo técnico multidisciplinar coordinado entre sí y con recursos externos, conformando juntos una comunidad que imita la vida en sociedad. De esta forma, se desarrolla un fuerte aprendizaje activo, desempeñando roles específicos, asumiendo responsabilidades personales y conjuntas, recibiendo y aportando ayuda mutua y reestructurando positivamente la identidad con un nuevo objetivo y plan vital repleto de sentido (Fundación Atenea, 2010). Investigaciones indican una prevalencia de diagnóstico dual del 76% (Fundación Atenea, 2010) en estos espacios; otros, del 26,4 % (Comas Arnau, 2006), y otros, muestran un nuevo aumento epidemiológico importante hacia, aproximadamente, el 40% de los internos (Madoz Gúrpide, 2013), lo que lo convierte en un recurso a tener en cuenta para una intervención óptima. Así, se recomienda recurrir a estos centros ante pacientes duales, en especial si muestran riesgo de suicidio, violencia familiar y retraimiento o abandono social (Fundación Atenea, 2010).

Otro recurso destacable para el trabajo grupal que parece mostrar resultados positivos es el **Programa de recuperación de 12 pasos** (Arranz Marti et. L, 2018), centrado en el crecimiento personal y espiritual, en recuperar la salud física y psicológica y el significado de la experiencia vital (Cambron Ramírez, 2018). Esta intervención está formada por doce pasos claramente definidos, cada uno de ellos portador de un significado que nutrirá el sentido global del programa. Cada paso no debe entenderse

como un avance inconexo del resto, sino como un continuo ascendente, en el que, a medida que se cumplen las tareas de cada etapa, el sujeto podrá avanzar a la siguiente, sin necesidad de retroceder a las anteriores en el futuro (Cambron Ramírez, 2018). De esta forma, se fomenta la aceptación, la reflexión crítica, la escucha, ayuda mutua y la búsqueda de un proyecto vital significativo que aporte una mayor calidad de vida en todos sus aspectos.

Como se ha expuesto a lo largo del documento, las terapias de poca intensidad, más fluidas y con menos requerimientos reducen el consumo y los síntomas psíquicos, por lo que los **Programas de Motivación para el Cambio** son otra dinámica grupal indicada (Fernández Miranda et al., 2020). La Entrevista Motivacional (EM) es un formato de intervención centrada en la persona y en el trabajo conjunto, con el objetivo de aumentar el compromiso en el proceso de cambio mediante la reflexión crítica sobre los factores que han generado y mantienen la situación, tomando consciencia, estableciendo metas a corto plazo y buscando posibles soluciones (García Prado, 2018). Aunque es propia del campo de las adicciones, en la actualidad está mostrando resultados muy positivos ante determinados síntomas psicológicos (Entrevista Motivacional, 2022), por lo que se recomienda su uso a lo largo de todo el tratamiento (Fernández Miranda, 2020).

En un estudio de Rubio et al. (2015) en el Hospital de Castellón, se crearon dinámicas grupales de pacientes duales siguiendo la terapia motivacional breve. Los resultados son significativamente positivos, ya que esta terapia con pacientes comórbidos aumenta la motivación en el proceso de recuperación y produce aprendizajes sobre ambas afecciones; sitúa la tasa de abandonos por debajo del 20%, demostrando que la motivación favorece la esperanza y retención en el tratamiento, mejorando su eficacia, reduciendo el índice de ingresos, la conducta adictiva y favoreciendo el seguimiento tras el tratamiento; Además, produce avances entre las fases del programa a una velocidad significativamente superior (normalmente, se requiere medio año entre cada fase y, con este programa dual, algunos pacientes evolucionan dos etapas en 7 días).

De esta forma, este tipo de terapias grupales favorecen la satisfacción y el funcionamiento general, aumentando directamente la percepción subjetiva que la persona tiene sobre su calidad de vida.

Otro recurso posible son las **Técnicas Cognitivo-Conductuales**, que, combinadas con la entrevista motivacional, han arrojado resultados muy positivos en pacientes duales (Rubio et al., 2015), especialmente si las intervenciones son de larga duración, generando una disminución de la conducta adictiva y de la sintomatología psiquiátrica, junto a un aumento de la cohesión al tratamiento (Sainz Martínez et al., 2014), datos que coinciden con los aportados por otros estudios, que señalan además su idoneidad en etapas de consumo y prevención de recaídas (Fernández Miranda, 2020). Un estudio realizado Martínez González et al. (2018), muestra la alta efectividad de las terapias cognitivo-conductuales en pacientes con comorbilidades, en este caso por alcoholismo y trastornos de la personalidad. Aproximadamente, la mitad de los participantes en el programa eran pacientes duales, de los cuales, se recuperaron el 54%; de los pacientes en general, el 75% no reinicia el programa en el futuro, sin mostrarse una mayor tasa de reincidencia en los que sufren ambas afecciones.

De todas formas, todas estas dinámicas grupales son insuficientes con pacientes duales si no se combinan con una psicoterapia individual ajustada al paciente y, en caso de ser necesario, una farmacológica (Martínez González et al., 2018).

Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento farmacológico ajustado, será necesario analizar su interacción con los narcóticos y con el estado biofisiológico que produce la patología en cada caso concreto (Vega et al., 2015). De forma general, los fármacos eficaces para la afección psíquica o adictiva específica, lo son también para pacientes duales (Fernández Miranda, 2020), aunque existen excepciones, como es el caso de los inhibidores selectivos de serotonina, ineficaces en la reducción del consumo, por lo que habrá que estudiar cada caso específico. Así, en *depresión dual* se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos, con un mecanismo de acción diferente al de la recaptación serotoninérgica (Torrens et al., 2017). En pacientes duales con *psicosis*, se recomiendan los antipsicóticos, siempre atendiendo al tipo de abuso e informando al sujeto sobre los efectos secundarios potenciales (Torrens et al, 2017); en casos de comorbilidad con *trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, los medicamentos reducen síntomas psíquicos, pero no de consumo; ante pacientes duales con *trastornos de ansiedad* se recomienda el uso de fármacos seguros, por el riesgo de suicidio y, para aquellos con *trastornos de personalidad*, se desconocen indicaciones específicas (OEDT, 2016).

De todas formas, estudios demuestran cómo la farmacología facilita el alivio sintomatológico de ambas afecciones y la deshabitación y rehabilitación, indicándose el uso de los medicamentos menos invasivos y con menos efectos secundarios, que no afecten sobre el craving y que favorezcan el cumplimiento del tratamiento (Fernández Miranda, 2020).

Tasa de éxito y eficacia de las intervenciones en patología dual

Como se ha señalado a lo largo del documento, la patología dual, de alta presencia en nuestras sociedades, supone dificultades añadidas a la intervención, se relaciona con malos resultados terapéuticos y genera altos costes sociales. Por ello, será necesario seleccionar las medidas más adecuadas y estructurarlas de la manera más óptima, acorde a los recursos del propio sujeto, de los profesionales y de la sociedad. Existen tres modelos de tratamiento fundamentales: **secuencial, paralelo e integral**.

El primero hace referencia a la gestión serial, tratándose la afección entendida como primaria en el inicio y avanzando hacia el resto de los síntomas a medida que esta se estabiliza. Este curso de acción implica la necesidad de más servicios de urgencia e ingresos (Fernández Miranda, 2020), la derivación entre servicios y la deficiente comunicación y coordinación entre ellos que facilita los abandonos y recaídas; por lo que no se recomienda con pacientes duales (OEDT, 2016). El segundo se refiere al tratamiento de ambas patologías simultáneamente, pero en estructuras independientes. Esto supone una mayor sintonía que el anterior, pero con especialistas y directrices diferentes que pueden comprometer el sentido general del tratamiento (OEDT, 2016), dificultando el establecimiento de acuerdos y fomentando la discriminación (Fernández Miranda, 2020). El modelo integrado implica el tratamiento de ambas afecciones simultáneamente y en el mismo recurso, favoreciendo la organización y seguimiento del tratamiento y combinando acciones de distinta índole. Este modelo reduce los riesgos de los modelos anteriores, favoreciendo la desaparición del fenómeno de la puerta giratoria que genera malos resultados y altos costes sociales en nuestro sistema (OEDT, 2016). Así, este es el modelo más indicado para el tratamiento en pacientes duales, por su efectividad para reducir el consumo, la sintomatología psicológica, los costes sociales y aumentar los índices de cumplimiento del tratamiento, de calidad de vida y bienestar (Fernández Miranda, 2020).

Una vez expuestos los modelos existentes para el tratamiento, es importante conocer qué variables se han estudiado como inductoras de mejores resultados terapéuticos.

En un estudio de Madoz Gúrpide et al. (2013), en el que se pretende conocer la tasa de éxito de un tratamiento con pacientes duales, se registró aproximadamente un 30% de eficacia terapéutica, suponiendo esta el abandono del consumo y una contención de la sintomatología psiquiátrica. En este estudio, se registraron como variables relacionadas con el éxito terapéutico el **sexo, la edad de comienzo de la intervención, el nivel de estudios, el consumo de más de una sustancia, la adicción a somníferos y los trastornos psicóticos y del clúster B de personalidad**. Concretamente, ser mujer favorece la realización del tratamiento completo y la recuperación, pudiendo relacionarse con el mayor número de vínculos sociales y levedad de la conducta adictiva; La edad de comienzo correlaciona negativamente con la eficacia del tratamiento, probablemente por una mayor cronicidad del consumo y de abandonos; A mayor nivel de estudios, mayor probabilidad de recuperación, debido al mejor funcionamiento a lo largo de la terapia y a capacidades de afrontamiento más funcionales; El consumo de varias sustancias dificulta los apoyos sociales, la estabilidad económica y los hábitos físicos, alimenticios e intelectivos, empeorando enormemente la calidad de vida que se pretende alcanzar con el tratamiento; Por último, el padecimiento de estos trastornos relaciona con la mayor impulsividad, que dificulta el cumplimiento de la intervención completa. Una investigación con población comórbida por alcohol y trastornos de personalidad (Martínez González et al., 2018) señala como predictor de la remisión total de la adicción y de la estabilización y contención de la sintomatología psiquiátrica la **mayor duración de la participación en la intervención**; dado que, pacientes que permanecen por más de tres meses, no suelen abandonar. Por otro lado, un estudio realizado por Rubio et al. (2015) con pacientes duales en el Hospital de Castellón, detecta la **adicción al cannabis** como un predictor de la no continuidad del tratamiento.

Así, además de seleccionar y estructurar adecuadamente los recursos, será importante conocer aquellos perfiles con mayores dificultades en el proceso de recuperación, para focalizar y controlar más la atención que se le prestará.

5. CONCLUSIONES

7 de cada 10 personas con un trastorno por uso de sustancias (TUS) padecen simultáneamente un trastorno psiquiátrico (TP), pasando a considerarse pacientes duales. A pesar de esta alta presencia y en contra de los resultados de investigaciones internacionales, en España sigue recurriéndose a un tratamiento secuencial dividido en dos redes asistenciales independientes: la de salud mental y la de drogodependencias, de manera que los pacientes afectados por ambas condiciones se encuentran expuestos al fenómeno de la puerta giratoria, sin apenas posibilidades de recibir un tratamiento ajustado a su situación.

Esta situación de vulnerabilidad, tanto clínica como social, no permite el desarrollo de una experiencia vital de calidad, por lo que resulta urgente la creación de un sistema atencional integral basado en procedimientos que persigan este objetivo a través de una serie de variables determinantes: la vinculación social, la motivación, la autodeterminación vital y en el propio proceso y la reestructuración positiva y holística de la identidad.

Por todo esto, resulta imprescindible el avance en la investigación de este fenómeno clínico, la formación especializada de profesionales encargados de su tratamiento, la creación de servicios atencionales integrados y acordes a las necesidades de esta población y las políticas encaminadas a educar y concienciar socialmente sobre la problemática, tratando de reducir la especial vulnerabilidad que implica.

6. BIBLIOGRAFÍA

Abeijón Merchant, J.A., Aguilar Gil, I., Amaro López, P., Apellaniz Zubiri, A., Cervantes Sanjuna, M., Chana González, V., Comas Arnau, D., Gómez García, M., Gracia Pastor, J., Josa Lázaro, C., Martín Luna, E., Carlos Menéndez, J., Montesa Lou, B., Moreno Juan M.C., Muñoz Rivero, L., Olivar Aroyo, A., Rodríguez Cueto, I., Roldan Intxusta, G., Sales Guardia, J.A. & Yubero Fernández, A. (2010). La metodología de la Comunidad Terapéutica. *Fundación Atenea*.
<https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>

Administración de servicios de salud mental y abuso de sustancias (2012). Definición de Recuperación de SAMHSA: 10 principios guía para la recuperación.

Departamento de los servicios sanitarios y humanos, 1- 8
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex136.pdf#page=43>

Alonso Salgado, C. (2014). Una experiencia de Trabajo Social de grupo con pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Una alternativa de recuperación psicosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 223 – 231
<file:///C:/Users/Media%20Service/Downloads/ecob,+223-231.pdf>

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Arranz Marti, B., Becoña Iglesias, E., Caballero Martínez, L., Castells Cervelló, X., Cunill Clotet, R., Farré Albaladejo, M., Florez Menéndez, G., Fonseca Casals, F., Franco Fernández, M.D., Garriga Carrizosa, M., Goikolea Alberdi, J.M., González Pinto Vázquez, A., Landabaso Vázquez, M., López Durán, A., Martínez Raga, J., Merino Márquez, A.M., Paramo Fernández, M., Rubio Valladolid, G., Safont Lacal, G. & Saiz Martínez, P. (2018). Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias. *Revista adicciones*, 34(2), 120 - 127
<https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/63615/1504-4985-3-PB.pdf?sequence=1>

Cárcamo Guzman, K., Cofré Lira, I., Flores Oyarzo, G., Lagos Aeeiagada, D., Oñate Vidal, N. & Grandón Fernández, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Revista psicoperspectivas: individuo y sociedad*, 18(2), 59 – 69. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol18-Issue2-fulltext-1582>

Cambron-Ramírez, J. (2018). Programa de recuperación de los doce pasos. Modelo médico paciente. *Revista Cultura y droga*, 23(26), 127-148.
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/culturaydroga/article/view/2885/2666>

Cazorla Palomo, J. (2014). Las relaciones sociales en salud mental: estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 21, 161 – 176 <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/4732>

Confederación Salud Mental España. (2020). Apuntes sobre patología dual: propuesta de la Red Salud Mental España. Confederación de Salud Mental España, Madrid <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>

Córdoba, L., Verdugo, M.A. & Gómez, J. (2011). Escala de calidad de vida familiar para personas con discapacidad. *Universidad de Salamanca*. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26224/Manual_ECVF_version_Colombia.pdf

Davidson, L., & González Ibañez, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 37(131), 189 – 205 <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>

Elcoro, M. & Agrest, M. (2017). Dime cómo la evalúan, te diré quién es: Qué aporta la evaluación de la recuperación personal a la comprensión de la recuperación como concepto. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 28, 442 – 449. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex136.pdf#page=43>

Espinar Fellman, I. (2023). Introducción II, Apuntes de psicología de la Salud. *Universidad Pontificia de Comillas*, 45 – 113 https://sifo.comillas.edu/pluginfile.php/3895809/mod_resource/content/2/INTRODUCCION%20II.pdf

Fernández Miranda, J.J., Fontaba Díaz, J., Díaz Fernández, S. & Pascual Pastor, F. (2020). Encuesta nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastornos por uso de sustancias y de otro trastorno mental. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras toxicomanías. <https://socioalcohol.org/wp-content/uploads/2021/04/EncuestaConcurrenciaTUSyOTM.pdf>

Fundación Española de Patología Dual. (2020, 2 de abril). *El estudio en Madrid revela un infradiagnóstico del 50% de los afectados por Patología Dual*. Fundación Patología Dual <https://fundacionpatologiadual.org/el-estudio-madrid-revela-un-infradiagnostico-del-50-de-los-afectados-por-patologia-dual/>

García Prado, A. (2018). El desarrollo de la estabilidad emocional en patología dual: una propuesta de intervención breve. *Clínica y Salud*, 25, 113 – 137. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v29n3/1130-5274-clinsa-29-3-0133.pdf>

Garner, B.R., Scott, C.K., Dennis, M.L & Funk, R.R. (2014). La relación entre recuperación y calidad de vida relacionada con la salud. *Diario de tratamiento de abuso de sustancias*, 47(4), pp. 293 – 298 <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.05.006>

Gastón Guerrero, A. (2020). Patología dual: drogodependencia y depresión. *Apuntes de Psicología. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 38(1), 13 – 22 <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/851/550>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2018). Marco conceptual de la recuperación personal en salud mental: revisión sistemática y síntesis narrativa. *El Diario Británico de Psiquiatría*, 199(6), 445 – 452 <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Lesley Smith, L.C., Bradstreet, S., Orihuela, T., Conde, H., Marcos, S., Bono, A., Navarro, B., Tellez, M., Keita-Komferhl, M., Kargl, E., Nica, R. & Tascu, L. (2015). Peer2peer: Una ruta hacia la recuperación de personas con problemas de salud mental a través del apoyo mutuo y el empleo. Peer2peer: curso de formación profesional. Programa de aprendizaje permanente. Fundación INTRAS http://p2p.intras.es/images/manual/ES/MANUAL_ES_P2P.pdf

Lev Ran, S., Le Foll, B., Mckenzie, K., George, T.P & Rehm, J. (2012). Consumo de cannabis y calidad de vida relacionada con la salud mental entre personas con trastornos de ansiedad. *Revista de trastornos de ansiedad*, 26(8), 799 – 810 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.07.002>

Lusilla, P & Gual, A. (2022, 19 septiembre). *Entrevista Motivacional, qué es.* *Entrevista Motivacional* <https://www.entrevistamotivacional.es/entrevista-motivacional/>

Madoz Gúrpide, A., García Vicent, V., Luque Fuentes, E. & Ochoa Mangado, E. (2013). Variables predictivas de alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Revista Adicciones*, 25(4), 300 – 308. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289128726003.pdf>

Márquez Arraico, J. & Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Revista Adicciones*, 25(3), 195 – 202 <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones>

Martínez González, J. M., Vilar-López, R. & Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo-conductual del alcoholismo: impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a1>

Martínez Raga, J., Knecht, C. & Marín Navarrete, R. (2016). Protocolos de intervención en patología dual: trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Fundación Española de Patología Dual* <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/5-pdual-tdah.pdf>

Navarrete, R., Szerman, N. & Ruíz, P. (2018). Conceptos básicos sobre Patología Doble. *Monografía sobre Patología Dual*, 1(1) 13 – 19. https://www.researchgate.net/publication/324273042_Conceptos_Basicos_sobre_Patologia_Dual

Observatorio Europeo de la Droga y Toxicomanías (2016). Comorbilidad entre trastornos por abuso de sustancias y de la salud mental en Europa. Perspectivas sobre las drogas https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2935/Comorbidity_POD2016.pdf

Ordoñez Mancheno, J.M., Ojeda Orellana, M.R., Aguilera Muñoz, J.F., León Rodas, L.M., Astudillo Reyes, K.A., Rosales Almeida, A.G. & Piedra Vázquez, P.A. (2016). Prevalencia de patología dual en el centro de reposo y adicciones (CRA). *Revista de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(2), 31 – 39 <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2776/2018>

Organización Mundial de la Salud (2021). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (11º ed.) <https://icd.who.int/browse11/l1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1602669465>

Padrós Blázquez, F., Chora Reyes, D. & González Betanzos, F. (2020). Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V) de Zuckerman; Estudio psicométrico en población adolescente mexicana. *Revista Iberoamericana de Psicología* 13(3), 127 – 137 <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/1932>

Pascual Pastor, F., Fernández Miranda, J.J., Díaz Fernández, S. & Sala Añó, C. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones, trastorno por uso de sustancias y otros trastornos mentales: concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. *Guías clínicas basadas en evidencia científica*, 0 <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Comorbilidad/0-GUIA-COMORBILIDAD.pdf>

Piat M, & Sabetti J. (2009). El desarrollo de un Sistema de salud mental orientado a la recuperación en Canadá: Lo que nos dice la experiencia de los países de la Mancomunidad de Naciones. *Revista canadiense de la comunidad de salud mental* 28(2), 17-33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0020>

Ralevski, E., Gianoli, M.O, McCarthy, E. & Petrakis, I. (2014). Calidad de vida en veteranos con dependencia del alcohol y enfermedades mentales concurrentes. *Comportamientos adictivos*, 39(2), 386 – 391. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.002>

Ramírez de Arellano, A. (2022). Gramática de la prevención de adicciones: documento técnico para la prevención de adicciones. Consejería de la Salud y Consumo. https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2023/20220217_Ramirez_Arellano_A_Gramatica_preencion_adicciones.pdf

Rodríguez Araujo, D.M. (2018). Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Grupo Funcional: gestión integrada para la salud mental. *Mindsalud, Gobierno de Colombia* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>

Rodríguez Kuri, S.E. & Nute Méndez, L.D. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación, una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 189 – 2013 <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/36346>

Rodríguez Luna, M., Barrientos Torroja, M., Rosado Ruiz, J., García Benítez, C., Reinoso Bellido, R., Luque García, F., Cano Domínguez, P. & Sánchez Moreno, A.

(2016). La actividad motivada como estrategia hacia una mejora de la calidad de vida en patología dual. *Patología Dual y Calidad de Vida. Confederación Salud Mental España* <https://consaludmental.org/general/actividad-motivada-patologia-dual/>

Rubio, B., Benito, A., Juan, M., Francés, S., Real, M., Haro, G. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Breve Dual en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. *Revista Originales*, 40(3), 61 – 79. <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/153666/70353.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saavedra Macías, F.J. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. Departamento de Psicología Experimental, *Universidad de Sevilla*, 18(1), 121 – 139 <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100008>

Saiz Martínez, P.A., Jiménez Treviño, L., Díaz Mesa, E.M., García Portilla González, M.P., Marina González, P., Al Halabí, S., Szerman, N., Bobes García, J. & Ruíz, P (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Revista adicciones*, 26(3), 254 – 274. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289132251007.pdf>

Saiz Martínez, P.A, Jiménez Treviño, L., Menéndez Miranda, I., García Portilla González, M.P, Bobes García, J (2016). Protocolos de intervención en patología dual: ansiedad. *Fundación Española de Patología Dual* <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/3-pdual-ansiedad.pdf>

Sampietro, H.M. & Carbonell Ferrer, C. (2014). Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental. *ActivaMent Asociación*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiagruposayudamutua.pdf>

San, L. & Arranz, B. (2016). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en la población adulta. *Revista adicciones*, 28(1), 3 – 5. <https://doi.org/10.20882/adicciones.784>

San Juan Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Actualización*, 12(85), 4984 – 4992. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(02\)70083-4](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(02)70083-4)

Singh, J., K Matto, S., Sharan, P. & Basu, D. (2005). Calidad de vida y su correlación en pacientes con diagnóstico dual de trastorno afectivo bipolar y drogodependencia. *Desordenes bipolares*, 7, 187 – 191

Szerman N. (2016). Protocolos de intervención patología dual: Introducción a la conceptualización de la patología dual. *Fundación Española de Patología Dual*. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/0-intro-pdual-dr-szerman.pdf>

Szerman N. (2016). Protocolos de intervención en patología dual: depresión y patología dual. *Fundación Española de Patología Dual*. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/1-pdual-depresion.pdf>

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Revista Adicciones*, 20(4), 315-319. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255>

Torrens, M., Mestre Pintó, J.I., Montanari, L., Vicente, J. & Domingo Salvany, A. (2017) Patología Dual: una perspectiva europea. *Revista Adicciones*, 29(1), 3-5. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Patologia-Dual-Europa.pdf

Torres Larrañaga, J.L. (2017). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *Revista LibeAddictus*, 95(10) <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0922-95.pdf>

Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau López, L., Mesías, B., Barral, C. Basurte Villamor, I., Rodríguez Cintas, L., Martínez Raga, J., Piqué, N. & Casas, M. (2015). Libro en blanco: recursos para pacientes con patología dual en España. *Fundación Española de Patología Dual*. <https://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>

Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Arias, B., Gómez, L.E. & Jordán de Urries, B. (2013). Calidad de vida. *Discapacidad e inclusión, manual para la docencia*, 443 – 461 https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf