



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Abordaje Terapéutico Integrado para la
Patología Dual: Esquizofrenia y Abuso de
Sustancias**

Autor/a: Sara Vegas Rodríguez

Director/a: Ana Sion

Madrid

2023/2024

RESUMEN.

Este trabajo explora la comorbilidad entre la esquizofrenia y las conductas adictivas, conocida como "patología dual". Se examinan los desafíos en el diagnóstico y tratamiento de esta población, así como las posibles explicaciones de su desarrollo. Se destaca la necesidad de un enfoque integrado que combine tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos para mejorar la calidad de vida de los pacientes duales. En España, la coordinación entre los servicios de salud mental y adicciones es limitada, lo que resulta en un acceso tardío y una atención insuficiente para los pacientes duales. Los recursos son escasos y poco conocidos por los profesionales, lo que afecta negativamente la calidad del tratamiento. La presente investigación tiene como propósito encontrar técnicas o terapias psicológicas respaldadas por evidencia que sean efectivas en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes con trastornos duales, en este caso centrados en la esquizofrenia y el abuso de sustancias. Con este objetivo, se llevó a cabo una revisión basada en el sistema PRISMA donde se evaluaron diversos enfoques de psicoterapia para abordar estos trastornos comórbidos en los últimos diez años. Los resultados indican un tratamiento integral con técnicas como la terapia cognitivo-conductual motivacional (TCCM) y el tratamiento integrado del diagnóstico dual (IDDT), muestran mejoras significativas en la reducción del consumo de sustancias y los síntomas psicóticos. Factores como la adherencia del paciente y la calidad de la relación terapéutica influyen en la efectividad. Los beneficios pueden observarse a corto (3-6 meses postratamiento) y largo plazo (a partir de 12 meses postratamiento), con una metodología común para evaluar los tratamientos.

Palabras clave: Esquizofrenia, Patología Dual (PD), tratamiento integrado, Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)

ABSTRACT

This paper explores the comorbidity between schizophrenia and addictive behaviours, known as "dual diagnosis,". Challenges in diagnosis and treatment for this population are examined, along with potential explanations for its development. The need for an integrated approach combining pharmacological and psychotherapeutic treatments to improve the quality of life for dual patients is emphasized. In Spain, coordination between mental health and addiction services is limited, resulting in delayed access and insufficient care for dual patients. Resources are scarce and poorly known by professionals, negatively impacting treatment quality. This research aims to find evidence-backed psychological techniques or therapies effective in the psychotherapeutic treatment of dual disorders, focusing on schizophrenia and

substance abuse in this case. To achieve this goal, a review based on PRISMA system was conducted evaluating various psychotherapy approaches for addressing these comorbid disorders in the past decade. The results indicate that integrated treatment with techniques such as TCCM and IDDT show significant improvements in reducing substance use and psychotic symptoms. Factors such as patient adherence and therapeutic relationship quality influence effectiveness. Benefits can be observed in the short and long term, with a common methodology for evaluating treatments.

Keywords: Schizophrenia, Dual Diagnosis (DD), integrated treatment, Substance Use Disorder (SUD)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. Marco teórico.....	5
<i>Implicaciones funcionales del doble diagnóstico.....</i>	<i>8</i>
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	10
MÉTODO.....	11
RESULTADOS	12
<i>Tratamiento integrado para patología dual: características y componentes</i>	<i>12</i>
<i>Revisión de estudios de programas de tratamiento integrado aplicados</i>	<i>14</i>
<i>Recursos y necesidades asistenciales para el tratamiento de la patología dual</i>	<i>21</i>
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO	23
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN. Marco teórico

Con frecuencia, se ha caracterizado a la esquizofrenia como la enfermedad mental más grave y debilitante, afectando a una cifra estimada entre 21 y 26 millones de personas en todo el mundo (Mayón-Flores y Pérez-Beltrán, 2020). Esta condición presenta un curso crónico que se asocia con una considerable comorbilidad médica, una reducción en la esperanza de vida, y generando costos sociales y económicos significativos (Whiteford et al., 2013), lo que la posiciona entre las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo con el DSM-5, la prevalencia a lo largo de la vida se sitúa aproximadamente entre el 0,3% y el 0,7%, aunque se han reportado variaciones según la raza, grupo étnico, país y origen geográfico en inmigrantes e hijos de inmigrantes (APA, 2013).

A través de décadas de investigaciones clínicas y epidemiológicas, los datos recogidos indican que más del 47% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia también han sido diagnosticadas con trastorno por uso de sustancias (TUS) (Roncero C., 2010). Los más recientes análisis epidemiológicos revelan también que los individuos con TUS tienen aproximadamente siete veces más probabilidades de experimentar patología dual en comparación con la población general (Regier et al., 1990). Los trastornos mentales con un mayor riesgo de coexistir con el abuso de sustancias incluyen el trastorno antisocial de la personalidad, los trastornos bipolares y la esquizofrenia (Rubio et al., 2002).

Las sustancias más comúnmente utilizadas incluyen la **cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína, alcohol, cannabis y opiáceos** (Roncero et al., 2016). Las personas que sufren de patología dual pueden emplear estas sustancias con propósitos terapéuticos para aliviar los síntomas psicóticos, mejorar el estado de ánimo y experimentar una sensación mayor de energía y claridad mental (Khantzian, 2013).

No obstante, el abuso de **cocaína** ha sido vinculado con una disminución en la eficacia de los antipsicóticos, así como un aumento en los efectos adversos, como la distonía aguda y la discinesia tardía (Van Harten et al., 1998). En lo que respecta al **alcohol**, los individuos podrían recurrir a su consumo como un mecanismo para controlar las alucinaciones, mejorar el estado de ánimo y fortalecer las relaciones sociales (Baigent et al., 1995). Contrariamente, el consumo de **cannabis** se ha asociado con la generación potencial de déficits en las funciones cognitivas, el aprendizaje y la memoria (Roncero et al., 2010).

Las consecuencias adversas de esta situación impactan en el desarrollo de la enfermedad, evidenciándose mediante un incremento en la frecuencia de episodios psicóticos, una intensificación de la gravedad de los síntomas, una probabilidad superior de experimentar discinesia tardía, mayor sintomatología extrapiramidal y una mayor frecuencia de hospitalizaciones (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental., 2015). Estos elementos, a su vez, están conectados con una mayor incidencia de enfermedades médicas, contribuyendo así a un **deterioro generalizado del estado de salud**. (Álvarez y Valderrama, 2007)

Se considera que una persona presenta patología dual cuando experimenta simultáneamente un TUS, así como otro tipo de trastorno mental. (Szerman y Martinez-Raga, 2015). Según información proporcionada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, en el año 2015 se atendió a 1,755 individuos con patología dual en España, de los cuales 1,381 eran hombres (78.7%) y 374 mujeres (21.3%). Por lo tanto, el consumo de sustancias en personas con esquizofrenia es una realidad clínica que se observa con frecuencia, dando lugar a problemas significativos tanto desde una perspectiva psicopatológica como social.

Se han llevado a cabo múltiples investigaciones con el propósito de determinar el índice de individuos diagnosticados con esquizofrenia que han experimentado dificultades relacionadas con el consumo de sustancias (Rocero et al., 2016).

El primer estudio significativo sobre comorbilidad fue el Epidemiological Catchment Area (ECA) (Regier et al., 1990), el cual confirmó que más del 47% de los individuos con diagnóstico de esquizofrenia habían experimentado un diagnóstico comórbido relacionado con el uso de sustancias a lo largo de su vida, una tasa casi cuatro veces superior a la prevalencia en la población general (Szerman et al., 2007).

El estudio Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE), enfocado específicamente en pacientes psicóticos, indicó que el 60% de los pacientes presentaban patología dual, y el 37% informaba un consumo activo (Swartz et al., 2006).

En un estudio llevado a cabo en la Comunidad de Madrid (Arias et al., 2013), con una muestra de 837 pacientes atendidos tanto en la red de salud mental como en la de drogodependencias, encontró que el 62% cumplía con los criterios de patología dual, y el 11% presentaba síntomas psicóticos.

El diagnóstico de la patología dual presenta desafíos para los profesionales, ya que determinar la secuencia entre el trastorno mental y el trastorno por uso de sustancias resulta complicado, al igual que diagnosticar el trastorno mental debido a la superposición de síntomas (Arias et al., 2013). Los síntomas negativos, componentes integrales de la esquizofrenia, no son exclusivos de esta enfermedad, abarcando aspectos como afectividad debilitada, abulia, falta de atención, alogia y anhedonia (Álvarez y Giner, 2004). Estos síntomas propios de los trastornos mentales se superponen con los efectos de la intoxicación y abstinencia, dando lugar a diagnósticos erróneos debido al solapamiento y variabilidad de los síntomas (Flecher et al., 2020). Por tanto, se requiere examinar la historia toxicológica del paciente para determinar la presencia o no de patología dual, identificar la relación entre el inicio del trastorno psicótico y el consumo de sustancias, y establecer una relación temporal entre ambas patologías (Albalat, 2015).

No existe un consenso sobre el desarrollo de la patología dual, se examinan tres posibles explicaciones fundamentadas en la secuencia de manifestación de los trastornos y su conexión entre sí (Flecher et al., 2020):

La primera hipótesis plantea que la dependencia de sustancias es un trastorno inicial que provoca el desarrollo de un trastorno mental, especialmente cuando existe una predisposición previa (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014; Álamo et al., 2002; Gonzáles, 2020).

La segunda hace referencia a la Teoría de la Automedicación propuesta por Edward Khantzian en la década de 1980 para explicar el uso de drogas y alcohol como una forma de autotratamiento para reducir sus estados de malestar, los síntomas positivos y negativos asociados a la enfermedad, así como las deficiencias cognitivas derivadas del padecimiento o el uso de medicamentos neurolépticos. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2003; Khantzian, 2013). Además, buscan aumentar la actividad mesocortical y mejorar la anhedonia asociada. (Álvarez et al., 2007).

La tercera hipótesis hace referencia al Modelo Biopsicosocial, propuesto por George L. Engel en 1977 (I Carrió, 2002), que reconoce que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. En este modelo, se considera que los factores biológicos (como la genética y la neurobiología), los factores psicológicos (como el estrés, los trastornos mentales y la personalidad) y los factores sociales (como el entorno familiar, el apoyo social y el acceso a recursos comunitarios) interactúan de manera compleja

y pueden contribuir al desarrollo y la progresión de la patología dual. (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014; NIH, 2008; Flecher et al., 2020).

Los pacientes duales presentan un desafío en la atención médica, requiriendo una considerable cantidad de recursos tanto ambulatorios como residenciales en los ámbitos de la salud mental y las adicciones (Peñalver, 2022). Son identificados como pacientes de "puerta giratoria" que refiere a aquellos individuos que tienen dificultades para recibir una adecuada atención médica. Estos pacientes suelen entrar y salir repetidamente del sistema de atención médica, lo que se asemeja a una puerta que gira constantemente. Las dificultades en comprometerse con el tratamiento y las altas tasas de abandono asociadas conllevan costos económicos significativos, derivados tanto del tratamiento en sí mismo como de sus consecuencias, como las prolongadas bajas laborales, el ausentismo y la dependencia (Marín-Navarrete y Szerman, 2015; Arias et al., 2013; Borge et al., 2013). A pesar de la predominancia de los tratamientos farmacológicos, la evidencia y aplicación clínica de las terapias psicoterapéuticas son limitadas, lo que plantea dudas sobre su eficacia (Peñalver, 2022).

En líneas generales, la existencia de una condición de patología dual sugiere un pronóstico desfavorable. Los expertos que se ocupan de esta población clínica reconocen que algunos pacientes reciben tratamiento exclusivamente para un trastorno mental, otros solo para el trastorno por uso de sustancias, y son escasos los casos en los que se aborda ambas patologías simultáneamente (Harrison et al., 2008; Gotham et al., 2013; Pettinati et al., 2013). Sin un tratamiento realizado de forma integral se corre el riesgo de que se produzca una menor adherencia al tratamiento, empeoramiento de la sintomatología positiva y alteraciones conductuales (Rubio et al., 2002).

Implicaciones funcionales del doble diagnóstico.

Cuando se indaga sobre los efectos principales del consumo de drogas en individuos con trastornos mentales, es notable el impacto en el funcionamiento diario (Flecher et al., 2020). La presencia de una patología dual se manifiesta en una dificultad aumentada en el proceso de recuperación, atribuible a la falta de conciencia sobre su enfermedad, una menor disposición al cambio, mayores dificultades en la adherencia al tratamiento, mayores tasas de recaídas, hospitalizaciones, alteraciones de conducta, conflictos familiares, mayor número de infecciones e incumplimientos de tratamiento, además de múltiples consecuencias económicas y sociales

(Farren, Hil, & Weiss, 2012; Mueser et al., 1998; Mueser & Gingerich 2013; Baena & López, 2006; Arias et al. 2013; Borge et al. 2013).

Los datos recopilados sugieren que la calidad de vida se ve más afectada en pacientes con patología dual en comparación con aquellos que solo tienen TUS o trastornos mentales (Watson, Swan & Nathan, 2011). La presencia de trastorno dual a menudo aumenta la susceptibilidad a contraer otras enfermedades médicas, como VIH o hepatitis, así como a sufrir accidentes, lo que puede provocar un deterioro físico más significativo en comparación con pacientes que solo tienen un diagnóstico (Mueser et al., 1998; Borge et al., 2013). Esta afectación en la salud mental y física puede resultar en notables limitaciones en las actividades diarias (Herman et al., 2004; Margolese et al., 2006; Saatcioglu et al., 2008; Ralevsky et al., 2014). Además, se observa una mayor utilización de servicios de psiquiatría, recaídas y abandono del tratamiento y se asocia con situaciones de indigencia, y problemas en el ámbito laboral, escolar, financiero y familiar (Marín-Navarrete y Szerman, 2015; Flecher et al., 2020).

La función social se ve afectada especialmente en pacientes con trastorno dual (Margolese et al., 2006; Saatcioglu et al., 2008; Ralevsky et al., 2014), dificultando el mantenimiento de relaciones interpersonales estables y aumentando su riesgo de marginación social (Flecher et al., 2020). Este decrecimiento en la vida social puede ser ocasionado también porque la comorbilidad entre la esquizofrenia y el trastorno por uso de sustancias puede implicar una mayor presencia de conductas impulsivas y agresivas (Bailey et al., 1997; Roncero C., 2010).

Se han llevado a cabo investigaciones adicionales que buscan ampliar la atención hacia diferentes aspectos, como el deterioro cognitivo característico de la esquizofrenia. En este sentido, se ha observado que la disminución en la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, el aprendizaje, la memoria verbal y visual, así como el razonamiento y la resolución de problemas, tienen un impacto directo en la calidad de vida de los individuos afectados (Tolman & Kurtz, 2012).

A pesar de su alta prevalencia tanto en la población general como clínica, (Vega et al., 2015; Roncero et al., 2016; Arias et al., 2013) y del significativo deterioro en la calidad de vida (Watson, Swan & Nathan, 2011; Marín-Navarrete y Szerman, 2015; Arias et al., 2013; Borge et al., 2013), aquellos pacientes con patología dual que precisan de una terapia que integre ambas problemáticas, reciben en su mayoría un tratamiento de manera paralela en centros de adicciones y servicios de salud mental (Balhara et al., 2016), este tipo de tratamiento

se asocia a una baja y a un manejo inadecuado de los problemas más frecuentes relacionados con esta comorbilidad (Szerman et al, 2013; Arias et al, 2013; Farren et al, 2012; Pettinati et al, 2013).

Ante estas implicaciones funcionales, es crucial revisar las dianas de tratamiento, mejorar la coordinación entre servicios y fortalecer los sistemas que permiten la detección temprana de personas vulnerables y la implementación de intervenciones efectivas. De esta manera, se puede reducir la severidad y cronicidad de la patología dual, promover el crecimiento personal y el bienestar de los pacientes, y prevenir consecuencias adversas, como el riesgo aumentado de suicidio (Marín-Navarrete y Szerman, 2015; Szerman et al., 2013).

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La complejidad aumentada de los pacientes con esquizofrenia dual plantea un desafío significativo para los profesionales de la salud, muchos de los cuales operan en sistemas separados diseñados para abordar estas condiciones de manera específica. A pesar de los notables progresos en el conocimiento biomédico y psicosocial en las últimas décadas, estos avances científicos no se han integrado de manera efectiva en la atención de los pacientes con esquizofrenia dual. Un enfoque holístico es esencial no solo para prevenir recaídas, sino también para fomentar una recuperación a largo plazo (Ouellet et al., 2021). La investigación y el cuidado de las patologías duales desempeñan un papel crucial en la abordar las necesidades complejas de quienes sufren estas condiciones, mejorando así su calidad de vida y reduciendo los costos sociales y económicos asociados (Arango et al., 2017). La pregunta central que surge es: ¿Cómo debemos enfocar su tratamiento? ¿Es posible armonizar los enfoques para tratar las adicciones con los tratamientos específicos diseñados para la esquizofrenia? (Álvarez et al., 2007).

Este trabajo busca explorar y analizar los estudios existentes que hayan implementado un tratamiento integrado para la patología dual es crucial para evaluar la evidencia disponible, identificar tendencias emergentes, y destacar áreas que requieren más investigación. A través de una revisión de la literatura, se busca contribuir a una comprensión más profunda de estos trastornos con el objetivo de mejorar la identificación temprana, el diagnóstico y el desarrollo de estrategias terapéuticas más efectivas.

El objetivo principal de este trabajo es el análisis y estudio del posible abordaje terapéutico integrado de la patología dual, de la esquizofrenia y el consumo de sustancias.

Los objetivos específicos se centran en:

1. Analizar las características y componentes principales del tratamiento integrado para la patología dual, específicamente sobre la comorbilidad entre la esquizofrenia y el trastorno por el uso de sustancias
2. Examinar los estudios realizados en distintos países en los que implementen un tratamiento integrado a pacientes con doble diagnóstico de esquizofrenia y TUS.
3. Indagar acerca de la disponibilidad de programas completos diseñados para atender a individuos con un diagnóstico doble de trastorno adictivo y psicótico en el contexto español.

MÉTODO

En este trabajo de fin de grado, se llevó a cabo una revisión siguiendo el sistema PRISMA con el objetivo de explorar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la disponibilidad y éxito de tratamientos para el diagnóstico dual de esquizofrenia y uso de sustancias. A continuación, se narran las fases que se han llevado a cabo en esta revisión.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Anexo 1), como PubMed, PsycINFO, Dialnet, GoogleScholar, utilizando términos de búsqueda específicos relacionados con la esquizofrenia dual y la disponibilidad de tratamiento en España. En las ecuaciones de búsqueda se emplearon las palabras clave como: “dual diagnosis”, “psychological treatment”, “substance abuse”, “schizophrenia”, “Patología dual”, “tratamiento integrado”, “esquizofrenia”, “adicción”. Se incluyeron estudios publicados aproximadamente en los últimos diez años (entre 2013 y 2024), escritos tanto en español como en inglés para asegurar la relevancia actualizada de la información. Finalmente, la búsqueda inicial mostró un total de 154 artículos (22 en PubMed; 49 en PsycINFO; 16 en Dialnet y 21 en GoogleScholar)

Se establecieron criterios de inclusión, considerando estudios que abordaran la aplicación de técnicas/modelos terapéuticos, programas de rehabilitación, y servicios de apoyo social para individuos con esquizofrenia dual en el ámbito de la psicología. Se realizó un cribado en el que se excluyeron investigaciones que no estuvieran centradas en la disponibilidad de tratamientos terapéuticos, las que sólo trataran el contexto farmacológico, así como los únicamente centrados en adicciones o esquizofrenia por separado, en población infantil y aquellos estudios de otras ramas sanitarias.

Tras el cribado, se eliminaron 26 duplicados y se excluyeron 97 durante la aplicación de los criterios de inclusión, exclusión y de calidad establecidos basados en el título y el

resumen. Por consiguiente, un total de 31 estudios pasaron a la fase de selección (lectura exhaustiva del artículo), de los cuales únicamente 7 han sido incluidos en este trabajo. Esto se debe a que estos 7 estudios eran los que hacían referencia a ensayos efectivos más representativos de un tratamiento integrado específico para la esquizofrenia y el TUS.

RESULTADOS

Tratamiento integrado para patología dual: características y componentes

Según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2014), existen tres modelos de tratamiento para la intervención en Patología Dual:

En el enfoque de tratamiento secuencial o en serie, el paciente es atendido inicialmente por una de las dos redes especializadas (salud mental o drogodependencias) y debe completar el tratamiento antes de ser derivado a la otra. Para individuos con esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias, se suele priorizar el tratamiento del TUS primero, derivando a la red de salud mental aquellos casos en remisión o abstinencia (Roncero et al., 2016).

En contraposición, el método de tratamiento en paralelo se centra en abordar de forma independiente y desde distintos puntos de atención ambos trastornos. No obstante, en la práctica, muchos pacientes que padecen y TUS son excluidos tanto del sistema de atención a la esquizofrenia como del de TUS debido a la presencia de múltiples condiciones médicas, lo que les priva de acceder a los recursos disponibles en ambos campos (Drake et al., 2000). Esta estrategia a veces resulta insuficiente para cubrir las necesidades de estos pacientes, ya que requieren ser atendidos simultáneamente en entornos separados físicamente y por equipos diferentes, que necesitan coordinarse y colaborar entre sí (Farren et al, 2012).

El modelo de tratamiento integrado propone una estrategia de intervención unificada que toma en cuenta de manera integral las necesidades específicas de cada individuo. Esto se logra mediante la colaboración de un equipo compuesto por profesionales de diversas disciplinas, quienes combinan los enfoques terapéuticos provenientes de ambas redes de atención. (Flecher et al., 2020).

La pregunta central es, ¿cuál es el tipo de tratamiento para la patología dual que comporta una mejoría tanto de los síntomas propios de la esquizofrenia como los del TUS? Son numerosos los autores (Green, 2005; Szerman et al, 2013; Kessler et al, 1994; Szerman et al, 2014) que afirman que un tratamiento integrado provoca una disminución de estos síntomas y

de las conductas de búsqueda y consumo de sustancias, un incremento de la calidad de vida y de la satisfacción del paciente y una mejora de la capacidad cognitiva, lo que conduce a una menor utilización de los servicios sanitarios y un mayor bienestar por parte de los familiares del paciente.

Los pacientes con patología dual se enfrentan a numerosas barreras y dificultades, por lo que los objetivos de tratamiento han de plantearse a largo plazo y teniendo en cuenta la vulnerabilidad y el riesgo de recaídas (Szerman et al., 2014). Aparte de estos objetivos, Guardia et al. (1994) afirmaron que un modelo de tratamiento integrado debería incluir hospitalización (completa o parcial según necesidades), determinaciones de drogas en orina, tratamiento psicofarmacológico completo, grupos familiares y de pacientes, talleres ocupacionales, etc, que deben trabajar en red con el objetivo de atender de una manera completa y diacrónica al paciente (Roncero et al., 2014; Szerman et al., 2014) y un equipo multidisciplinario entrenado en el cuidado del paciente esquizofrénico dual (Guardia et al., 1994).

El enfoque integral de tratamiento debe abarcar una serie de metas (Becoña y Cortés, 2010), tales como desarrollar un plan terapéutico personalizado con objetivos alcanzables a corto y largo plazo. Además, se busca establecer y mantener una alianza terapéutica sólida, fomentar la adherencia a la medicación y al tratamiento, lograr la estabilización de los síntomas psicóticos, favorecer la abstinencia o reducción del consumo, trabajar la conciencia de la enfermedad para ambos trastornos, prevenir recaídas, proporcionar psicoeducación al paciente y su familia, ofreciendo información sobre ambos trastornos y opciones terapéuticas disponibles. Asimismo, se pretende promover la adaptación a las experiencias psicóticas, reducir los síntomas psicóticos deficitarios, mejorar el funcionamiento interpersonal y social del paciente, fomentar el autocuidado y la independencia en la comunidad, y rehabilitar las discapacidades psicosociales derivadas de la enfermedad.

Este tratamiento integrado debe estar formado por

- Un tratamiento farmacológico, siempre que sea necesario.
- Un tratamiento psicoterapéutico (a nivel individual/grupal y familiar). La primera etapa de la psicoterapia de la patología dual es la desintoxicación, pero no asegura cambios a largo plazo en el consumo de drogas. La fase siguiente, la deshabituación, es esencial y requiere psicoterapia. Durante la estabilización inicial, se exploran las alteraciones psicopatológicas y se fortalece la relación entre el paciente y el terapeuta. El objetivo terapéutico primordial es cambiar los patrones de comportamiento y promover nuevas

experiencias vitales. Se destacan tres áreas problemáticas: **manejo emocional, dificultades socioeconómicas y mantenimiento de la abstinencia** (Laudet et al., 2000). Dentro de la terapia es crucial la parte de la psicoeducación, donde se prioriza el apoyo y la enseñanza sobre el consumo de sustancias, los síntomas psicológicos y el tratamiento, en lugar de centrarse únicamente en confrontar el consumo. Este método promueve la adherencia al tratamiento y ha demostrado ser eficaz tanto en adolescentes como en adultos con diagnóstico dual, mostrando mejoras a largo plazo en la reducción de recaídas y en el funcionamiento general del paciente (Bobes et al., 2011).

En la práctica, los recursos para pacientes duales son insuficientes (Szerman et al., 2014) y poco conocidos por los profesionales (Roncero et al., 2014), y existen diferencias entre comunidades autónomas en España (Roncero et al., 2016). A pesar de los desafíos, se destaca la necesidad de abordar a estos pacientes a través de un enfoque integral y en red, considerando sus características específicas y estableciendo una conexión efectiva entre los diferentes dispositivos de atención.

Revisión de estudios de programas de tratamiento integrado aplicados

La literatura publicada sobre tratamiento de trastornos psicóticos y TUS en España es reducida, por lo que es necesario explorar o potenciar estas líneas. Para ello, se ha procedido al análisis de 6 estudios sobre el tratamiento integrado de patología dual en diferentes países. (Tabla 1)

Gouzoulis-Mayfrank et al., (2015) investigaron la eficacia de un programa de terapia cognitivo-conductual motivacional (TCCM) en 100 pacientes con esquizofrenia y TUS en un entorno hospitalario estándar. A lo largo del estudio, se examinan diversas variables, incluida la reducción del consumo de drogas, la mejoría en los síntomas psicóticos y la participación en el tratamiento. Los participantes en el programa de tratamiento integrado expresaron una mayor satisfacción con su terapia, demostraron una mayor voluntad de abstenerse y mantuvieron un control más estricto sobre su consumo, especialmente a corto plazo (revisiones 3,6 y 12 meses post-tratamiento). Además, se observaron mejoras en su funcionamiento general y en la retención en el programa. Durante los primeros tres meses de tratamiento, se observó una disminución más notable en su consumo y una mayor tendencia a permanecer en el programa. Por otro lado, aquellos en el programa específico para el trastorno mostraron también en general una alta satisfacción con su tratamiento, su motivación para abstenerse aumentó gradualmente y los beneficios en términos de funcionamiento general solo se manifestaron claramente

después de seis meses. Estos hallazgos sugieren que los participantes en el programa de tratamiento integrado se beneficiaron de un enfoque a más largo plazo y de la relación terapéutica ofrecida, a pesar de mantener su consumo de sustancias. Este mismo programa de TCCM fue aplicado en un estudio realizado por Barrowclough en el que los participantes que recibieron esta intervención también mostraron una reducción significativa en el consumo de sustancias, mejoras en los síntomas psicóticos y una mayor participación en el tratamiento en comparación con aquellos que recibieron tratamiento estándar (Barrowclough et al., 2010).

Kikkert et al., (2018) tratan de evaluar la efectividad del Tratamiento Integrado del Diagnóstico Dual (IDDT) en pacientes con trastornos mentales graves que también presentan trastornos por uso de sustancias. El estudio se basa en la premisa de que abordar simultáneamente tanto la enfermedad mental como el trastorno por uso de sustancias con un enfoque integrado, puede mejorar los resultados en comparación con el tratamiento tradicionalmente separado. La metodología del estudio implica la comparación de los resultados de los pacientes que reciben tratamiento según el enfoque IDDT con los resultados de aquellos que reciben tratamiento estándar de forma paralela. Los resultados del estudio muestran que los pacientes tratados con el enfoque IDDT experimentaron una mayor reducción en el consumo de sustancias en comparación con los pacientes que recibieron tratamiento estándar. Además, se observaron mejoras significativas en los síntomas mentales y una mayor participación en el tratamiento en el grupo IDDT. Sin embargo, no se observaron efectos significativos en otros resultados, como días de abstinencia, psicopatología, calidad de vida o disposición para el cambio. Además, la capacitación en IDDT no mejoró el conocimiento ni las actitudes de los clínicos hacia el trabajo con usuarios de alcohol o drogas, ni mejoró las habilidades de entrevista motivacional, lo que sugiere que la implementación de IDDT puede no haber sido exitosa en este contexto clínico.

El estudio de Eack et al. (2016) tuvo como objetivo investigar si la implementación de técnicas de Rehabilitación Cognitiva en pacientes con esquizofrenia y problemas de abuso de alcohol/cannabis resultaría en reducciones en el consumo de estas sustancias. Participaron 31 pacientes ambulatorios con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en un programa de Rehabilitación Cognitiva de 18 meses o en tratamiento habitual. El tratamiento incluyó entrenamiento en procesamiento cognitivo y sesiones psicoeducativas individuales. Tras 18 meses, se evaluó a un grupo de Rehabilitación Cognitiva y a un grupo de control. A pesar del tamaño pequeño de la muestra, los resultados mostraron que el grupo de Rehabilitación Cognitiva tenía una menor probabilidad de consumir alcohol durante el programa en

comparación con aquellos tratados con el tratamiento habitual. Las mejoras en la cognición, como la velocidad de procesamiento, el aprendizaje visual y la resolución de problemas, se asociaron consistentemente con una menor probabilidad de uso de alcohol y cannabis. Sin embargo, mejoras en la capacidad de aprendizaje verbal se asociaron inesperadamente con un mayor uso de alcohol y cannabis. Las puntuaciones de cognición social también se asociaron con un ligero aumento en la probabilidad de consumir alcohol.

El estudio realizado por Graham et al., (2016) tuvo como objetivo evaluar la viabilidad y aceptabilidad de realizar una intervención motivacional breve integrada a pacientes duales hospitalizados. La intervención breve probada en el estudio se basó en técnicas de consejería motivacional y Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptadas para abordar específicamente el abuso de sustancias en pacientes psiquiátricos. Sin embargo, los resultados sobre la eficacia de la intervención fueron limitados debido al tamaño pequeño de la muestra y la naturaleza piloto del ensayo. Aunque no se observaron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control en términos de reducción del consumo de sustancias o mejoría en los síntomas psiquiátricos, los hallazgos sugieren un potencial prometedor para este enfoque de intervención breve en el tratamiento del abuso de sustancias en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

El estudio de Clarke et al. (2013) tuvo como objetivos principales demostrar la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en un entorno hospitalario específico, particularmente en la unidad de agudos para mujeres, y examinar las disparidades entre las pacientes ingresadas que presentaban un problema de abuso de sustancias y aquellas que no lo tenían. Se planteó la hipótesis de un mejor funcionamiento psicológico en ambos grupos, considerando que variables como la alianza terapéutica y la motivación actuarían como impulsores del funcionamiento psicológico. Un total de 117 mujeres participaron en el programa, con 50 en el grupo con problemas de abuso de sustancias y 67 en el grupo sin consumo. La TCC se enfocó en la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva y modificación de conducta en sesiones grupales intensivas. Además, se ofrecieron terapias individuales, sesiones de tratamiento para adicciones, prevención de recaídas, trabajo en relaciones interpersonales y fomento de la autonomía. Los resultados del estudio resaltaron la utilidad de la TCC al demostrar mejoras significativas en el funcionamiento psicológico de ambos grupos. Se encontró una correlación positiva entre una sólida alianza terapéutica al final del tratamiento y un mejor funcionamiento psicológico, siendo este progreso también influenciado por el nivel de motivación al inicio del programa. El hecho de que ambos grupos

mejoraran significativamente en cuanto a la función psicológica después del tratamiento proporciona evidencia convincente de que un protocolo de TCC manual y no específico de género combinado con farmacoterapia concurrente puede disminuir sustancialmente los síntomas psiquiátricos agudos en un período relativamente breve (es decir, 10-11 días).

El estudio de Flynn et al., (2019) involucró a 64 participantes reclutados de un servicio de tratamiento de diagnóstico dual en Irlanda. Los participantes asistieron a sesiones semanales de entrenamiento en habilidades de Terapia dialéctica conductual (TDC) durante un período de 12 semanas. Se administraron medidas cuantitativas, incluyendo evaluaciones estandarizadas de síntomas de salud mental y consumo de sustancias, antes y después de la intervención para medir los cambios en los resultados. Los participantes informaron reducciones en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés después del programa de entrenamiento en habilidades de TDC. También hubo disminuciones notables en el consumo de sustancias, lo que sugiere que la intervención tuvo un impacto positivo en los comportamientos adictivos de los participantes. Además de los datos cuantitativos, se realizaron entrevistas cualitativas con un subconjunto de participantes para explorar sus experiencias con más detalle. Los hallazgos cualitativos proporcionaron información valiosa sobre los beneficios percibidos del programa de entrenamiento en habilidades de TDC. Los participantes describieron aprender estrategias prácticas para manejar emociones difíciles y antojos, lo que encontraron útil en su proceso de recuperación. También destacaron la importancia del apoyo entre pares y la cohesión grupal en las sesiones de entrenamiento, enfatizando el sentido de solidaridad y comprensión que obtuvieron al interactuar con otros que enfrentaban desafíos similares. En general, los hallazgos del estudio sugieren que el programa adaptado de entrenamiento en habilidades de TDC produjo resultados positivos para los participantes con un diagnóstico dual. Sin embargo, es importante reconocer algunas limitaciones del estudio. El tamaño de la muestra pequeña y la falta de un grupo de control limitan la generalización de los hallazgos. Además, el estudio se centró en resultados a corto plazo (6 meses post-tratamiento), y un seguimiento a largo plazo sería beneficioso para evaluar la sostenibilidad de los efectos de la intervención.

Después de revisar los estudios proporcionados, podemos extraer varias conclusiones sobre la eficacia y la implementación de tratamientos integrales para pacientes con trastornos mentales graves y TUS:

1. Eficacia de los tratamientos integrales: Los resultados muestran que los tratamientos integrales, como el programa de terapia cognitivo-conductual motivacional (TCCM) de

y el Tratamiento Integrado del Diagnóstico Dual (IDDT), pueden conducir a mejoras significativas en la reducción del consumo de sustancias, los síntomas psicóticos y la participación en el tratamiento en comparación con aquellos que reciben tratamientos estándar. Ambos programas priorizan la motivación del cliente y la colaboración terapéutica, enseñan habilidades prácticas, previenen recaídas y ofrecen seguimiento y apoyo continuo para asegurar la adherencia y continuidad del tratamiento (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015 ; Kikkert et al., 2018 ; Barrowclough et al., 2010).

2. Factores que influyen en la efectividad: La adherencia del paciente, la calidad de la relación terapéutica y la implementación adecuada del tratamiento son factores clave que pueden influir en la efectividad de los tratamientos integrales (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015; Kikkert et al., 2018). La presencia de apoyo social y la motivación inicial del paciente también pueden desempeñar un papel importante en los resultados del tratamiento (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015; Eack et al., 2016).
3. Duración del seguimiento: Los beneficios de los tratamientos integrales pueden observarse tanto a corto como a largo plazo. Algunos estudios han seguido a los pacientes durante varios meses o incluso años, mostrando mejoras continuas en el tiempo (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015; Eack et al., 2016).
4. Metodología común para evaluar el propio tratamiento: Aunque los estudios utilizan diferentes enfoques metodológicos, todos adoptan un diseño experimental o cuasiexperimental para comparar los resultados entre los grupos de tratamiento y control, lo que permite evaluar la efectividad de los tratamientos integrales de manera rigurosa y sistemática.

Tabla 1:*Ensayos de tratamiento integrado para patología dual*

Autor/es y año	País	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo del estudio	Resultados
Kikkert et al., (2018)	Amsterdam	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados.	154 pacientes duales divididos en seis equipos de tratamiento en los que se aplicó el IDDT a dos de ellos.	Probar la efectividad del Tratamiento Integrado para el Diagnóstico Dual (IDDT)	Reducción en el consumo de sustancias y mejora de salud física a los 12 meses
Gouzoulis-Mayfrank et al., (2015)	Alemania	Ensayo Controlado Aleatorizado	100 pacientes duales Grupo de intervención, con tratamiento integrado (n=50) Grupo de control (n=50)	Principal: Cambios en uso de sustancias y motivación para abstinencia. Secundario: Satisfacción, retención, psicopatología, rehospitalizaciones y funcionamiento global.	En tratamiento integrado, pacientes más satisfechos, motivados y controlaron consumo de manera más estricta a corto plazo.
M. Eack et al., (2016)	Estados Unidos	Ensayo Controlado Aleatorizado	31 pacientes duales (17 con esquizofrenia, 14 con trastorno esquizoafectivo)	Examinó el impacto de la rehabilitación cognitiva en el consumo de alcohol y cannabis,	El grupo de Rehabilitación Cognitiva tuvo menos consumo de alcohol. Mejoras

			Grupo Rehabilitación Cognitiva (n=22)	así como las correlaciones cognitivas de los cambios en el consumo de sustancias entre pacientes ambulatorios con esquizofrenia.	cognitivas se relacionaron con menos uso de sustancias.
			Grupo de control (n=9)		
Graham et al., (2016)	Reino Unido	Ensayo Controlado Aleatorizado	59 pacientes duales	Evaluar la efectividad y viabilidad de una intervención motivacional breve	Mejora en la participación del tratamiento
Flynn et al., (2019)	Irlanda	Método mixto	64 pacientes duales	Evaluar la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC)	Reducciones en consumo de alcohol y drogas; mejoras en mindfulness y habilidades de TDC. Resultados positivos en tratamiento.
Clarke et al., (2013)	Estados Unidos	Ensayo Clínico No Aleatorizado	117 pacientes (mujeres)	Demostrar la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en la unidad de agudos para mujeres	TCC y farmacoterapia mejoran funcionamiento psicológico; alianza terapéutica y motivación influyen en resultados.

Fuente: Elaboración propia

Recursos y necesidades asistenciales para el tratamiento de la patología dual

La implementación de un sistema completo para pacientes con patología dual implica una inversión significativa en términos de tiempo y recursos (Hariton y Locascio, 2018). La existencia tradicional de redes especializadas separadas para adicciones y otros trastornos mentales en la mayoría de los países dificulta la integración de estos pacientes en los actuales sistemas de salud (Padwa et al., 2015; Sterling, Chi & Hinman, 2011).

En España, no hay una estandarización en la coordinación entre los servicios para pacientes con trastornos de salud mental y consumo de sustancias, ni un protocolo establecido para determinar la responsabilidad y criterios de intervención de los profesionales involucrados (Vega et al., 2015). Se observa una división tradicional entre los servicios de salud mental y los servicios de adicciones. Algunas comunidades autónomas, como Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla-León, La Rioja, Murcia y País Vasco, han abordado esta necesidad de adaptación mediante la implementación de una integración funcional (Vega et al., 2015). En otras comunidades autónomas españolas, se ha optado por una modalidad de intervención coordinada entre ambas redes asistenciales. El acceso a servicios especializados para pacientes con patología dual suele ser tardío y la atención recibida puede ser insuficiente (SEPD, 2009). Los programas multidisciplinarios e intersectoriales para tratar estos problemas son limitados. Además, la disponibilidad de servicios específicos de hospitalización completa y parcial es escasa. En resumen, los recursos para los pacientes duales son insuficientes (Szerman et al., 2014) y además son poco conocidos por los profesionales (Roncero et al., 2014).

Como hemos visto anteriormente, las técnicas aplicadas de forma secuencial para este tipo de patología dual se asocian con una baja adherencia al tratamiento (Szerman et al, 2013; Arias et al, 2013; Farren et al, 2012; Pettinati et al, 2013). Los servicios de salud mental deben plantearse implementar programas específicos de patología dual en los servicios sanitarios (Laudet et al., 2000), sin embargo, existen discrepancias notables entre la percepción de los profesionales y los recursos actualmente disponibles para pacientes con trastornos coexistentes en España. (Roncero et al., 2014). Muchos señalan la escasez de camas en unidades de salud mental y adicciones (Vega et al., 2015), así como la falta de personal especializado en el tratamiento de estos trastornos. Además, los profesionales expresan preocupación por la falta de coordinación entre los servicios de salud mental y adicciones, lo que dificulta el acceso de los pacientes a un tratamiento

integrado y holístico. Los profesionales informan que existe una percepción negativa por parte de la sociedad hacia las personas con trastornos por uso de sustancias y trastornos psiquiátricos, lo que puede dificultar su búsqueda de ayuda y tratamiento. Esta estigmatización también se refleja en la falta de financiación y recursos asignados a la atención de trastornos concomitantes en comparación con otras áreas de la salud. (Roncero et al., 2014; Torrens et al., 2015).

Uno de los escasos estudios encontrados en España que refiriese a un programa específico de tratamiento integrado de patología dual es el realizado por la Universidad de Huelva (2021), centrado en comparar la evolución de pacientes con patología dual que han sido atendidos en centros de adicciones, salud mental o que han recibido una atención coordinada entre ambos. Se esperaba que los pacientes que asistían a la modalidad coordinada tuvieran una evolución más favorable que los pacientes que acudían a cada uno de los servicios de manera independiente, conforme a lo expresado por otros autores. Sin embargo, los resultados de este estudio no apoyan totalmente esta hipótesis. De manera general, no se detectaron cambios estadísticamente significativos en ninguno de los grupos en términos de severidad psicopatológica ni nivel de autonomía (Mancheño et al., 2021).

El estudio de Huelva (Mancheño et al., 2021) parece carecer de un diseño experimental controlado como el utilizado en los estudios de Gouzoulis-Mayfrank et al., Kikkert et al., y Flynn et al., que emplearon ensayos controlados aleatorizados para comparar la efectividad de los diferentes tratamientos. Esta falta de diseño experimental puede limitar la capacidad para sacar conclusiones firmes sobre la eficacia del tratamiento coordinado en comparación con otros enfoques (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015; Kikkert et al., 2018; Flynn et al., 2019).

Mientras que el estudio de Huelva (Mancheño et al., 2021) se enfoca en el abandono del tratamiento y el deterioro de la discapacidad funcional, los otros estudios (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015; Kikkert et al., 2018; Flynn et al., 2019), evalúan una variedad de variables adicionales, como la reducción del consumo de drogas, la mejoría en los síntomas psicóticos, la participación en el tratamiento, la calidad de vida, la disposición para el cambio, entre otros. La variabilidad en las medidas de resultado dificulta la comparación directa entre los estudios.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

En conclusión, el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias es fundamental para abordar de manera efectiva sus necesidades complejas y variadas. Esto implica desarrollar un plan terapéutico personalizado con metas alcanzables a corto y largo plazo, establecer una sólida alianza terapéutica, fomentar la adherencia al tratamiento, estabilizar los síntomas psicóticos, promover la abstinencia o reducción del consumo, trabajar en la conciencia de la enfermedad, prevenir recaídas, proporcionar psicoeducación al paciente y su familia, mejorar el funcionamiento interpersonal y social, fomentar el autocuidado y la independencia en la comunidad, y rehabilitar las discapacidades psicosociales (Rubio et al., 2002 ; Becoña y Cortés, 2010 ; (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015 ; Kikkert et al., 2018 ; Barrowclough et al., 2010).

En primer lugar, el enfoque integral implica el desarrollo de un plan terapéutico personalizado que establezca objetivos alcanzables a corto y largo plazo. Este plan terapéutico debe adaptarse a las necesidades individuales del paciente, teniendo en cuenta tanto los síntomas psicóticos como los comportamientos adictivos. La colaboración entre el paciente y el equipo de tratamiento es esencial para garantizar la viabilidad y eficacia de estos objetivos (Becoña y Cortés, 2010; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015).

Además, el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y los proveedores de atención médica son cruciales para fomentar la confianza, la comunicación abierta y la colaboración en el proceso de tratamiento. La calidad de esta relación terapéutica puede influir significativamente en la adherencia del paciente al tratamiento y en los resultados generales de salud (Becoña y Cortés, 2010; Clarke et al., 2013).

Otro aspecto fundamental del enfoque integral es la combinación de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. El tratamiento farmacológico puede ser necesario para estabilizar los síntomas psicóticos y reducir el consumo de sustancias, pero debe complementarse con terapias psicoterapéuticas, tanto a nivel individual como grupal y familiar (Becoña y Cortés, 2010; Roncero et al., 2014; Szerman et al., 2014). La psicoeducación también juega un papel importante en el tratamiento integral, proporcionando información sobre los trastornos y opciones terapéuticas disponibles, lo que puede ayudar a mejorar la comprensión y la adherencia al tratamiento (Bobes et al., 2011; Becoña y Cortés, 2010).

En la práctica clínica, sin embargo, existen desafíos significativos en la implementación efectiva de tratamientos integrales para pacientes duales. Los recursos disponibles son a menudo insuficientes y poco conocidos por los profesionales de la salud, lo que dificulta el acceso oportuno y adecuado a la atención especializada (Szerman et al., 2014; Farren et al, 2012; SEPD, 2009). Además, la falta de coordinación entre los servicios de salud mental y adicciones puede obstaculizar la entrega de un tratamiento integral y holístico, lo que resulta en una atención fragmentada y subóptima para los pacientes (Padwa et al., 2015; Sterling, Chi & Hinman, 2011).

Para abordar estos desafíos, es crucial mejorar la colaboración entre los diferentes dispositivos de atención y promover un enfoque integral y en red para el tratamiento de la patología dual. Esto requiere una mayor conciencia y capacitación entre los profesionales de la salud (Roncero et al., 2014), así como la implementación de políticas y programas que faciliten la integración de servicios y la atención centrada en el paciente (Vega et al., 2015).

En cuanto a la investigación en este campo, es necesario explorar y fortalecer las líneas de tratamiento integrado de la patología dual. Los estudios revisados sugieren que enfoques como la terapia cognitivo-conductual motivacional (TCCM), el Tratamiento Integrado del Diagnóstico Dual (IDDT), la rehabilitación cognitiva y la terapia dialéctica conductual (TDC) pueden ser efectivos para mejorar los resultados en pacientes duales debido a su abordaje integral, adaptación a necesidades individuales, enfoque en habilidades prácticas, atención a la motivación y colaboración (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015; Kikkert et al., 2018; Eack et al., 2016; Flynn et al., 2019). Sin embargo, se necesita más investigación para comprender mejor los mecanismos de acción de estos tratamientos y su impacto a largo plazo en la salud y el bienestar de los pacientes.

En resumen, el tratamiento integral de la patología dual representa un enfoque prometedor para mejorar los resultados en pacientes con trastornos mentales graves y trastornos por uso de sustancias. Sin embargo, se requieren esfuerzos continuos para superar los desafíos en la implementación de estos enfoques y para avanzar en la investigación para desarrollar intervenciones más efectivas y centradas en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Álamo, C., López-Muñoz, F., & Cuenca, E. (2002). Bases neurobiológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, 107-131.
- Albalat, C. (2015). *Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Álvarez, F., & Valderrama, J. (2007). Tratamientos de los pacientes con patología dual. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 73-74.
- Álvarez, C. M., Arias, F., Basurte, J., Brousoño, M., Casas, M., Castells, X., Didia-Attas, J., Fernández-Marcote, R.O., GarcíaPortilla, M. P., Henche, A. I., Jiménez, L., Martínez, S., Martínez, J., Negrete, J. C., Peris, L., Ponce, G., Poyo, F., Ramírez, N., Ramos, M., Roncero, C., Saiz, P. A., Sevilla, J., Sopelana, P. A., Szerman, N., & Vicens, E. (2007). *Patología Dual en Esquizofrenia*. Editorial Glosa. [https://www.patologiadual.es/docs/patologia_dual_en_esquizofrenia.pdf]
- Álvarez, E., & Giner, J. (2004). Síntomas negativos de la esquizofrenia. Clínica y Tratamiento. En *Dopamina y esquizofrenia*, Barcelona: Ediciones Mayo, 173-185.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., ... Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86. [<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.006>]
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127. [<https://doi.org/10.20882/adicciones.59>]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). [<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>]

- Badiani, A., Belin, D., Epstein, D., Calu, D., & Shaham, Y. (2011). Opiate versus psychostimulant addiction: the differences do matter. *Nature reviews. Neuroscience*, 12(11), 685–700. <https://doi.org/10.1038/nrn3104>.
- Baena Luna, M. R., & López Delgado, J. (2006). Trastornos duales. Mecanismos etiopatogénico. *Trastornos Adictivos*, 8(3), 176-181. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(06\)75118-2](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(06)75118-2)
- Baigent, M., Holme, G., & Hafner, R. J. (1995). Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 29(1), 69–74. <https://doi.org/10.3109/00048679509075894>
- Bailey, L. G., Maxwell, S., & Brandabur, M. M. (1997). Substance abuse as a risk factor for tardive dyskinesia: A retrospective analysis of 1,027 patients. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 177–181.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L., Dunn, G., Eisner, E., Lewis, S., Moring, J., Steel, C., & Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 341, c6325. <https://doi.org/10.1136/bmj.c6325>
- Balhara, Y. P., Lev-Ran, S., Martínez-Raga, J., Benyamina, A., Singh, S., Blecha, L., & Szman, N. (2016). State of Training, Clinical Services, and Research on Dual Disorders Across France, India, Israel, and Spain. *Journal of dual diagnosis*, 12(3-4), 252–260. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1254309>
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., & Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. <https://socioalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2008.pdf>
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos* (2a ed.). Enfoque Editorial S. C. http://bibliosjd.org/wpcontent/uploads/2017/03/Manual.de_.Trastornos.Adictivos.pdf

- Borge, L., Angel, O. H., & Røssberg, J. I. (2013). Learning through cognitive milieu therapy among inpatients with dual diagnosis: a qualitative study of interdisciplinary collaboration. *Issues in mental health nursing*, *34*(4), 229–239. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.740766> .
- Clarke, N., Mun, E. Y., Kelly, S., White, H. R., & Lynch, K. (2013). Treatment outcomes of a combined cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for a sample of women with and without substance abuse histories on an acute psychiatric unit: do therapeutic alliance and motivation matter?. *The American journal on addictions*, *22*(6), 566–573. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12013.x>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2015). Aproximación a la Patología Dual Propuestas de Intervención en la Red FEAFES <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologiadual.pdf>
- Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *26*(2), 441–449. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033464>
- Eack, S. M., Hogarty, S. S., Bangalore, S. S., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2016). Patterns of Substance Use During Cognitive Enhancement Therapy: An 18-Month Randomized Feasibility Study. *Journal of dual diagnosis*, *12*(1), 74–82. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1145778>
- Farren, C. K., Hill, K. P., & Weiss, R. D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current psychiatry reports*, *14*(6), 659–666. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0320-9>
- Flecher Miras, Y., Rodríguez-Góngora, J., & Rodríguez-Rodríguez, J. A. (2020). MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO: PROPUESTA PARA UN CASO CON PATOLOGÍA DUAL. *KNOW AND SHARE PSYCHOLOGY*, *1*(3). <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i3.3662>
- Flynn, D., Joyce, M., Spillane, A., Wrigley, C., Corcoran, P., Hayes, A., Flynn, M., Wyse, D., Corkery, B., & Mooney, B. (2019). Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants

with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addiction science & clinical practice*, 14(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>

Graham, H. L., Copello, A., Griffith, E., Freemantle, N., McCrone, P., Clarke, L., Walsh, K., Stefanidou, C. A., Rana, A., & Birchwood, M. (2016). Pilot randomised trial of a brief intervention for comorbid substance misuse in psychiatric in-patient settings. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 133(4), 298–309. <https://doi.org/10.1111/acps.12530>

Grant B. F. (1996). Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 8(2), 195–210. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(96\)90249-7](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(96)90249-7)

Green A. I. (2005). Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics. *The Journal of clinical psychiatry*, 66 Suppl 6, 21–26.

Gotham, H. J., Brown, J. L., Comaty, J. E., McGovern, M. P., & Claus, R. E. (2013). Assessing the co-occurring capability of mental health treatment programs: the Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) Index. *The journal of behavioral health services & research*, 40(2), 234–241. <https://doi.org/10.1007/s11414-012-9317-8>

Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(41), 683–691. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0683>

Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5). <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.524> .

Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials - the gold standard for effectiveness research: Study design: randomised controlled trials. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(13), 1716. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>

Harrison, M. L., Moore, K., Moore, K., Young, M. S., & Ochshorn, E. (2008). Implementing the Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care Model for Individuals with Co-Occurring Disorders: Preliminary Findings from a

- Residential Facility Serving Homeless Individuals. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(3), 238-259. <https://doi.org/10.1080/15504260802072305>
- Herman, M. (2004). Neurocognitive functioning and quality of life among dually diagnosed and non-substance abusing schizophrenia inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 282–291. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2004.00346.x>
- I Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.
- Khantzian E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(4), 668–669. <https://doi.org/10.1111/add.12004>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8–19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kikkert, M., Goudriaan, A., de Waal, M., Peen, J., & Dekker, J. (2018). Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 95, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.005>
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. (2000). Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of substance abuse treatment*, 18(4), 321–329. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(99\)00077-x](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(99)00077-x)
- Mancheño, J. J., Navas-León, S., Fernández-Calderón, F., Gutiérrez, M., Sánchez-García, M., Díaz-Batanero, C., Moraleda-Barreno, E., Ramírez-López, J., Lorca, J. A., &

- Lozano Rojas, O. M. (2021). Coordinated treatment between addiction and mental health services vs. uncoordinated treatment for patients with dual diagnosis: higher dropout rates but lower impairment of functional disability. *Actas espanolas de psiquiatria*, 49(2), 71–80.
- Margolese, H. C., Carlos Negrete, J., Tempier, R., & Gill, K. (2006). A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia research*, 83(1), 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.019>
- Marín-Navarrete, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: Pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(6), 395-396. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.060>
- Mayon-Flores, B. A., & Pérez-Beltrán, F. J. (2020). Esquizofrenia. *REMUS – Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora*, 33-35. <https://doi.org/10.59420/remus.3.2020.51>
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C., & Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.160>
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors*, 23(6), 717–734.
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social work in public health*, 28(3-4), 424–439. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774676>
- Ouellet-Plamondon, C., Abdel-Baki, A., & Jutras-Aswad, D. (2021). Premier épisode psychotique et trouble de l’usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d’approches adaptées pour l’évaluation et le suivi. *Sante mentale au Quebec*, 46(2), 277–306.
- Padwa, H., Guerrero, E. G., Braslow, J. T., & Fenwick, K. M. (2015). Barriers to serving clients with co-occurring disorders in a transformed mental health

system. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(5), 547–550.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400190>

- Peñalver Lorenzo, J. F. (2022). Intervenciones Psicoterapéuticas efectivas en el tratamiento de personas adultas con Patología Dual: Revisión Sistemática siguiendo la Declaración PRISMA. Trabajo Fin de Máster, Máster Universitario en Psicología General Sanitaria, Universidad Miguel Hernández
- Pettinati, H. M., O'Brien, C. P., & Dundon, W. D. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American journal of psychiatry*, 170(1), 23–30. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010112>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
- Ralevski, E., Gianoli, M. O., McCarthy, E., & Petrakis, I. (2014). Quality of life in veterans with alcohol dependence and co-occurring mental illness. *Addictive behaviors*, 39(2), 386–391. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.002>
- Ridgely, M. S., Goldman, H. H., & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophrenia bulletin*, 16(1), 123–132. <https://doi.org/10.1093/schbul/16.1.123>
- Romero-Domínguez, D., Sorribes-Puertas, M., & Roncero, C. (2016). Psicoterapia en pacientes duales. En C. Roncero & M. Casas (Eds.), *Patología dual: Fundamentos clínicos y terapéuticos* (pp. 243-258). Barcelona: Glosa.
- Roncero, C., Castells, X., & Casas, M. (2007). Psicoestimulantes en esquizofrenia dual. En N. Szerman, C. Álvarez, & M. Casas (Eds.), *Patología dual en esquizofrenia: Opciones terapéuticas* (pp. 87-97). Barcelona: Glosa.
- Roncero, C., Collazos, F., Valero, S., & Casas, M. (2007). Consumo de cannabis y desarrollo de psicosis: estado actual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(3), 182-189.
- Roncero, C., Daigre, C., Grau-López, L., Barral, C., Pérez-Pazos, J., Martínez-Luna, N., & Casas, M. (2014). An international perspective and review of cocaine-induced

- psychosis: a call to action. *Substance abuse*, 35(3), 321–327.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2014.933726>
- Roncero, C. (2010). *Patología Dual. Protocolos de intervención. Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed, S.L.
- Roncero, C., Barral, C., Grau-Lopez, L., Rus-Cucurull, E., & Casas, M. (2016). Protocolo de intervención en patología dual para esquizofrenia. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/4-pdual-esquizofrenia.pdf>
- Rubio, G., López-Muñoz, F., Álamo, C., & Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Saatcioglu, O., Yapici, A., & Cakmak, D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and alcohol review*, 27(1), 83–90.
<https://doi.org/10.1080/09595230701711140>
- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(4), 338–349.
- Sociedad Española de Patología Dual. (2009). Propuesta de la SEPD a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. https://www.patologiadual.es/docs/propuesta_AEPD_estrategia_salud%20mental_sns.pdf
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2003). *Consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones* (2.^a ed.). Barcelona: EUROMEDICE.
- Swartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Canive, J. M., Miller, D. D., Reimherr, F., McGee, M., Khan, A., Van Dorn, R., Rosenheck, R. A., & Lieberman, J. A. (2006). Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(3), 164–172.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000202575.79453.6e>

- Szerman, N., & Peris, L. (2018). Precision Psychiatry and Dual Disorders. *Journal of dual diagnosis*, 14(4), 237–246. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1512727>
- Szerman, N. (2016). Protocolos de intervención en patología dual. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/0-intro-pdual-dr-szerman.pdf>
- Szerman, N. (2016). Protocolo de intervención en patología dual para adolescentes. <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/7-pdual-adolescentes.pdf>
- Szerman, N., & Martínez-Raga, J. (2015). Dual disorders: two different mental disorders?. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2), 61-64.
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Mesías, B., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Casas, M., & Roncero, C. (2014). Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals. *Journal of dual diagnosis*, 10(2), 84–90. <https://doi.org/10.1080/15504263.2014.906195>
- Tolman, A. W., & Kurtz, M. M. (2012). Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: a meta-analytic investigation. *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 304–315. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq077>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. EMCDDA.
- Van Harten, P. N., van Trier, J. C., Horwitz, E. H., Matroos, G. E., & Hoek, H. W. (1998). Cocaine as a risk factor for neuroleptic-induced acute dystonia. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(3), 128–130. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n0307>
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-Lopez, L., Mesias, B., Barral, C., & Casas, M. (2015). *Recursos y necesidades asistenciales en patología dual*. Madrid: Sociedad Española de Patología Dual.
- Volkow, N. D., & Muenke, M. (2012). The genetics of addiction. *Human genetics*, 131(6), 773–777. <https://doi.org/10.1007/s00439-012-1173-3>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray,

C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

Watson, H. J., Swan, A., & Nathan, P. R. (2011). Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity. *Comprehensive psychiatry*, 52(3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.006>

ANEXO

Anezo 1:

Diagrama PRISMA

