

CONSENSO WADD-SEPD

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA PATOLOGÍA DUAL

Ana Benito
Susana Jiménez-Murcia
Judit Tirado-Muñoz
Ana Adan



WADD
World Association
on Dual Disorders



Autoras:

Ana Benito. World Association on Dual Disorders (WADD). Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Grupo de Investigación TXP, Departamento Medicina, Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities. Unidad de Salud Mental Torrente, Hospital General Universitario de Valencia.

Susana Jiménez-Murcia. World Association on Dual Disorders (WADD). Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Departamento de Psicología Clínica, Hospital Universitario Bellvitge-IDIBELL. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona. CIBER Fisiopatología de Obesidad y Nutrición, CIBERobn, ISCIII.

Judit Tirado-Muñoz. World Association on Dual Disorders (WADD). Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea de Madrid. Red de Investigación en Atención Primaria de las Adicciones (RIAPAD), Instituto de Salud Carlos III.

Ana Adan. World Association on Dual Disorders (WADD). Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Barcelona. Instituto de Neurociencias, Universidad de Barcelona. Red de Investigación en Atención Primaria de las Adicciones (RIAPAD), Instituto de Salud Carlos III.

© 2026 Ana Benito, Susana Jiménez-Murcia, Judit Tirado-Muñoz y Ana Adan. Todos los derechos reservados.

ISBN: 978-84-09-83823-3

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, la reproducción parcial o total de esta obra. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a anabenitodel@hotmail.com si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.



Resumen

Introducción: El tratamiento de la patología dual (PD) ha de ser integral y multidisciplinar. Hay evidencia que apoya la efectividad de la psicoterapia en dicho tratamiento. Sin embargo, las guías clínicas, los consensos y las revisiones sobre el tratamiento de la PD suelen dedicar menos espacio a la terapia psicológica que a la farmacológica.

Objetivo: Sintetizar las evidencias empíricas, recomendaciones y experiencias clínicas sobre el tratamiento de la PD para alcanzar un consenso.

Métodos: Dos métodos de consenso se implementaron secuencialmente: la técnica del grupo nominal y el método Delphi.

Resultados: Se realizó una compilación sobre las recomendaciones generales para el tratamiento de la PD, las recomendaciones generales para el tratamiento psicológico de la PD, la evidencia sobre la eficacia de las terapias más frecuentemente usadas, las recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos mentales duales (trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos, por estrés postraumático, de síntomas somáticos, de la conducta alimentaria y de la personalidad) y las recomendaciones para la futura agenda de investigación sobre el tratamiento psicológico de la PD.

Conclusiones: 1) El tratamiento psicológico es efectivo; 2) el tratamiento psicológico integrado es más efectivo; 3) la entrevista motivacional, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la prevención de recaídas son las intervenciones psicológicas con la mayor evidencia empírica; 4) la mejor alternativa son las estrategias multicomponentes; 5) en autismo dual, las intervenciones para los trastornos por uso de sustancias han de ser adaptadas a las características de esta población;

6) para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad dual, se recomienda tratamiento multicomponente (psicoeducación, TCC y apoyo de pares o familiares; 7) los trastornos mentales graves más estudiados son la esquizofrenia y la depresión; 8) para la esquizofrenia dual, se recomienda entrevista motivacional y TCC integrada combinadas con otros componentes; 9) para la depresión dual, se recomienda TCC con prevención de recaídas o entrevista motivacional; 10) para el TB dual, se recomienda terapia de grupo con psicoeducación o prevención de recaídas e inclusión de la familia, manejo de contingencias e intervención familiar; 11) para los trastornos de ansiedad duales, la TCC es el tratamiento de primera línea; 12) para el trastorno de estrés postraumático dual, TCC (terapia de procesamiento cognitivo y terapia de exposición prolongada), terapia de aceptación y compromiso, entrenamiento en inoculación del estrés y terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) son efectivas; 13) para los trastornos de personalidad duales, la evidencia es escasa; 14) para el trastorno límite dual, son prometedoras la terapia dialéctico conductual, la psicoterapia deconstructiva dinámica y la terapia de esquemas con doble foco; 15) para el trastorno de personalidad antisocial dual, TCC, manejo de contingencias y asesoramiento sobre estilos de vida impulsivos pueden ser útiles; 16) se necesita más evidencia empírica e investigación en los trastornos esquizoafectivos, de ansiedad social, de pánico, ansiedad social, obsesivo-compulsivo, síntomas somáticos y de la alimentación, para los que la TCC es la más usada; 17) se necesitan más ensayos clínicos aleatorizados para superar las actuales limitaciones metodológicas.

Palabras clave: patología dual, trastornos duales, diagnóstico dual, comorbilidad, trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de síntomas somáticos, trastornos de la alimentación, trastornos de la personalidad, tratamiento psicológico, psicoterapia, consenso.

Índice

Agradecimientos.....	9
Prólogo.....	10
Abreviaturas.....	13
1-Introducción.....	16
2-Métodos.....	19
3- Recomendaciones generales para el tratamiento de la PD.....	22
4- Recomendaciones para el tratamiento psicológico de la PD.....	39
4.1-Activación conductual.....	44
4.2-Terapia de aceptación y compromiso.....	45
4.3-Entrevista motivacional.....	46
4.4-Manejo de contingencias.....	49
4.5-Mindfulness.....	50
4.6-Psicoeducación.....	51
4.7-Prevención de recaídas.....	53
4.8-Terapia cognitivo conductual.....	59
4.9-Terapia dialéctica conductual.....	60
4.10-Terapia de exposición.....	61
4.11-Terapia familiar o basada en la familia.....	62
4.12-Terapia de grupo.....	64
4.13-Terapia interpersonal.....	66
4.14-Otras terapias.....	66
4.15-Terapias multicomponente.....	67
5-Evidencias sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en la PD.....	68
5.1-Activación conductual.....	71
5.2-Terapia de aceptación y compromiso.....	71
5.3-Entrevista motivacional.....	72
5.4-Manejo de contingencias.....	73
5.5-Mindfulness.....	74
5.6-Psicoeducación.....	75
5.7-Prevención de recaídas.....	75
5.8-Terapia cognitivo conductual.....	75

5.9-Terapia dialéctica conductual.....	76
5.10-Terapia de exposición.....	77
5.11-Terapia familiar o basada en la familia.....	77
5.12-Terapia de grupo.....	77
5.13-Terapia interpersonal.....	79
5.14-Terapias multicomponente.....	79
6-Recomendaciones para el tratamiento psicológico de trastornos duales específicos.....	84
6.1-Trastornos del neurodesarrollo.....	84
6.1.1-Trastornos del espectro autista.....	84
6.1.2-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	85
6.2-Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	93
6.3-Trastorno esquizoafectivo.....	115
6.4-Trastorno bipolar y trastornos relacionados.....	116
6.5-Trastornos depresivos.....	122
6.6-Trastornos de ansiedad.....	137
6.6.1-Trastorno de ansiedad social (fobia social).....	143
6.6.2-Trastorno de pánico.....	145
6.6.3-Trastorno de ansiedad generalizada.....	147
6.7-Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.....	148
6.8-Trastorno por estrés postraumático.....	150
6.9-Trastornos síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	163
6.10-Trastornos alimentarios y de la ingesta.....	165
6.10.1-Anorexia.....	170
6.10.2-Bulimia.....	170
6.10.3-Trastorno por atracón.....	171
6.11-Trastornos de la personalidad.....	172
6.11.1-Trastorno de la personalidad antisocial.....	179
6.11.2-Trastorno de personalidad límite.....	182
7- Recomendaciones para adaptar el tratamiento psicológico a poblaciones diversas.....	188
7.1-Personas cultural y lingüísticamente diversas.....	188
7.2-Personas con diversidad de género y sexual.....	193
7.3-Mujeres.....	194

7.4-Hombres.....	197
7.5-Personas mayores.....	199
7.6-Personas jóvenes.....	201
7.7-Personas sin hogar.....	202
7.8-Trabajadores/as sexuales.....	204
7.9-Personas en el sistema penal/forense.....	204
7.10-Personas coaccionadas/obligadas a tratamiento.....	207
7.11-Personas con limitaciones cognitivas.....	208
8-Recomendaciones para futuras investigaciones.....	209
9- Conclusiones.....	212
Epílogo: ¿y ahora qué?.....	214
Bibliografía.....	216

Agradecimientos

A la World Association on Dual Disorders (WADD) y la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) por su apoyo a este consenso, que se originó en sus congresos.

A Fernando Fernández-Aranda que propuso el reto de elaborar un consenso.

A Marta Torrens y Angelo G. I. Maremmani por su soporte en la publicación de los artículos derivados del presente trabajo.

Prólogo

Patología dual (PD) es el término que identifica en el campo de la salud mental a las personas que sufren una adicción y otro trastorno mental. Estos pueden ser simultáneos o presentarse de forma secuencial durante el ciclo vital. Esta condición clínica constituye uno de los mayores desafíos contemporáneos para la salud mental y los sistemas de atención sociosanitaria, ya que no solo incrementa la complejidad clínica, sino que también exige respuestas terapéuticas integradas, biológicas, psicológicas y sociales, en ese orden, basadas en la evidencia y sensibles a las múltiples dimensiones de la persona.

Este libro nace principalmente de la mano de importantes líderes de opinión de España, pero con proyección internacional, como son las Dras. Ana Adan, Susana Jiménez-Murcia, Judit Tirado-Muñoz y Ana Benito, con el propósito de ofrecer una guía rigurosa, actualizada y práctica para profesionales de la psicología que trabajan con esta población, aportando herramientas concretas para la evaluación, el diseño e implementación de intervenciones eficaces.

A lo largo de sus capítulos, la obra transita desde los fundamentos conceptuales y metodológicos hasta recomendaciones específicas para el tratamiento psicológico de la PD.

El lector encontrará una estructura organizada que facilita tanto la consulta puntual como la lectura sistemática. En primer lugar, se presentan los métodos empleados para la elaboración de las recomendaciones, garantizando transparencia y solidez científica. Posteriormente, se desarrollan orientaciones generales para el abordaje integral de la PD, subrayando la importancia de la coordinación interdisciplinaria, la continuidad asistencial y la personalización del tratamiento.

Uno de los ejes centrales del libro es la revisión detallada de intervenciones psicológicas con respaldo empírico. Se analizan enfoques como la activación conductual, la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso, la entrevista motivacional, el manejo de contingencias, el mindfulness y las terapias de exposición, entre otras. Cada modalidad es presentada no solo desde su marco teórico, sino también desde su aplicabilidad clínica en el contexto específico de la PD. Asimismo, se examinan las evidencias disponibles sobre su eficacia, ofreciendo al profesional criterios claros para la toma de decisiones fundamentadas.

El texto identifica que la PD no es una realidad homogénea. Por ello, dedica un apartado extenso a recomendaciones específicas para distintos trastornos mentales que con frecuencia se presentan con adicciones: trastornos del neurodesarrollo, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad, entre otros. Este enfoque permite comprender las particularidades clínicas y adaptar las intervenciones a las necesidades concretas de cada perfil diagnóstico individual.

Además, la obra incorpora una perspectiva inclusiva y sensible a la diversidad. Se ofrecen orientaciones para adaptar el tratamiento a poblaciones cultural y lingüísticamente diversas, personas con diversidad de género y sexual, mujeres, hombres, personas mayores, jóvenes, personas sin hogar, personas en el sistema penal y aquellas coaccionadas a tratamiento, así como individuos con limitaciones cognitivas. Esta mirada amplia reconoce que además de los factores biológicos, los determinantes sociales, culturales y estructurales influyen de manera importante en el curso y la respuesta al tratamiento.

Finalmente, el libro señala líneas prioritarias para futuras investigaciones, destacando la necesidad de seguir fortaleciendo la base empírica de las intervenciones integradas, basadas en la neurociencia clínica y la psiquiatría de precisión, para promover modelos de atención centrados en la persona, éticos y basados en derechos.

Confiamos en que esta obra publicada en español, pero proyectada por medio de la WADD a nivel mundial, se convierta en una herramienta útil para psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, profesionales de la salud y estudiantes, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención y, sobre todo, la vida de las personas que enfrentan la complejidad de la PD.

Dr. Nestor Szerman

Presidente de la World Association on Dual Disorders

Presidente de la Fundación de Patología Dual

Abreviaturas

AA: Alcohólicos Anónimos

AC: activación conductual

ACT: terapia de aceptación y compromiso

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

BRIGHT: *Building Recovery by Improving Goals, Habits, and Thoughts*

BTSAS: *Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness*

COPE: *Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure*

CRAFT: refuerzo comunitario con terapia de familia

DDP: psicoterapia deconstructiva dinámica

DM: depresión mayor

DRT: terapia de recuperación dual

DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición, texto revisado

EM: entrevista motivacional

EMDR: desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares

EP: exposición prolongada

EPR: exposición con prevención de respuesta

GAF: Escala de Evaluación Global de Funcionamiento

IDDT: tratamiento integrado de trastornos duales

IGT: terapia de grupo integrada para trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias

IRSN: inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (dual)

ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

MBT: tratamiento basado en la mentalización

MC: manejo de contingencias

MET: terapia para mejorar la motivación
MF: mindfulness
NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*
PD: patología dual
PE: psicoeducación
PR: prevención de recaídas
RNR: riesgo-necesidad-respuesta
RRFT: Reducción de Riesgos a través de la Terapia Familiar
SAMHSA: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*
SAMM: módulo de manejo del abuso de sustancias
SOFAS: Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional
TB: trastorno bipolar
TCA: tratamiento comunitario asertivo
TCC: terapia cognitivo conductual
TCCi: terapia cognitivo conductual integrada para trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno por uso de sustancias
TCCI: terapia cognitivo conductual integrada para trastorno por estrés postraumático y trastorno por uso de sustancias
TDC: terapia dialéctica conductual
TE: terapia de exposición
TEPT: trastorno por estrés postraumático
TF: terapia familiar
TG: terapia grupo
TI: terapia interpersonal
TI-MBRP: prevención de recaídas trauma-integrada basada en *mindfulness*
TM: trastorno mental
TMG: trastorno mental grave
TLP: trastorno límite de personalidad

TP: trastorno de personalidad

TPA: trastorno de personalidad antisocial

TPC: terapia de procesamiento cognitivo

TOC: trastorno obsesivo-compulsivo

TUS: trastorno por uso de sustancias

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

VHC: virus de la hepatitis C

VHB: virus de la hepatitis B

Nota: las siglas de algunos programas corresponden a las empleadas en inglés, por tratarse de las de uso más frecuente.

1-Introducción

La patología dual (PD) es la concurrencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otro trastorno mental (TM) (Fantuzzi y Mezzina, 2020). Caracteriza a personas que sufren tanto una adicción como otro TM, sea concurrentemente o de manera secuencial (Szerman et al., 2022). En España se suele usar el término PD, equivalente al término más usado en inglés: *dual disorders* (trastornos duales). Por tradición, en este consenso se usará principalmente el término PD, considerándolo como sinónimo de trastornos duales. En algunas ocasiones se usarán otros términos como diagnóstico dual o comorbilidad para referirnos a la coexistencia de ambos trastornos, intentando mantener los términos originales usados por los diferentes autores.

Se estima que presentan PD el 25,8% de las personas adultas con algún TM, 36,5% de aquellas con algún TUS y 17,8% de aquellas con cualquiera de los dos trastornos (Jegade et al., 2022). En niños y adolescentes en tratamiento por TM, la PD oscila entre 18,3 y 54% (Tomáš y Lenka, 2023).

En las personas con TUS, el riesgo incrementado de presentar depresión mayor (DM), trastorno bipolar (TB), trastorno de personalidad antisocial (TPA), trastorno límite de la personalidad (TLP), trastorno de pánico, fobia específica o trastorno de ansiedad generalizada oscila entre 1,2 y 6,4 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2020). Además, las tasas de TM parecen aumentar a medida que aumenta el número de TUS, lo que significa que las personas con policonsumo son especialmente vulnerables a los trastornos duales (SAMHSA, 2020). De los adultos que presentan un trastorno mental grave (TMG) en el último año, el 28% presenta también un TUS (SAMHSA, 2020). Además, las personas con múltiples TM, en particular, trastornos del estado de

ánimo, trastornos de personalidad (TP) y trastorno por estrés postraumático (TEPT), tienen casi nueve veces más probabilidades de tener múltiples TUS en el último año (SAMHSA, 2020). Otros datos consideran que hasta el 75% de las personas con un TMG presentan PD (Alsuhaibani et al., 2021) y se estima que entre el 64 % y el 88 % de los adolescentes con un TUS presentan al menos otro TM comórbido (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

La PD se asocia con mayor probabilidad de hospitalización (SAMHSA, 2020), mayor impacto funcional, menor adherencia terapéutica (Arias et al., 2017a) y más gastos sanitarios, morbilidad y mortalidad, complicando los resultados del tratamiento y el pronóstico (Fantuzzi y Mezzina, 2020). De igual modo, muestran una mayor gravedad de la adicción y de los síntomas psiquiátricos y tanto de la ideación como de la conducta suicida (Adan y Torrens, 2021). También se relaciona con más conductas de riesgo asociadas a enfermedades infecciosas (i.e., VIH, VHC y VHB) (Durvasula y Miller, 2014; Khalsa et al., 2008), así como más conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas y sexo sin protección) (Gilchrist et al., 2011). Además, los trastornos duales están fuertemente asociados con factores socioeconómicos y de salud que pueden dificultar la recuperación, como el desempleo, la falta de vivienda, el encarcelamiento o la participación en el sistema de justicia penal (SAMHSA, 2020).

A pesar de todo ello, continúa siendo una condición frecuentemente subestimada, infradiagnosticada y, en muchos casos, manejada de forma inadecuada, lo que repercute negativamente en el abordaje clínico y los resultados terapéuticos (Temmingh et al., 2018). Aunque la evidencia indica una mayor prevalencia de personas con PD en centros de tratamiento y la existencia de más programas específicos para ellas, persisten deficiencias en el tratamiento (SAMHSA, 2020). De hecho, se considera que casi la totalidad (más

del 90 %) de los adultos con TM y TUS no reciben tratamiento para ambas afecciones.

En este sentido, el tratamiento de la PD requiere un enfoque integral con equipos multidisciplinares (Torrens y Adan, 2023), existiendo evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia en dicho tratamiento (Chetty et al., 2023). Sin embargo, las guías clínicas, los consensos y las revisiones sobre tratamiento de la PD (Hakobyan et al., 2020) suelen dedicar bastante menos espacio a la terapia psicológica que a la farmacológica. Además, las recomendaciones de la mayoría de las guías clínicas se basan en una combinación de la opinión de expertos, la experiencia clínica y la evidencia de investigaciones (Marel et al., 2022).

Por ello, el objetivo de este trabajo fue sintetizar en un consenso de expertos las evidencias disponibles, las recomendaciones y la experiencia clínica sobre el tratamiento psicológico de la PD. Los principales resultados de este trabajo se han publicado en dos artículos (Benito et al., 2026a;b), siendo esta monografía la versión extendida de los mismos con ampliación de los contenidos y profundización en las recomendaciones.

2-Métodos

Se realizaron secuencialmente dos métodos de consenso: 1) técnica del grupo nominal y 2) método Delphi (Asua, 2005). Se constituyó un grupo de psicólogos expertos en PD, que desde 2022 se ha reunido anualmente en el marco del Congreso Nacional de la Sociedad Española de PD para revisar, poner en común y debatir las evidencias empíricas, recomendaciones y experiencias clínicas disponibles sobre el tratamiento psicológico de la PD. En total, participaron quince psicólogos, doce mujeres y tres hombres. Los participantes incluían académicos, investigadores y clínicos.

Antes de las reuniones presenciales cada experto realizaba una búsqueda bibliográfica con las siguientes palabras clave: (“dual disorders” OR “dual pathology” OR “comorbidity”) AND (“psychological treatment” OR “psychotherapy”). Se usaron las bases PubMed, Cochrane, Scopus, Web of Science, PsycINFO, and PubPsych, sin filtros. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión para seleccionar los datos: 1) centrados en el tratamiento psicológico de la PD, 2) basados en evidencia empírica y 3) extraídos de trabajos revisados por pares. Los resultados de dicha búsqueda se ponían en común en la reunión presencial, pudiendo participar también en el debate el público asistente al congreso. Con los resultados obtenidos en las cuatro reuniones presenciales y una nueva búsqueda bibliográfica actualizada hasta enero de 2025, se redactó un primer documento de consenso que fue enviado a un panel de psicólogos expertos en PD con el fin de que lo revisaran, propusieran modificaciones y/o expresaran su conformidad. Sucesivas versiones se enviaron y modificaron hasta que todos los expertos consultados estuvieron de acuerdo con el contenido final del consenso.

El contenido del consenso ha quedado dividido en los siguientes apartados: Recomendaciones generales para el tratamiento

de la PD (aplicables a todos los tratamientos de la PD, además de a los psicológicos), Recomendaciones para el tratamiento psicológico de la PD (aplicables a todas las posibles comorbilidades entre TUS y otros TM), Recomendaciones para el tratamiento psicológico de trastornos duales específicos (aplicables a los TM listados en el orden en que aparecen en el DSM-5-TR (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2022) y, dentro de cada trastorno, las aplicables a todos los TUS seguidas de las aplicables a cada TUS específico, listados en el orden en que aparecen en el DSM-5-TR), Recomendaciones para adaptar el tratamiento psicológico a poblaciones diversas, Recomendaciones para futuras investigaciones y Conclusiones.

No se incluyó ningún epígrafe relacionado con los trastornos relacionados con cafeína duales porque no se ha encontrado evidencia ni recomendación al respecto. En cada uno de los TM listados, si no aparece el epígrafe referido a su comorbilidad con un TUS determinado, significa que no se ha encontrado evidencia ni recomendación al respecto. Igualmente, si no aparece algún TM, es que no se dispone de recomendaciones asociadas.

La calificación del nivel de evidencia (cuando se disponía de ella) se escribió entre paréntesis. Dichas calificaciones se interpretan de la siguiente manera (Becoña et al., 2008):

- 1- Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metanálisis.
- 2- Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
- 3- Estudios descriptivos, comparativos y de casos y controles.
- 4- Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

También el grado de las recomendaciones, cuando se disponía de ellas, se escribió entre paréntesis. Dichas recomendaciones se interpretan de la siguiente manera: A-Máxima, B-Alta, C-Media, D-Baja (Becoña et al., 2008; Matthys et al., 2014); o Fuerte y Débil (San et al., 2020). Cuando no se especifica grado o nivel, se ha de considerar como nivel 4, grado D y recomendación débil.

Se recomienda aplicar las recomendaciones con mayor nivel de evidencia y, en ausencia de evidencia, usar las terapias que han mostrado eficacia en ambos trastornos por separado.

3-Recomendaciones generales para el tratamiento de la PD

En las últimas dos décadas se ha avanzado en el conocimiento sobre el tratamiento de la PD, pero persisten deficiencias en el acceso inmediato a los servicios y en la prestación de atención oportuna, apropiada, eficaz y basada en la evidencia (SAMHSA, 2020). En la actualidad, existen varios modelos de tratamiento de la PD (SAMHSA, 2020):

- **Tratamiento secuencial:** se recibe tratamiento primero para un trastorno, generalmente el TUS, seguido del tratamiento para el otro, generalmente el TM. En algunos casos puede tratarse del trastorno considerado primario (es decir, el que surgió primero).
- **Tratamiento paralelo:** tanto el TUS como el TM se tratan simultáneamente, pero los tratamientos se proporcionan de forma independiente por diferentes proveedores o servicios.
- **Tratamiento integrado:** el TUS y el TM se tratan simultáneamente por el mismo proveedor o servicio de tratamiento.
- **Atención escalonada:** implica una adaptación flexible de la intensidad del tratamiento a la gravedad del caso. Inicialmente se utiliza el tratamiento menos intensivo y costoso, y solo se ofrece un tratamiento más intensivo o diferente cuando este último ha sido insuficiente. Los modelos de atención escalonada pueden incluir enfoques de tratamiento secuenciales, paralelos y/o integrados.

En la mayoría de los casos, no se recomienda el tratamiento secuencial y el más recomendado es el tratamiento integrado (Chetty et al., 2023; Fantuzzi y Mezzina, 2020) con un enfoque de atención

escalonada. De hecho, la evidencia indica que los modelos integrados de tratamiento son superiores al tratamiento estándar para reducir el consumo de sustancias y mejorar la salud mental, siendo más coste-efectivos (Karapareddy, 2019).

El tratamiento integrado se considera el estándar de oro y una buena práctica para el manejo de la PD, entendido como un plan de tratamiento único que abarca tanto la adicción como el otro TM, con dos objetivos fundamentales: mejorar el acceso a la atención proporcionando tratamiento individualizado y combinar los recursos psicofarmacológicos y las herramientas psicosociales de forma coherente (Fantuzzi y Mezzina, 2020; SAMHSA, 2020). Este abordaje mejora los resultados del tratamiento porque promueve la adherencia al tratamiento, disminuye el número de ingresos hospitalarios y el consumo de sustancias (San et al., 2020). Se ha asociado con múltiples resultados positivos en áreas relacionados con el consumo de sustancias, la salud mental, el funcionamiento general y con la utilización de servicios, incluyendo la disminución del consumo de sustancias y la abstinencia; mejora del funcionamiento mental; disminución de las visitas a urgencias, las hospitalizaciones y los costes sanitarios; mejoras en la vivienda independiente y el empleo competitivo; mayor satisfacción con el tratamiento y vital o calidad de vida (SAMHSA, 2020). Todo esto, siempre que sea posible, llevado a cabo dentro de un mismo dispositivo asistencial.

La evidencia disponible muestra que el tratamiento en dispositivos separados puede tener consecuencias negativas para el individuo y que podría perpetuar actitudes inadecuadas como que los profesionales de salud mental se nieguen a abordar el problema con el consumo de sustancias (por estimar que no es parte de su trabajo) o lo consideran como algo secundario; y viceversa, que los profesionales de los centros en adicciones no intervengan sobre los otros problemas psicopatológicos y que opten por derivar a un

dispositivo de salud mental o por considerar que estos problemas simplemente son consecuencia del consumo de sustancias (San et al, 2020). Además, aunque hay poca evidencia al respecto, parece que los pacientes con PD se muestran más satisfechos con los tratamientos integrados que con el estándar sin foco explícito en la PD (Schulte et al., 2011).

En muchos contextos el tratamiento más usado es el paralelo (Tirado-Muñoz et al., 2018) y algunos autores afirman que no existe suficiente evidencia empírica para considerar que el integrado sea el más efectivo (Chetty et al., 2023). Aunque los tratamientos integrados funcionan para muchas personas con TMG y TUS, este enfoque tiene diferentes niveles de éxito: el tratamiento integrado para TMG y TUS ha mostrado resultados dispares en la literatura científica (SAMHSA, 2020). Se ha demostrado que el tratamiento integrado podría ayudar a mejorar los síntomas psiquiátricos mejor que el tratamiento no integrado en entornos ambulatorios y residenciales, pudiendo ser más eficaz para reducir el consumo de alcohol, pero no el de otras drogas en entornos residenciales en comparación con los ambulatorios (SAMHSA, 2020). Sin embargo, algunos estudios no han encontrado efectos significativos de los tratamientos integrados frente a los no integrados (Chetty et al., 2023; SAMHSA, 2020). Para algunos pacientes con TMG y TUS, el tratamiento paralelo puede ser preferible y no debe descartarse como opción después de intentar el tratamiento simultáneo (SAMHSA, 2020).

El tratamiento comunitario asertivo (TCA) es el modelo de gestión de casos preferido para personas con TMG y consumo concomitante de sustancias (Queensland Health, 2010). El TCA utiliza equipos especializados para brindar un tratamiento integral e intensivo en un entorno comunitario e incluye tratamiento de salud mental, apoyo habitacional y rehabilitación (Marel et al., 2022), ya que las necesidades de las personas con PD pueden incluir no solo

atención médica y de salud mental, sino también intervenciones en las relaciones familiares y sociales, así como atención de necesidades básicas como alimentación y alojamiento seguro, empleo, ocio e intervenciones culturales y espirituales (Queensland Health, 2010). El TCA se ha descrito como un proceso que garantiza que los usuarios reciban los servicios que necesitan de forma coordinada, eficaz y eficiente, siendo sus principales características: un enfoque asertivo y discreto, preferiblemente en el domicilio de la persona, una baja proporción de casos clínicos por terapeuta (1:10), disponibilidad las 24 horas, asistencia con apoyos prácticos en la vida diaria, servicios con tiempo ilimitado, trabajo en equipo multidisciplinario y proactividad en lugar de reactividad (Queensland Health, 2010).

Independientemente del modelo utilizado, los principios que han de guiar el tratamiento de la PD (Marel et al., 2022, Mental Health Branch, 2009; SAMHSA, 2020; Todd, 2010) son los siguientes:

1. Realizar una evaluación completa. Las personas presentan con frecuencia trastornos duales, por lo que hay que evaluar a todos los nuevos pacientes que acuden a servicios de salud mental y adicciones para detectar PD. Hay que evaluar para cada trastorno y reevaluar con la mayor frecuencia posible. En caso de resultado positivo, realizar una evaluación integral que otorgue la misma importancia a los diagnósticos, los problemas individualizados y una formulación etiológica o causal integrada. Dicha evaluación permite elaborar y actualizar una lista de síntomas y diagnósticos interrelacionados, incluyendo médico-quirúrgicos, salud mental y consumo de drogas y psicosociales.
2. Adoptar una perspectiva multiproblemática y brindar un nivel adecuado de atención. Clasificar a los pacientes según su diagnóstico dual para que los problemas más graves (en gravedad o urgencia) tengan prioridad, identificando las

condiciones que requieren atención inmediata para actuar mediante un plan individualizado de tratamiento que deberá actualizarse periódicamente (en la figura 1 se puede observar una propuesta de niveles de atención según la clasificación de los pacientes). Planificar teniendo en cuenta las discapacidades cognitivas y funcionales del paciente. Con el fin de evaluar la relación entre los síntomas y diagnósticos, se puede formular las siguientes preguntas a lo largo de todo el tratamiento:

- a. ¿Dónde comenzó el problema y qué evolución se produjo (cuál podría haber sido el problema principal, el segundo problema, el tercer problema, etc.)?
 - b. ¿Qué debe abordarse ahora?
 - c. ¿Qué servicios se requieren actualmente para una atención óptima?
 - d. ¿Qué servicios están disponibles?
 - e. ¿Qué desea el paciente?
3. El servicio donde se presenta el paciente es el principal responsable del mismo, hasta que otro servicio acepte la responsabilidad de coordinar la atención y este acuerdo sea aceptable para el paciente. Hay que brindar atención que aborde las diversas necesidades de los pacientes, con independencia de cómo accedan al sistema de salud, garantizando que no haya ninguna “puerta equivocada”.
4. Facilitar el acceso a la atención. Garantizar la equidad en el acceso a la atención.
5. Utilizar la gestión de casos clínicos para implementar y coordinar múltiples intervenciones adecuadas a la fase del tratamiento.

6. Brindar un tratamiento integral y proporcionar una atención integrada. Integrar la atención priorizando las necesidades de los pacientes y brindando atención basada en la formulación integrada en un solo entorno, garantizando vínculos estrechos entre todos los servicios y profesionales involucrados.
7. Adoptar un enfoque holístico basado en el tratamiento de la persona, no de la enfermedad, y centrado en el paciente. Es conveniente también adoptar un enfoque de atención trauma-informado.
8. Desarrollar un enfoque de tratamiento por fases. Los trastornos duales son complejos y bidireccionales, pudiendo fluctuar con el tiempo. Los proveedores, supervisores y administradores deben tenerlo en cuenta al ayudar a los pacientes a tomar decisiones sobre el tratamiento y el nivel de atención.
9. Abordar problemas específicos de la vida real en las primeras etapas del tratamiento.
10. Se debe procurar identificar e involucrar a los familiares y personas significativas (con el consentimiento del paciente) en el tratamiento. Si es posible, es conveniente involucrar a pares en el tratamiento.
11. Involucrar a otros profesionales clínicos (según corresponda) en una etapa temprana de la planificación del tratamiento. Los terapeutas deben ofrecer a los pacientes acceso completo a una gama de servicios integrados durante el proceso de recuperación.
12. Asegurarse de que se evalúan y abordan las necesidades de salud física de todos los pacientes, preferiblemente con la participación de un profesional de atención primaria cuando sea posible.

13. No dañar. No intentar ir más allá del propio nivel de experiencia sino intervenir dentro de los límites de las propias competencias. Aumentar estas capacidades mediante la formación y el desarrollo profesional continuo. Reconocer que el trabajo con personas con PD es parte de la actividad principal de los trabajadores de los servicios de adicciones y salud mental.
14. Asegurar la continuidad de la atención y los cuidados, facilitando la transición, la colaboración y la coordinación entre servicios, e incluyendo una comunicación exhaustiva con otros profesionales y el intercambio de información (de acuerdo con los requisitos de privacidad). La continuidad de la atención tiende a mejorar los resultados del tratamiento (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).
15. Realizar el seguimiento de los pacientes de acuerdo con un plan de atención sincronizada que involucre a los servicios clave que les brindan atención (médicos de atención primaria, servicios de adicciones y salud mental, y sus cuidadores, cuando corresponda).
16. Utilizar una perspectiva de recuperación. Adoptar una perspectiva de bienestar, considerando los problemas como barreras para el bienestar y considerando un estado de bienestar positivo como la variable clave del resultado, en lugar de la ausencia de disfunción. Los terapeutas y otros proveedores, administradores y supervisores han de cubrir las necesidades integrales de los pacientes, de forma eficaz y ética. Para mantener esta perspectiva de recuperación (SAMHSA, 2020) se recomienda:
 - a. Evaluar la etapa de cambio de cada paciente.

- b. Asegurarse de que la etapa de tratamiento y las expectativas sean coherentes con la etapa de cambio.
 - c. Utilizar el empoderamiento del paciente para motivar el cambio.
 - d. Fomentar el apoyo continuo.
 - e. Dar continuidad al tratamiento.
 - f. Reconocer que la recuperación es un proceso a largo plazo; apoyar y reconocer incluso los pequeños avances de los pacientes.
17. Centrarse en involucrar al paciente en el tratamiento. Incorporar activamente estrategias para aumentar y mantener la participación del paciente con el gestor de casos clínicos, el plan de tratamiento y los servicios. Enfatizar la naturaleza colaborativa del tratamiento.
 18. Incorporar activamente estrategias para mejorar la motivación, incluyendo, entre otras, técnicas de entrevista motivacional (EM) adaptadas a la PD.
 19. Realizar un seguimiento continuo de los síntomas y evaluar la evolución del paciente.
 20. Expresar confianza en la eficacia del programa de tratamiento, manteniendo expectativas realistas.
 21. Adoptar una actitud sin prejuicios y un enfoque no confrontativo en el tratamiento.
 22. Utilizar sistemas de apoyo para mantener y prolongar la eficacia del tratamiento.
 23. Los administradores y supervisores son responsables de la formación, el desarrollo profesional, la contratación y la retención de profesionales cualificados y demás personal que trabaja con estas personas. No atender estas cuestiones

relacionadas con el personal solo dificultará aún más el acceso de los pacientes a la atención.

24. Existen varios servicios esenciales básicos para pacientes con PD, y los supervisores y administradores deben evaluar periódicamente la capacidad y el rendimiento de su programa para supervisar su eficacia en la prestación de estos servicios y realizar las correcciones necesarias.

Figura 1. Niveles de atención a la patología dual según la gravedad.

Servicios de adicciones • Responsables principales de personas gravemente discapacitadas por uso de sustancias actual y afectadas negativamente por problemas de salud mental.	Servicios de salud mental • Responsables principales de personas gravemente discapacitadas por problemas de salud mental actuales y afectadas negativamente por uso de sustancias.
Servicios de adicciones y salud mental • Responsabilidad compartida de personas gravemente discapacitadas tanto por uso de sustancias como por trastornos mentales. La persona debe tratarse en el servicio que mejor satisface sus necesidades.	Atención Primaria • Responsables principales de personas con trastorno leve o moderado por uso de sustancias y/o condiciones de salud mental pero con acceso a servicios especializados de adicciones y salud mental según sea necesario.

Nota: Adaptado de Marel et al., 2022.

Por su parte, los principios específicos del tratamiento integrado (SAMHSA, 2020) son:

1. Los TM y los TUS se tratan simultáneamente para abordar por igual todos los síntomas de los pacientes.
2. Los profesionales de la atención integral reciben formación en el tratamiento tanto de los TUS como de los TM.

3. Los TUS se tratan con un enfoque por etapas, adaptado a la etapa de preparación del paciente para el tratamiento. Por ejemplo, enganche, persuasión, tratamiento activo, prevención de recaídas (PR).
4. Se integran técnicas de motivación (EM, terapia motivacional) en la atención para ayudar a los pacientes a alcanzar sus objetivos, especialmente en la etapa de vinculación con el tratamiento.
5. La terapia en adicciones se utiliza para ayudar a los pacientes a desarrollar pensamientos y comportamientos más saludables y adaptativos que favorezcan la recuperación a largo plazo.
6. Se ofrecen a los pacientes múltiples formatos de tratamiento, incluyendo apoyo individual, grupal, familiar y entre pares, a medida que avanzan por las distintas etapas del tratamiento.
7. La farmacoterapia se analiza en equipos multidisciplinares, se ofrece a los pacientes según corresponda y se supervisa su seguridad (interacciones), adherencia y respuesta. Debe combinarse con intervenciones psicológicas, educativas y sociales (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

Con estos principios, el tratamiento integrado persigue los siguientes objetivos (Garrido et al., 2019):

1. Establecer y mantener la alianza terapéutica.
2. Fomentar el cumplimiento farmacológico y la adherencia terapéutica.
3. Lograr la estabilización del TM.
4. Favorecer la reducción del consumo o la abstinencia.
5. Fomentar la conciencia de enfermedad en ambos trastornos.
6. Prevenir recaídas.

7. Proporcionar información y herramientas psicoeducativas al paciente y a su familia, informando sobre ambos trastornos y alternativas terapéuticas.
8. Mejorar el funcionamiento interpersonal y social del paciente, promoviendo el cuidado de la enfermedad y una vida independiente en la comunidad.
9. Rehabilitar las discapacidades psicosociales secundarias a la enfermedad.

En el caso de los TMG, los objetivos específicos del tratamiento integrado son (SAMHSA, 2020):

- Manejo de los síntomas positivos y negativos de la psicosis.
- Seguimiento y evaluación de la medicación.
- Aumento de las habilidades de afrontamiento.
- Mejora de las habilidades sociales, incluida la comunicación con los demás.
- Mejora de la capacidad de resolución de problemas.
- Desarrollo de la tolerancia a la angustia.
- Aumento de la motivación.
- Aprendizaje para establecer y alcanzar metas.
- Ampliación de las redes de apoyo social (incluido el apoyo entre iguales).
- Valoración de las necesidades de ayuda para las necesidades básicas de la vida, vivienda y empleo.

Para lograr dichos objetivos, los componentes generales del tratamiento integrado de la PD (SAMHSA, 2020) son:

- Detección, evaluación y derivación de pacientes.
- Consulta de salud física y mental.
- Psiquiatra prescriptor en el centro.
- Sesiones psicoeducativas.
- Técnicas de PR.

- Gestión de casos.
- Componentes de tratamiento específicos para la PD.
- Servicios de cuidado continuado.
- Grupos de doble problema (*Double Trouble*) en el centro.
- Grupos externos de ayuda mutua para la recuperación dual.

Como se ha dicho, en la atención escalonada se sigue un modelo de intervención por pasos (Queensland Health, 2010), según la intensidad de las intervenciones requeridas:

- **Paso 1:** Evaluación y retroalimentación integral del diagnóstico dual (si la persona no cumple con los criterios de elegibilidad para el tratamiento ambulatorio inmediato):
 - Proporcionar retroalimentación de la evaluación, asesoramiento breve, EM y recursos de autoayuda.
 - Si se requiere otro tratamiento o apoyo, derivar a los servicios más apropiados y ayudar con la participación en el servicio si está indicado (involucrar asertivamente a la persona cuando las necesidades significativas, la motivación o la disponibilidad de recursos representen un alto riesgo para la no obtención del servicio requerido).
- **Paso 2:** Intervención breve adicional (si la reevaluación indica una falta de respuesta o es evidente que se requerirá alguna intervención adicional y no se cumplen los criterios para la gestión inmediata del caso o el tratamiento hospitalario):
 - Proporcionar intervenciones breves adicionales (por ejemplo, EM, establecimiento y planificación de objetivos, entrenamiento en habilidades específicas o farmacoterapia).

- Ofrecer derivación para una evaluación de seguimiento y el apoyo adecuado. El proveedor principal de servicios debe garantizar que se facilite la conexión con los servicios de apoyo adecuados antes de derivar la atención.
- **Paso 3:** Capacitación en habilidades más extensas o gestión de casos (si la reevaluación indica falta de respuesta o es evidente que se requiere entrenamiento en habilidades o apoyo más amplio y no se cumplen los criterios para el tratamiento hospitalario):
 - Proporcionar más entrenamiento en habilidades o terapia, grupos de apoyo o gestión de casos.
 - Proporcionar evaluaciones de seguimiento, derivar a otros servicios y facilitar la conexión con ellos. El proveedor principal de servicios debe involucrar activamente a la persona y garantizar que se facilite la conexión con los servicios de apoyo adecuados antes de transferir la atención.
- **Paso 4:** Gestión intensiva de casos, atención hospitalaria o alojamiento con apoyo: la máxima intensidad de atención se limita a las personas que, en la reevaluación, muestran una falta de respuesta o cuya evaluación inicial indica una necesidad inmediata de una gestión de caso más intensiva, tratamiento, atención colaborativa o un entorno compensatorio.

En los pasos 1 y 2, las intervenciones breves más usadas son una combinación de información impresa, sesión breve de asesoramiento/consejo, EM, asesoramiento breve, cuestionarios y autoevaluaciones, manuales de autoayuda, programas para el control del consumo de alcohol, así como programas para conductores con

consumo de alcohol y vídeos (Queensland Health, 2010). Para poder proporcionar el tratamiento integrado con atención escalonada, los terapeutas deben formarse y capacitarse para adquirir y practicar competencias básicas, intermedias y avanzadas (SAMHSA, 2020). Estas se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Competencias básicas, intermedias y avanzadas de los terapeutas para el tratamiento integrado de la patología dual.

COMPETENCIAS BÁSICAS
Realizar una evaluación y un cribado básicos de la PD y, de ser necesario, derivar al paciente para que se realicen pruebas diagnósticas más exhaustivas y formales.
Realizar una evaluación preliminar para determinar si un paciente representa un peligro inmediato para sí mismo o para los demás y coordinar cualquier evaluación posterior con el personal o los especialistas correspondientes.
Derivar al paciente a los servicios de salud mental y/o al tratamiento para el TUS más adecuado y realizar un seguimiento para garantizar que reciba la atención necesaria.
Coordinar la atención con los demás profesionales que atiendan al mismo paciente para garantizar que se comprende bien la interacción de los trastornos del paciente y que los planes de tratamiento estén coordinados.
COMPETENCIAS INTERMEDIAS
Realizar una evaluación más exhaustiva.
Planificación del tratamiento.
Planificación del alta.
Vincular a los pacientes con otros servicios del sistema de salud.
COMPETENCIAS AVANZADAS
Comprender los efectos del nivel de funcionamiento y el grado de discapacidad relacionados con los TM y TUS, por separado y en conjunto.

COMPETENCIAS AVANZADAS

Utilizar modelos integrados de evaluación, intervención y recuperación para personas con PD, en lugar de tratamientos paralelos que se resisten a la integración.

Desarrollar e implementar de forma colaborativa un plan de tratamiento integrado basado en una evaluación exhaustiva que aborde ambos o todos los trastornos y establezca objetivos secuenciales según las necesidades urgentes, considerando la etapa de recuperación y el nivel de compromiso.

Involucrar a la persona, a sus familiares y a otros proveedores de apoyo y servicios (incluidos los apoyos entre pares y los que forman parte del sistema de apoyo natural) en el establecimiento, la supervisión y el perfeccionamiento del plan de tratamiento.

Nota: Adaptado de SAMHSA, 2020. PD: Patología dual; TM: Trastorno mental; TUS: Trastorno por uso de sustancias.

Existen varios tipos de modelos de rehabilitación y todos deben intentar abordar las necesidades individuales de la persona, comprender su problema específico de TUS, abordar las necesidades de salud física y mental, y la interacción con otros factores del estilo de vida (Queensland Health, 2010). Los modelos de tratamiento pueden no siempre ser coherentes con los objetivos, creencias y orientación de valores y espiritual del paciente, por lo que la derivación a servicios de tratamiento debe ajustarse adecuadamente a sus necesidades individuales (Queensland Health, 2010).

La evaluación de las condiciones concurrentes debe incluir un enfoque holístico, orientado a la recuperación, para la salud general de la persona y sus necesidades de bienestar social (Queensland Health, 2010). Esto incluye la atención a la familia, las relaciones personales, el alojamiento, el empleo, así como las necesidades financieras y legales. Los planes para abordar las necesidades identificadas se incorporan a un plan de tratamiento integral (Queensland Health, 2010).

Hay que involucrar a la persona (y a su familia o cuidadores si así lo desea) en el desarrollo y la revisión de este plan de tratamiento para garantizar que se adapte a sus necesidades. Esto incluye ofrecerle información sobre los servicios disponibles para que pueda decidir cuáles se adaptan mejor a sus necesidades y objetivos identificados conjuntamente (Gordon, 2008; SAMHSA, 2020).

Por último, también es fundamental el autocuidado de los profesionales que atienden a las personas con PD. La prestación de servicios a personas con diagnóstico dual es compleja, estresante y desafiante para la persona, el profesional sanitario y el servicio (Queensland Health, 2010). Asistir a pacientes con trastorno dual es difícil y emocionalmente agotador; el riesgo de *burnout*, fatiga por compasión, traumatización vicaria o estrés traumático secundario es considerable (SAMHSA, 2020). Sin un autocuidado adecuado, pueden existir efectos negativos en la capacidad del profesional sanitario para desempeñar eficazmente el trabajo, atender a sus pacientes y cuidarse a sí mismo (SAMHSA, 2020). Ello conlleva rotación de personal y menor calidad de la atención (Queensland Health, 2010), afectando directamente el acceso, la calidad y el coste del tratamiento (SAMHSA, 2020).

Para la prevención del *burnout*, los terapeutas necesitan (Queensland Health, 2010; SAMHSA, 2020):

- Ajustar sus objetivos y expectativas habituales y aceptar que la persona puede requerir tratamiento y atención a largo plazo, y que la recuperación es un proceso individual y, a menudo, lento.
- Sentir que los administradores del programa se interesan por su bienestar.
- Supervisión clínica que brinde apoyo, orientación y conocimientos técnicos.

- Formación y acreditación profesional, combinadas con mentoría y supervisión, para aumentar la adopción de competencias clínicas básicas y avanzadas.
- Que los programas aborden el *burnout* de forma proactiva priorizando el bienestar del personal; hablando sobre él de forma rutinaria; ofreciendo actividades de autocuidado en el lugar de trabajo; y creando una red de apoyo continuo.
- Que los supervisores y administradores aborden las deficiencias de personal y la capacitación, creando, implementando y manteniendo oportunidades de desarrollo y capacitación profesional dentro de sus organizaciones, proporcionando un desarrollo profesional estructurado.
- Prioridades de contratación y retención de profesionales capacitados en PD.
- Reducir el estigma en torno a esta profesión/campo de trabajo.

4-Recomendaciones para el tratamiento psicológico de la PD

En PD, las intervenciones psicosociales desempeñan un papel importante y deben iniciarse en las primeras etapas del tratamiento (Murthy et al., 2019). Pueden llevarse a cabo también tanto en entorno residencial como no residencial, pero deben ser intensivas y basarse en intervenciones ya establecidas para el tratamiento del TM y el consumo de sustancias, con las modificaciones pertinentes (Murthy et al., 2019). Tras la estabilización de la fase aguda de los TM, el tratamiento no farmacológico pasa a ocupar un lugar central (Subodh et al., 2018).

La evidencia apunta al efecto beneficioso de los enfoques psicosociales en el mantenimiento de la abstinencia, la adherencia a la medicación, el mantenimiento de un estilo de vida saludable, una mejor integración en la comunidad, la rehabilitación laboral y una mejora del funcionamiento general (Subodh et al., 2018). Los enfoques psicosociales requieren trabajo en equipo, involucrando a diferentes profesionales (además de psiquiatras y psicólogos) y deben ser integrales e individualizados, por lo que requieren capacitación a varios niveles (Subodh et al., 2018).

Dentro de los tratamientos psicosociales, las terapias psicológicas son un componente central. En todos los tratamientos psicológicos es imprescindible establecer una adecuada relación terapéutica, pero en el caso de la PD es todavía más importante. Así, un buen tratamiento requiere una buena alianza terapéutica (Marel et al., 2022), ya que el desarrollo y mantenimiento de esta, o una relación terapéutica de calidad basada en el respeto mutuo, es un componente

esencial para un tratamiento eficaz en personas con diagnóstico dual (Queensland Health, 2010).

La relación terapéutica debe cuidar diversos aspectos con la finalidad de incrementar la adherencia al tratamiento (Becoña y Cortés, 2011). Debe fundamentarse en que el paciente se encuentre en una situación de tranquilidad, confíe en la confidencialidad de la información proporcionada y reciba retroalimentación constante que le permita conocer la evolución del proceso. También es importante que sea consciente de que el tratamiento se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar, que su familia tendrá acceso al equipo terapéutico para abordar en el momento más adecuado los conflictos o dudas en relación a la comorbilidad y que se diseñan objetivos de intervención adecuados a la psicopatología concomitante (Becoña y Cortés, 2011). Por esta razón, el empleo de normas rígidas y la utilización de estrategias de confrontación están desaconsejadas en el tratamiento de los pacientes con PD, ya que podrían ser incapaces de tolerar desafíos interpersonales estresantes (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). La empatía, el respeto y la confianza en la capacidad de recuperación de la persona son actitudes y valores fundamentales del terapeuta (Center for Substance Abuse Treatment, 2006; Queensland Health, 2010).

Las recomendaciones para desarrollar una buena relación terapéutica (Center for Substance Abuse Treatment, 2006; SAMHSA, 2020) son:

1. Desarrollar y utilizar una alianza terapéutica para involucrar a los pacientes en el tratamiento. Establecer una relación de colaboración.
2. Mantener una perspectiva de recuperación. Comunicar a los pacientes que se les ayudará a mejorar. Mantener la convicción de que la recuperación es posible.

3. Garantizar la continuidad de la atención.
4. Abordar los desafíos clínicos comunes (contratransferencia, confidencialidad...).
5. Monitorizar los síntomas psiquiátricos (incluidas las autolesiones y las conductas suicidas).
6. Utilizar terapia de apoyo y empática. Adoptar una perspectiva multiproblema. Demostrar comprensión y aceptación. Mostrar empatía y disposición a escuchar la visión de los pacientes sobre sus problemas y ayudarles a aclarar la naturaleza de sus dificultades. Ayudarles a resolver problemas externos de forma directa e inmediata.
7. Usar un estilo empático, que incluye:
 - Adoptar la perspectiva del paciente e intentar ver la vida desde su perspectiva.
 - Intenta conectar con los pacientes que presentan dificultades o que presentan comportamientos con los que el terapeuta no está de acuerdo o no puede identificarse (por ejemplo, abuso de sustancias, infringir la ley...).
 - Ser atento, compasivo y cálido, en lugar de juzgar y acusar.
 - Centrarse en escuchar al paciente, en lugar de hablarle.
 - Prestar atención a la comunicación no verbal (posturas corporales abiertas, contacto visual directo, asentir...).
 - Practicar la escucha reflexiva mediante técnicas como la repetición y la repetición repetitiva, utilizando señales verbales y parafraseando el contenido y los sentimientos.
 - Demostrar compasión expresando empatía, consuelo y seguridad (frases para aliviar la ansiedad y la preocupación sin prometer un resultado determinado).
8. Utilizar métodos culturalmente apropiados.

9. Utilizar el refuerzo motivacional.
10. Enseñar técnicas de PR.
11. Utilizar la repetición y el desarrollo de habilidades para abordar las deficiencias en el funcionamiento.

Además, para establecer una buena relación terapéutica, es fundamental manejar la contratransferencia (SAMHSA, 2020):

- Estar atento a las fuertes reacciones personales y prejuicios hacia las personas con PD.
- Obtener mayor supervisión cuando se sospeche que existe contratransferencia y puede estar interfiriendo con la terapia.
- Recibir supervisión clínica formal y periódica: los terapeutas deben tener la oportunidad de hablar sobre contratransferencia con sus supervisores y con el resto del personal en las reuniones del equipo clínico.

En el tratamiento psicológico de la PD se fomenta el uso del Modelo de Etapas de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1984) para guiar las intervenciones, basando el manejo y la elección de las intervenciones en la disposición del paciente para el cambio, que puede ser diferente para el TUS y el TM (Gordon, 2008; Queensland Health, 2010). Las etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1984) son: Precontemplación (el paciente no tiene intención de cambiar), Contemplación (el paciente está pensando en cambiar), Determinación (el paciente ha decidido cambiar), Acción (el paciente está tomando medidas activas para cambiar), Mantenimiento (el cambio de comportamiento se ha establecido), Recaída (el paciente ha retornado al comportamiento anterior) (Gordon, 2008).

El modelo de atención por pasos (Queensland Health, 2010,) descrito anteriormente, se implementa siguiendo las siguientes etapas de tratamiento (Mental Health Branch, 2009):

- **Compromiso/Enganche:** el paciente siente que el tratamiento tiene algo que ofrecerle y el enfoque es construir la alianza terapéutica.
- **Persuasión:** el paciente está más preparado para ser retado a realizar cambios y está abierto a la persuasión, por lo que se utilizan estrategias psicoeducativas y motivacionales para persuadir al paciente a considerar opciones de tratamiento activo.
- **Tratamiento Activo:** el paciente participa activamente en el tratamiento, colaborando con los profesionales clínicos en el establecimiento de objetivos.
- **PR:** el paciente ha logrado los objetivos del tratamiento durante un período de tiempo y utiliza estrategias para mantener estos cambios y evitar recaídas.

En algunos casos, puede ser necesario que se produzca una reducción sustancial del consumo de sustancias y de los síntomas de abstinencia antes de que las psicoterapias más intensivas puedan ser efectivas (Marel et al., 2022). Determinados pacientes pueden ser más capaces de responder a las intervenciones cognitivas si están tomando farmacoterapias para su consumo ya que los liberan de los *cravings* distractores y los síntomas fisiológicos de abstinencia (Marel et al., 2022).

Prácticamente la totalidad de las intervenciones psicológicas abogan por un acercamiento integrado que actúe sobre ambos diagnósticos (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017). En la práctica clínica resulta más acertado considerar ambos diagnósticos como interrelacionados dada su frecuente aparición conjunta (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017). Así, la opinión de consenso actual favorece un enfoque integrado para el manejo de ambos trastornos, en el que el mismo equipo de profesionales maneja

ambos trastornos en el mismo entorno (Subodh et al., 2018). En este sentido, es fundamental establecer y mantener vías de comunicación y coordinación sólidas entre los proveedores de tratamiento, ya que es un facilitador poderoso del cambio (Chetty et al., 2023). Además, hay que priorizar la relación terapéutica y mejorar la motivación para el tratamiento, usando enfoques culturalmente sensitivos para incrementar la retención y la motivación.

Existen diversos enfoques de tratamiento psicológico que se utilizan en el tratamiento de la PD (Marel et al., 2022; Queensland Health, 2010; Subodh et al., 2018). Se han realizado de forma individual o en grupo (Subodh et al., 2018). Estos enfoques se han impartido principalmente de forma presencial, pero la prestación a través de e-salud o telesalud (teléfono, aplicaciones o videoconferencia) se ha extendido considerablemente en respuesta a la pandemia de COVID-19 (Marel et al., 2022). A continuación, se detallan los enfoques psicológicos más usados en PD (por orden alfabético de siglas, algunas de las cuales se mantienen en inglés por ser las usadas habitualmente) (Marel et al., 2022; Subodh et al., 2018).

4.1-Activación conductual (AC)

La AC es un enfoque basado completamente en estrategias conductuales (Marel et al., 2022). Busca mejorar el estado de ánimo y la resiliencia al permitir que la persona se centre en sus valores fundamentales y aumente su participación en actividades que se alinean con ellos, ya que se fundamenta en la idea de que los problemas en la vida de las personas vulnerables reducen su capacidad de experimentar recompensas positivas de su entorno, lo que provoca síntomas y comportamientos característicos de la depresión (Marel et al., 2022). Por tanto, la AC busca activar a los pacientes de maneras específicas que aumenten las experiencias gratificantes en sus vidas. También se centra en procesos que reducen la activación, como las

conductas de escape y evitación, incluido el consumo de sustancias (Marel et al., 2022).

Las técnicas de AC se utilizan a menudo en la terapia cognitivo conductual (TCC) para ayudar a los pacientes a mejorar su estado de ánimo al retomar conductas placenteras y gratificantes, ayudándoles a identificar actividades y objetivos gratificantes, barreras para participar en dichas actividades y soluciones para reducir la evitación (SAMHSA, 2020).

4.2-Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

La ACT (Hayes et al., 2006) aplica tanto *mindfulness* (MF)/aceptación como el compromiso y los procesos de cambio de conducta. Su objetivo es aumentar la flexibilidad psicológica: “la capacidad de conectar con el momento presente de forma más plena como ser humano consciente, y de cambiar o persistir en el comportamiento cuando hacerlo contribuye a fines valiosos” (Hayes et al., 2006). Aplica seis procesos fundamentales (aceptación, defusión cognitiva, presencia, autoconocimiento, valores y compromiso) para desarrollar flexibilidad psicológica. Esto es, la capacidad de permanecer en el momento presente; ser consciente de las experiencias, pensamientos, emociones y sensaciones; y comportarse conscientemente de maneras que se alineen con los valores elegidos.

La ACT también se centra en abordar la reticencia a sentir experiencias, pensamientos, emociones y sensaciones negativas, y en aceptar los pensamientos y sentimientos negativos en lugar de esforzarse por cambiarlos o erradicarlos. Estrategias como la defusión cognitiva ayudan a los pacientes a comprometerse y perseguir sus objetivos, animándolos a adoptar un enfoque más consciente y sin prejuicios hacia sí mismos y su entorno (Marel et al., 2022).

4.3-Entrevista motivacional (EM)

La EM (Miller y Rollnick, 1999) implica una conversación colaborativa sin prejuicios, que explora los efectos médicos, sociales, interpersonales o psiquiátricos específicos que el consumo de sustancias ha tenido en la vida de la persona. Los pacientes pueden resistirse a la idea de cambiar su consumo, pero también pueden resistirse a la idea de abordar su TM concurrente (Marel et al., 2022).

La EM puede utilizarse para aumentar la motivación de la persona en este sentido. Es un proceso de asesoramiento directivo y centrado en el paciente que asume la equidad en la relación entre el paciente y el terapeuta y enfatiza el derecho de la persona a definir sus problemas y elegir sus propias soluciones (Marel et al., 2022). En este sentido, se trata de un estilo de asesoramiento (en contraposición a un conjunto de técnicas) basado en la colaboración en lugar de la confrontación, la evocación en lugar de la educación y la autonomía en lugar de la autoridad, que busca aumentar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio. Las estrategias para el cambio han de incluir una relación de apoyo y empezar por objetivos alcanzables a corto plazo para construir confianza (Antai-Otong et al., 2016). Esto implica una conversación no confrontativa que busca la ambivalencia en las actitudes del paciente para que pueda usarse como estímulo para que piense en cambios adicionales y aprovechar las oportunidades disponibles para ayudarlo a avanzar hacia la decisión de realizar cambios que benefician su salud mental (Marel et al., 2022). Para tal fin, se usa un enfoque de aceptación que se focaliza en las fortalezas, deseos y preferencias del paciente y usa la empatía en vez de la autoridad (Antai-Otong et al., 2016).

Los procesos que hay que fomentar en la EM (SAMHSA, 2020) son:

1. **Involucrar:** Utilizar estrategias para establecer una buena relación y ayudar a construir una relación de confianza. Las técnicas incluyen hacer preguntas abiertas en lugar de cerradas, escuchar atentamente, resumir las afirmaciones del paciente y determinar su disposición al cambio.
2. **Enfocar:** Dirigir la conversación y el proceso mediante el establecimiento de una agenda y la identificación de un comportamiento objetivo de cambio.
3. **Evocar:** Ayudar a los pacientes a expresar sus motivaciones o razones para el cambio. El uso del diálogo de cambio (i.e., expresar el deseo de cambiar) es fundamental en este proceso y ayuda a reconocer cómo el consumo de sustancias y otros síntomas están afectando sus vidas. Ayudarles a reconocer y responder al diálogo sostenido (i.e., expresar el deseo de no cambiar), que genera ambivalencia y debe minimizarse. El uso de preguntas abiertas y la escucha activa facilitarán este proceso.
4. **Planificar:** Colaborar para desarrollar un plan de cambio, fundamental para poner en práctica las ideas y los motivos para el cambio. Trabajar para identificar un objetivo de cambio específico, explorar posibles estrategias que conduzcan al cambio, establecer pasos para lograrlo y resolver posibles obstáculos para alcanzar un cambio de comportamiento duradero.

En resumen, la EM estimula a la persona a realizar cambios en su vida, aumenta su autoestima y ayuda a comprometerse con la reducción del consumo de sustancias (Fantuzzi y Mezzina, 2020). Debe basarse en las fortalezas, preferencias, talentos, necesidades y

motivación de cambio de cada individuo y enfatizar que la responsabilidad del cambio recae directamente en la persona (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

Las intervenciones motivacionales se utilizan para tratar a los consumidores en todas las etapas del tratamiento (Pascual-Pastor et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018) y también se pueden aplicar para aumentar la motivación para el cambio respecto al TM (Marel et al., 2022). De hecho, se ha aplicado una modificación de la EM tradicional a personas con TMG y consumo concomitante de sustancias (Queensland Health, 2010) que se describe a continuación:

- Adoptar un enfoque integrado de diagnóstico dual que aborde más que el consumo de sustancias, en el que se identifican las razones para el uso de sustancias (p.ej., manejar síntomas del TM) y se trabajan en el tratamiento.
- Abordar una gama más amplia de comportamientos, incluyendo la adherencia al tratamiento y la medicación.
- El paciente puede estar en una etapa de cambio diferente para cada trastorno, lo que requeriría intervenciones diferentes para cada uno.
- Adaptarse al deterioro cognitivo (i.e., problemas de atención, concentración, memoria a corto plazo y de trabajo, organización y abstracción de información, y flexibilidad mental) y al pensamiento desordenado. Para ello se hace uso de la repetición, de materiales verbales y visuales simples y concretos, de descansos dentro de las sesiones y de sesiones de tratamiento estructuradas.
- Modificar micro habilidades: antes de empezar, presentar este nuevo estilo de trabajar a los pacientes, describiendo los principios de la EM.

- Simplificar las preguntas abiertas: hacer preguntas de forma clara y concisa, evitando formular preguntas compuestas (con dos preguntas distintas incluidas), que pueden resultar difíciles de entender para el paciente dual.
- Refinar las habilidades de escucha reflexiva: utilizar un lenguaje sencillo y conciso, reflexionar con frecuencia, usar metáforas y ejemplos, organizar de forma lógica las declaraciones y resúmenes del paciente, evitar centrarse excesivamente en declaraciones desesperanzadoras y eventos vitales negativos (al tiempo que se reconocen y evalúan los riesgos), dar suficiente tiempo para responder a las reflexiones.
- Aumentar el énfasis en la afirmación (reconocer sus cualidades personales y sus esfuerzos por promover el cambio).
- Utilizar retroalimentación personalizada sobre inquietudes relacionadas con el diagnóstico dual.
- Construir matrices de balance decisional apropiadas para personas con diagnóstico dual.
- Considerar otros problemas clínicos: capacidad de razonamiento verbal y lógico, habilidad para mantenerse en la realidad, habilidad para tomar decisiones informadas y atender y responder adecuadamente a sus necesidades básicas, necesidad de una evaluación de riesgos continua y de una intervención en crisis cuando sea necesario, así como disponer de un conocimiento por parte del terapeuta de medicamentos comunes y sus efectos secundarios.

4.4-Manejo de contingencias (MC)

El MC es un tratamiento conductual que se utiliza para facilitar el cambio de comportamiento en los pacientes, buscando mejorar los resultados de las personas que consumen sustancias al ofrecer

recompensas tangibles por un cambio en su comportamiento (Queensland Health, 2010). Esta gestión de contingencias puede utilizarse como parte de un enfoque terapéutico para personas con PD e implica recompensar o reforzar el comportamiento deseado en el paciente (Marel et al., 2022). Algunos ejemplos son la entrega de vales por resultados negativos en las muestras de orina, la asistencia al tratamiento o la adherencia a la medicación. Además, el refuerzo de las conductas prosociales debería fomentar una mayor participación en dichas conductas y podría contribuir al cambio de comportamiento a largo plazo y al éxito del tratamiento (Queensland Health, 2010). Los principios de la teoría del refuerzo sustentan esta modalidad de tratamiento y se intenta que el refuerzo positivo se generalice a las recompensas naturales (disponibles en el entorno del paciente) tras el cese de las recompensas artificiales (recompensa contingente) (Queensland Health, 2010).

4.5-Mindfulness (MF)

El MF es una técnica de meditación que anima a la persona a prestar atención al momento presente, sin juzgar, en lugar de permitir que la mente divague automáticamente, a menudo hacia pensamientos negativos (Marel et al., 2022). Es un tipo de meditación con origen en las enseñanzas budistas, que ha demostrado ser eficaz como intervención clínica para reducir el estrés y promover tanto la salud mental como el bienestar (Queensland Health, 2010). La práctica regular de MF permite a la persona desarrollar la capacidad de interrumpir los patrones de pensamiento automático y ser receptiva, abierta y curiosa ante esa experiencia (Marel et al., 2022). El MF puede ser especialmente útil para personas con TUS y TM concomitantes, ya que ayuda a desarrollar una mayor conciencia de los patrones de pensamiento automático, que a menudo mantienen el ciclo de salud mental y consumo de sustancias (Marel et al., 2022). En general, las

prácticas de MF implican centrarse deliberadamente en las sensaciones físicas asociadas con las actividades rutinarias que se realizan automáticamente (p.ej., caminar, comer y respirar) (Marel et al., 2022). La reducción del estrés basada en MF y la terapia cognitiva basada en MF son dos terapias grupales específicas que se fundamentan en técnicas de MF (Marel et al., 2022).

Las personas con diagnóstico dual suelen experimentar sintomatología de ansiedad y depresión, acompañadas de pensamientos automáticos negativos sobre el consumo de sustancias o los deseos de consumirlas (Queensland Health, 2010). Las técnicas de atención plena pueden alejar a la persona de estos pensamientos y sentimientos, animándola a centrarse en el momento presente (p.ej., caminar, comer y respirar) sin juzgar (Queensland Health, 2010). En este sentido, el MF se ha incorporado a la PR y se ha incluido en un programa grupal de ocho semanas de duración: PR Basada en la Atención Plena (Witkiewitz et al., 2005).

4.6-Psicoeducación (PE)

La PE o educación sobre la enfermedad se refiere a la provisión de información sobre trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias, utilizando métodos didácticos e interactivos para asegurar la comprensión del material relevante (Queensland Health, 2010). Es una parte importante de un plan de atención para PD, proporcionando a los usuarios y cuidadores información para que comprendan y puedan afrontar mejor los problemas de consumo de sustancias y de salud mental mediante el refuerzo de las fortalezas, los recursos y las habilidades de afrontamiento de la persona (Queensland Health, 2010). Se tratan temas psicoeducativos útiles como, por ejemplo, definir los TM y los TUS en términos familiares para el paciente, discutir los factores desencadenantes de la recaída, identificar medicamentos con y sin riesgo de generar adicción, MC,

así como discutir problemas y preocupaciones familiares (Antai-Otong et al., 2016). También es fundamental el entrenamiento en manejo del estrés; enseñar habilidades sociales y estrategias conductuales para limitar las interacciones estresantes; brindar información sobre cómo establecer y mantener habilidades interpersonales saludables y manejar de manera efectiva las actividades de la vida diaria; así como el trabajo para prevenir recaídas, dando pasos para anticipar situaciones estresantes y de alto riesgo, manejar disparadores y desarrollar habilidades de manejo del estrés y situaciones de riesgo (Antai-Otong et al., 2016). Las estrategias para llevar a cabo la PE se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Estrategias para llevar a cabo la psicoeducación.

ESTRATEGIAS PARA LLEVAR A CABO LA PSICOEDUCACIÓN
Presentación de información ajustada a la edad, cultura y etapa de desarrollo del paciente.
Revisión de folletos educativos sobre diferentes temas.
Formulación de preguntas para evaluar la comprensión del paciente de la información presentada.
Incitar a los pacientes a explorar cómo la información pertinente se relaciona con sus experiencias personales.
Adoptar el lenguaje del paciente para asegurar una buena comunicación y evitar malentendidos y conflictos.
Asignar tareas para leer o revisar materiales escritos sobre temas educativos (p.ej., folletos sobre trastornos o sustancias específicas).
Investigar para identificar lagunas en el conocimiento y el deseo de obtener información adicional.
Revisar temas tratados previamente mediante preguntas.
Usar materiales escritos adicionales a las instrucciones verbales.

Nota: Adaptado de Antai-Otong et al., 2016; Queensland Health, 2010.

4.7-Prevención de recaídas (PR)

La PR tiene como objetivo enseñar a los pacientes a reconocer el aumento del riesgo de recaída, reconocer los factores que aumentan su propio riesgo de recaída e intervenir en las primeras etapas de este proceso (Marel et al., 2022; SAMHSA, 2020). La terapia de PR anima a los pacientes a crear un estilo de vida equilibrado que les ayude a gestionar sus trastornos duales de forma más eficaz y a satisfacer las necesidades sin recurrir a sustancias para afrontar las exigencias y oportunidades de la vida (SAMHSA, 2020).

La PR comprende varios elementos clave (Queensland Health, 2010):

- Identificar y desarrollar estrategias para situaciones de alto riesgo.
- Control del *craving*.
- Habilidades para rechazar las drogas (i.e., entrenamiento en asertividad).
- Técnicas de distracción (i.e., cognitivas, conductuales, de relajación o sociales).
- Programación de actividades (i.e., introducción de actividades no relacionadas con las drogas).
- Manejo del estrés.
- Apoyo (i.e., apoyo social, pares, servicios de salud, organizaciones no gubernamentales y/o familiares/cuidadores).

Estos componentes se concretan en algunas estrategias del profesional que pueden ser útiles para ayudar a reducir el riesgo de recaída (Marel et al., 2022; SAMHSA, 2020):

- Los procedimientos de evaluación ayudan a los pacientes a apreciar la naturaleza de sus problemas de forma objetiva, a medir su motivación para el cambio y a identificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de recaída.
- Hablar y normalizar el tema de la recaída en la terapia: esto les ayuda a prepararse y autoevaluarse. Las técnicas de introspección y concienciación ayudan a los pacientes a ajustar sus creencias sobre el proceso de cambio de comportamiento (i.e., considerándolo como un proceso de aprendizaje).
- Reforzar el compromiso con el cambio: revisar periódicamente los costes y beneficios del cambio para fortalecerlo.
- Explorar con los pacientes las consecuencias positivas y negativas del consumo de sustancias (i.e., balance decisional, como en la EM).
- Explicar que los consumos son un revés temporal y que no necesariamente conducen a una recaída. Es probable que sentimientos de vergüenza, fracaso y culpa sigan a los consumos, lo cual puede ser perjudicial para la salud mental. Este patrón presenta el riesgo de una recaída completa. Para evitarlo, puede ser útil normalizar las recaídas puntuales y explorar los eventos que las provocaron y cómo podrían evitarse. En la PR, los profesionales sanitarios reconocen que las recaídas puntuales, como episodios únicos o breves retornos al consumo de sustancias, son un paso previsible para superar los TUS. Las recaídas no indican un fracaso ni la pérdida o retroceso de todo el progreso del tratamiento.
- Apoyar a los pacientes para que aprendan a identificar y afrontar los impulsos y *cravings* relacionados con las sustancias.

- Ayudar a los pacientes a reconocer situaciones de alto riesgo para volver a consumir sustancias. Identificar y planificar las situaciones de alto riesgo, incluyendo emociones, pensamientos, lugares, eventos y personas que puedan hacer al paciente vulnerable al estrés mental o al consumo de sustancias; planificar para anticipar estas situaciones, monitorear las señales de advertencia y los desencadenantes, y desarrollar estrategias de afrontamiento para lidiar con ellos. Todos los enfoques de PR incluyen anticipar los problemas que probablemente surjan al mantener el cambio, reconocerlos como situaciones de alto riesgo para la reanudación del consumo de sustancias y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias para afrontar dichas situaciones sin recaer. Es decir, para prevenir una recaída, los profesionales sanitarios y los pacientes deben comprender los tipos de desencadenantes y señales que la preceden.
- Enseñar habilidades para evitar situaciones de alto riesgo o afrontarlas eficazmente. Mediante técnicas de autocontrol, ayudar a los pacientes a identificar patrones emocionales, de pensamiento y de comportamiento relacionados con los TUS y los TM concurrentes. Las estrategias de afrontamiento enseñan a los pacientes estrategias conductuales y cognitivas para evitar las recaídas. Las estrategias cognitivas les ayudan a gestionar los impulsos y el *craving*, a identificar las señales tempranas de alerta de una recaída y a replantear las reacciones ante una recaída inicial.
- Animar a la persona a practicar y utilizar las estrategias que ha aprendido para el manejo de su condición de salud mental.
- Desarrollar un plan de emergencia para recaídas que permita controlar los daños y limitar la duración y la gravedad de las recaídas.

- Considerar los factores sociales y el apoyo: la recaída es más probable cuando los factores sociales son difíciles y los niveles de apoyo bajos. Apoyar al paciente para que introduzca cambios en su vida y desarrolle entornos saludables y protectores. Puede ser útil hablar sobre los apoyos con el paciente y planificar cualquier problema previsible (p.ej., vivienda, familia, relaciones, etc.). También puede ser útil proporcionarle información sobre servicios y organizaciones que pueden ayudarlo en estas situaciones.

Además de aprender técnicas para prevenir las recaídas en el consumo de sustancias, los pacientes con TM concurrentes pueden beneficiarse de aprender a reconocer el empeoramiento de los síntomas para controlarlos o buscar apoyo de un compañero o un grupo de ayuda mutua (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). Algunos profesionales sugieren que los pacientes lleven un registro de su estado de ánimo para ser más conscientes de cómo se sienten y de los factores situacionales que desencadenan sentimientos o síntomas negativos. Otras técnicas incluyen la gestión y regulación de las emociones, incluyendo cómo identificar, contener y expresar los sentimientos y emociones de forma adecuada. Además, se han desarrollado diversas intervenciones de PR para pacientes con ambos trastornos (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).

En resumen, todos los enfoques de PR tienen elementos comunes que resaltan la necesidad de que los pacientes sean capaces de (SAMHSA, 2020):

1. Contar con diversas estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales para manejar situaciones de alto riesgo y detectar señales de advertencia de recaída.
2. Realizar cambios en el estilo de vida que reduzcan la necesidad de consumir sustancias. Las modificaciones del

- estilo de vida (p.ej., meditación, ejercicio, etc.) fortalecen la capacidad general de afrontamiento.
3. Aumentar las actividades saludables.
 4. Estar preparado para interrumpir las recaídas puntuales y evitar que resulten en una recaída grave.
 5. Reanudar o continuar practicando las técnicas de PR, incluso cuando se produzca una recaída grave, renovando su compromiso con la abstinencia en lugar de renunciar al objetivo de vivir una vida sin consumo de sustancias.

La PR puede realizarse de forma individual o en grupos pequeños, y puede incluir prácticas o *rol playing* para ayudar a los pacientes a aprender a afrontar eficazmente situaciones de alto riesgo (SAMHSA, 2020).

En el caso de los pacientes con trastornos de conducta que requieren medicación para controlar los síntomas de TM disruptivos o desorganizadores, los terapeutas deben abordar las fallas en la adherencia al régimen de medicación (SAMHSA, 2020). Es decir, las adaptaciones de la terapia de PR para pacientes con PD requieren la consideración de todos sus síntomas y circunstancias (SAMHSA, 2020). La terapia de PR adaptada debe favorecer la adherencia al tratamiento (incluida la de la medicación, especialmente crucial para personas con trastornos psicóticos o bipolares), mejorar el funcionamiento social y ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades básicas (encontrar vivienda o conseguir un empleo estable). En este sentido, los aspectos de la terapia de PR más útiles para mejorar la recuperación de los trastornos duales (SAMHSA, 2020) incluyen:

- Fomentar la abstinencia.

- Promover la adherencia a la medicación. Enseñar habilidades para resistir la presión de suspender la medicación psicotrópica y cumplir con la pauta posológica prescrita.
- Fomentar hábitos asociados con la estabilidad mental, como una buena higiene del sueño.
- Brindar educación para la PR sobre TM y TUS y sus interrelaciones.
- Promover la recuperación enseñando estrategias para:
 - Evitar, reconocer y responder a situaciones de alto riesgo que puedan exacerbar los síntomas y problemas relacionados con el consumo de sustancias o el estado mental.
 - Utilizar habilidades de rechazo a sustancias.
- Abordar múltiples áreas del funcionamiento, incluyendo el funcionamiento interpersonal.
- Utilizar intervenciones centradas en la familia, especialmente para pacientes que han demostrado dificultades para adherirse al tratamiento o la medicación o que tienen problemas cognitivos o de introspección.
- Facilitar la participación en grupos de apoyo mutuo.
- Fomentar la asistencia a grupos de recuperación dual y enseñar las habilidades sociales necesarias para participar.
- Utilizar un inventario diario para supervisar los síntomas psiquiátricos y sus cambios.
- Si se produce una recaída, aprovecharla como una experiencia de aprendizaje para investigar los desencadenantes con el paciente. Replantear la recaída como una oportunidad para el autoconocimiento y un paso hacia el éxito final.

4.8-Terapia cognitivo conductual (TCC)

La TCC enfatiza la importancia del pensamiento en cómo nos sentimos y nos comportamos, buscando identificar y modificar los procesos de pensamiento y las conductas desadaptativas mediante la reestructuración cognitiva y técnicas conductuales para lograr el cambio (Marel et al., 2022). Las técnicas de TCC pueden utilizarse en el manejo y tratamiento de los TM y del consumo de sustancias, incluyendo la reestructuración cognitiva, la programación de eventos de placer y dominio, el establecimiento de metas y la resolución de problemas (Marel et al., 2022). Varias intervenciones diseñadas para trastornos concurrentes específicos, como la Búsqueda de seguridad (*Seeking safety*; Najavits et al., 1998), para el TEPT y el consumo de sustancias y la Terapia de Esquemas de Foco Dual (*Dual Focus Schema Therapy*; Young et al., 2003), para los TP y el consumo de alcohol y drogas se basan en parte en estas técnicas de TCC (Marel et al., 2022).

La TCC incluye varios componentes clave (Centre for Addiction and Mental Health, 2002):

- Garantizar la elección del paciente.
- Definición del problema.
- Análisis funcional de los síntomas.
- Identificación de distorsiones y esquemas cognitivos.
- Gestión emocional.
- Tratar el contexto del consumo de sustancias y otros síntomas psiquiátricos.
- Adaptarse a la etapa de la persona y su motivación para el cambio.
- Resolución práctica de problemas.
- Énfasis en la acción.
- Apoyo social.
- Resolver la ambivalencia ante el cambio.

- Identificar y gestionar las señales y estímulos que desencadenan el consumo y otros síntomas psiquiátricos.

El enfoque cognitivo conductual se utiliza para tratar a los pacientes en la etapa activa del tratamiento y en la PR (Pascual-Pastor et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018). Se ha utilizado para identificar pensamientos inútiles o irracionales sobre los efectos de las drogas o las expectativas de consumo y explorar la relación entre los sentimientos de la persona y el comportamiento de consumo de drogas, así como para el desarrollo de estrategias eficaces para gestionar las emociones negativas (Queensland Health, 2010).

4.9-Terapia dialéctica conductual (TDC)

La TDC (Linehan y Dexter-Mazza, 2008) es un enfoque estructurado en varias etapas y objetivos para el manejo del TLP desarrollado mediante modificaciones significativas de la TCC estándar, incluyendo la introducción de validación y dialéctica. El tratamiento se centra cronológicamente en las conductas que podrían poner en riesgo la vida del paciente, provocar la interrupción prematura de la terapia, las conductas que afectan la calidad de vida y, finalmente, en el desarrollo de habilidades alternativas de afrontamiento (Queensland Health, 2010). En la TDC, las habilidades de tratamiento se adquieren, fortalecen y generalizan mediante la combinación de grupos de habilidades, acompañamiento telefónico, terapia presencial y tareas para hacer en casa (Linehan y Dexter-Mazza, 2008).

La TDC combina estrategias de cambio de comportamiento de la TCC y estrategias de aceptación de la filosofía zen en un enfoque que se centra en la validación del paciente y el cambio de comportamiento (Marel et al., 2022). Se ha convertido en el tratamiento basado en la evidencia de referencia tanto para el TLP como para la conducta suicida. Los principios fundamentales que

sustentan la TDC son aumentar la interrelación, sintetizar la aceptación y el cambio, y enseñar habilidades de afrontamiento para enfrentar el cambio. Las estrategias para abordar los cambios de comportamiento consisten en análisis conductuales, entrenamiento de habilidades, gestión de contingencias, reestructuración cognitiva y estrategias basadas en la exposición para reducir la evitación. Las estrategias de aceptación incluyen el MF y la validación. Una sólida alianza terapéutica y la mejora de las habilidades de regulación emocional parecen ser particularmente importantes para obtener resultados positivos del tratamiento (Marel et al., 2022).

4.10-Terapia de exposición (TE)

La TE implica la confrontación repetida, prolongada y sistemática con ciertos objetos o situaciones que desencadenan respuestas de ansiedad o miedo, y aprender a tolerar la ansiedad asociada con estos desencadenantes sin adoptar conductas de evitación o seguridad (es decir, conductas que reducen la ansiedad en el momento, pero la refuerzan y mantienen posteriormente) (Marel et al., 2022). Los desencadenantes que inducen ansiedad pueden ser objetos, situaciones, aspectos cognitivos o fisiológicos. La TE puede ser en vivo, en imaginación o evocada. En los casos en que la terapia en vivo no es posible o factible, ya sea por falta de acceso a las situaciones asociadas con la ansiedad o por preocupaciones de seguridad, se puede utilizar la exposición mediante realidad virtual.

Existen diferentes tipos de TE que se han adaptado para el tratamiento de trastornos específicos, como la TE con prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la exposición prolongada (EP; Foa et al., 2007) para el TEPT (Marel et al., 2022).

Los elementos comunes de las TE incluyen la PE, la creación de una jerarquía de estímulos o miedos (i.e., la clasificación de los estímulos que provocan ansiedad en función de la cantidad de ansiedad generada) y el uso de esta jerarquía para guiar la intensidad del tratamiento y la exposición (Marel et al., 2022).

4.11-Terapia familiar (TF) o basada en la familia

Las familias y/o cuidadores desempeñan un papel importante en la vida de las personas con PD. Pueden contribuir a la recuperación del consumo de sustancias y de los problemas de salud mental o, en algunos casos, pueden contribuir o mantener, inadvertidamente, el consumo de sustancias o los problemas de salud mental de su familiar (Queensland Health, 2010). Con frecuencia, los pacientes con trastornos duales suelen tener relaciones insatisfactorias con sus familias y/o algunos dependen de ellas durante un período prolongado, lo que crea dinámicas familiares complejas (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). En este sentido, algunos pacientes pueden distanciarse o tener relaciones tensas con familiares, parejas o hijos.

Por ello, los grupos de familiares pueden ser un espacio de educación y apoyo, ya que la PE combina información fundamental, orientación y apoyo, y permite una participación discreta, así como oportunidades de evaluación continua (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). Los familiares y las personas significativas deben comprender las implicaciones de ambos trastornos y cómo un trastorno, si no se controla y trata adecuadamente, puede empeorar los síntomas del otro (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). En la tabla 3 se pueden ver ejemplos de intervenciones esenciales para las familias.

Tabla 3. Intervenciones esenciales para las familias.

INTERVENCIONES ESENCIALES PARA LAS FAMILIAS
Involucrar a los familiares como un socio valioso durante todo el proceso de atención.
Proporcionar información relevante, basada en la evidencia y sin tecnicismos sobre TM, consumo de sustancias y las interacciones entre ambos.
Proporcionar apoyo para ayudar a las familias a trabajar con los servicios.
Satisfacer las necesidades del paciente y su familia.
Proporcionar intervenciones de resolución de problemas para resolver conflictos y situaciones difíciles.
Reconocer que el comportamiento del paciente puede haber afectado la relación familiar y su percepción del rol que desempeña dentro de la familia.
Investigar para identificar lagunas en el conocimiento y el deseo de obtener información adicional.
Revisar temas tratados previamente mediante preguntas.
Usar materiales escritos adicionales a las instrucciones verbales.

Nota: Adaptado de Gordon, 2008; Queensland Health, 2010.

En ocasiones, una intervención familiar más intensiva puede requerir que los pacientes abandonen relaciones familiares estresantes para ayudarles a alcanzar su independencia (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). Además, algunas familias pueden necesitar TF intensiva y deberán ser derivadas para recibir la atención adecuada.

Cuando la familia de un paciente no brinda apoyo, se pueden buscar otras redes de mayor apoyo. En este sentido, desarrollar redes de apoyo entre iguales para reemplazar a los amigos que consumen sustancias es un componente importante de la recuperación y debe

abordarse durante el tratamiento (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).

La participación de las familias en la evaluación, la planificación y la prestación de la atención a los pacientes con diagnóstico dual es crucial para su participación y apoyo, y en última instancia, para el resultado final del paciente con PD. Los terapeutas deben fomentar activamente la participación de las familias en el proceso de recuperación siempre que sea posible, garantizando que las familias reciban apoyo y se les proporcione material educativo, información sobre grupos de apoyo locales y derivación a programas y TF, tanto dentro como fuera del servicio (Queensland Health, 2010).

4.12-Terapia de grupo (TG)

Todas las terapias descritas en este apartado pueden ser administradas en formato grupal. Además, hay intervenciones diseñadas específicamente para ser administradas en formato grupal.

El tratamiento grupal se utiliza de forma amplia y resulta eficaz en pacientes con trastornos concurrentes, incluyendo pacientes con esquizofrenia. Se pueden utilizar diversos enfoques: psicoeducacional, de manejo de la medicación, basado en los 12 pasos, educativo, de apoyo y de mejora de las habilidades sociales (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).

Los grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos, *SMART Recovery* y otros, ayudan a las personas a colaborar para mantener la abstinencia del consumo de sustancias mediante la provisión de apoyo emocional que facilite el mantenimiento del cambio en su comportamiento de consumo (Marel et al., 2022; Queensland Health, 2010). La derivación clínica

de pacientes con diagnóstico dual a este tipo de grupos es común (Tonigan et al., 2018).

Los grupos de autoayuda incluyen programas de recuperación que incorporan doce principios basados en la premisa de que la dependencia de sustancias es una enfermedad espiritual y médica (Queensland Health, 2010). Los doce pasos que sustentan estos programas incorporan prácticas espirituales tradicionales, aunque las reuniones están diseñadas para respetar todas las tradiciones religiosas y no promueven ninguna teología o sistema de creencias en particular. Suelen ser facilitados por personas con alcoholismo u otra drogadicción en recuperación, aunque algunos pueden ser facilitados por profesionales de la salud. Los miembros del grupo se apoyan mutuamente para mantener la sobriedad mediante sesiones grupales y apoyo individual (Queensland Health, 2010).

Los grupos para pacientes con PD son una opción específica para personas con TM y TUS concurrentes (Marel et al., 2022). Dado que todos los asistentes padecen un trastorno psiquiátrico comórbido, es menos probable que sean objeto de malentendidos y mensajes contradictorios sobre sus síntomas psiquiátricos o el uso de psicofármacos, algo que a veces ocurre en los grupos tradicionales de los 12 pasos (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).

Es importante destacar que AA y otros grupos de 12 pasos reconocen que no todos los problemas pueden abordarse en un contexto grupal proporcionado por pares, así que estos grupos recomiendan que las personas busquen también ayuda profesional (Queensland Health, 2010).

Algunas sugerencias para trabajar con grupos de pacientes con PD (Center for Substance Abuse Treatment, 2006) son:

1. Comunicarse oralmente de manera breve, sencilla, concreta y repetitiva.
2. Afirmar los logros en lugar de usar la desaprobación o las sanciones.
3. Abordar el comportamiento negativo rápidamente de manera positiva.
4. Ser sensible y receptivo a las necesidades del paciente.
5. Acortar las sesiones.
6. Organizar grupos más pequeños.
7. Utilizar técnicas directivas más focalizadas, pero suaves.

4.13-Terapia Interpersonal (TI)

La TI (Klerman et al., 1984) es una psicoterapia breve, altamente estructurada y manualizada que, originalmente, se centraba en mejorar los problemas interpersonales en la depresión, buscando facilitar la recuperación mediante la creación de una red social de apoyo (Queensland Health, 2010). Este enfoque inicial que se dirigía a intervenir los síntomas depresivos se ha reorientado hacia la reducción o el cese del consumo de drogas y los problemas interpersonales comunes en las personas que consumen sustancias, incluyendo los entornos sociales en los que se abusa de sustancias como un factor que mantiene el consumo continuado (Queensland Health, 2010).

4.14-Otras terapias

La Terapia Personal es una intervención individual que combina PE, terapia de apoyo, entrenamiento en afrontamiento de estrés emocional, TCC, habilidades de comunicación, resolución de

problemas y terapia ocupacional (Pascual-Pastor et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018).

Las terapias más recientes incluyen enfoques basados en la atención plena/MF para la reducción del estrés y técnicas de relajación (Subodh et al., 2018).

4.15-Terapias multicomponente

Más que aplicar terapias aisladas, en PD se recomienda una combinación de principios de la TCC (i.e., habilidades de autorregulación y reestructuración cognitiva) junto con EM y MF como soporte adicional para desarrollar habilidades de autorregulación, conciencia plena, flexibilidad y reevaluación cognitiva (Chetty et al., 2023). Así, los tratamientos psicológicos descritos forman parte de las terapias llamadas “multicomponente”. Esto quiere decir que las terapias están conformadas de varios componentes activos que, juntos, tratan de abordar todos los aspectos posibles de la intervención. Sin embargo, esto supone una limitación importante, ya que es imposible saber a qué componentes se debe la eficacia mostrada (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017).

5-Evidencias sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en la PD

El número limitado de publicaciones con ensayos controlados aleatorizados sobre los beneficios de las intervenciones psicológicas para los trastornos comórbidos tiene un impacto sobre la disponibilidad de apoyo basado en la evidencia para diversas opciones de tratamiento (Queensland Health, 2010). La escasez de evidencias empíricas se debe en parte a que las personas con TUS suelen ser excluidas de los ensayos clínicos de psicoterapias y farmacoterapias para TM (Marel et al., 2022).

La evidencia para el tratamiento psicológico de la comorbilidad entre un TUS y otro TM es mucho más limitada que la de ambos trastornos por separado (San et al., 2020). Esto ocurre por la gran diversidad que presentan los estudios publicados respecto a los perfiles de los participantes, la sustancia concreta que consumen (que, además, muchas veces no se especifica), el tipo de intervención psicológica realizada o los resultados del abordaje que se consideran (San et al., 2020). Así, las principales diferencias en los estudios son las medidas de resultado, las características de la muestra, el tipo de TM y las sustancias consumidas, los entornos, los niveles de adherencia a las pautas de tratamiento y las definiciones de atención estándar (Subodh et al., 2018). Todo esto dificulta la posibilidad de comparar los resultados obtenidos por los distintos estudios y establecer unas conclusiones (San et al., 2020).

La abundancia de terapias multicomponente, la falta de especificación de las características clínicas de los participantes durante la intervención, la elevada tasa de abandono o la falta de control experimental de algunos estudios comprometen la posibilidad

de considerar las actuales pautas de intervención recomendadas como tratamientos bien establecidos (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017). Además, las intervenciones psicológicas se analizan en estudios más modestos y con mayores limitaciones metodológicas que las farmacológicas, careciendo en muchas ocasiones de grupo control y contando con muestras reducidas y altas tasas de abandono (Scott y Gorey, 2025). Por ello, los metaanálisis publicados, hasta el momento actual, concluyen que no existen evidencias suficientes para apoyar la eficacia de un tipo de intervención psicosocial sobre otra, o sobre el tratamiento estándar (Subodh et al., 2018).

No obstante, sí parece que las intervenciones breves son beneficiosas y deben ofrecerse siempre que sea posible (Queensland Health, 2010). Las más usadas son una combinación de proporcionar información impresa, sesiones breves de asesoramiento/consejo, EM, asesoramiento también breve, cuestionarios y autoevaluaciones, manuales de autoayuda, así como programas para el control del consumo y vídeos. Algunas intervenciones se han diseñado para el tratamiento de trastornos concurrentes específicos; sin embargo, por lo general, no han sido investigadas en profundidad (Marel et al., 2022).

La falta de evidencia empírica es todavía mayor en determinadas áreas. Por ejemplo, los estudios específicos sobre trastorno por uso de cannabis dual son relativamente escasos (y centrados principalmente en la esquizofrenia), presentan metodología muy diversa, muestras heterogéneas y a menudo limitadas, por lo que las conclusiones son aún inconsistentes (Arias et al., 2017b). A pesar de ello, en el trastorno por uso de cannabis dual, la TCC parece ser el tratamiento más indicado, aunque sin evidencias de grandes mejoras con respecto a la PE (Pereiro y Fernández, 2018). A diferencia de lo que ocurre al compararla con sesiones únicas de EM, con la que sí se

observan mejoras significativas. No obstante, los resultados de la TCC parecen menos prometedores que en la población general, según los hallazgos obtenidos. Sin embargo, estos resultados han de ser interpretados con cautela, dado que pueden ser consecuencia de la limitación de estudios, pero también de los propios diseños de investigación utilizados (Pereiro y Fernández, 2018).

En resumen, la eficacia de las intervenciones psicológicas (i.e., TCC, terapia de mejora motivacional, MC, aproximación de refuerzo comunitario para adolescentes y terapias de enfoque familiar para adolescentes) en esta población, que presenta comorbilidades psiquiátricas adicionales al consumo de cannabis, es insuficiente y los resultados disponibles no ofrecen conclusiones claras que apoyen con evidencia unas intervenciones frente a otras (Pereiro y Fernández, 2018).

Otro ejemplo muy significativo es el caso de las adicciones comportamentales duales, donde no existen todavía tratamientos basados en evidencia empírica disponibles (Ferré et al., 2016). Muy pocos estudios han abordado la eficacia de intervenciones en personas que padecen trastorno por juego con condiciones comórbidas (Pereiro y Fernández, 2018). En general, la evidencia preliminar apunta a una falta de influencia de la sintomatología comórbida en el tratamiento de esta adicción comportamental, recomendando su tratamiento habitual (TCC y EM) en pacientes con TUS, trastornos afectivos, de ansiedad, TDAH, trastornos del control de los impulsos, esquizofrenia, trastornos de conducta alimentaria o TP (Pereiro y Fernández, 2018).

Si en los adultos los estudios son limitados, todavía lo son más en el caso de los niños y adolescentes con PD (Goti et al., 2016). No parecen existir grandes diferencias entre los tratamientos para adolescentes o jóvenes y adultos, aunque en el caso de los primeros

es esencial una gestión de casos que tenga en cuenta la edad y la cultura, factores que favorecerán una mayor alianza terapéutica (Deady et al., 2014). Así mismo, para mejorar los resultados, los jóvenes deben tener acceso a una amplia oferta de opciones de tratamiento y poder disponer de una mayor intensidad del tratamiento, si así lo requieren (Suárez et al., 2012), siendo crucial el énfasis en la prevención secundaria y la intervención temprana para niños y adolescentes en riesgo (Dom y Moggi, 2015).

Teniendo en cuenta estas limitaciones, pasamos a describir las evidencias y recomendaciones para cada una de las terapias psicológicas más usadas en PD. El resumen de estas recomendaciones puede verse en la tabla 4.

5.1-Activación conductual (AC)

No se han encontrado evidencias sobre su uso en PD en general, pero puede ser útil en depresión dual (Marel et al., 2022) y como parte de la terapia de PR.

5.2-Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

Aunque la evidencia sobre la ACT en personas con PD es limitada, se ha demostrado que mejora la abstinencia en personas con trastornos afectivos concurrentes y consumo de alcohol (Marel et al., 2022)

La ACT es eficaz para el abordaje de los pacientes que presentan problemas con el consumo de sustancias y TEPT (nivel de evidencia 3; Becoña et al., 2008). Además, se ha adaptado con éxito a intervenciones digitales de e-salud (Marel et al., 2022).

5.3-Entrevista motivacional (EM)

La EM es la intervención psicológica más fuertemente apoyada por la evidencia en el tratamiento de la PD (Queensland Health, 2010), mostrando ser efectiva en pacientes con PD (Antai-Otong et al., 2016).

Se ha demostrado que la EM es eficaz para mejorar el cambio de comportamiento, la participación en el tratamiento, la asistencia a las sesiones y la retención, así como para aumentar la motivación y la confianza en personas con problemas mentales o de abuso de sustancias, incluidas las comorbilidades (SAMHSA, 2020). Las terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas (como las intervenciones motivacionales), facilitan la disminución del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos, particularmente en poblaciones especialmente vulnerables como personas sin hogar y usuarios activos de sustancias por vía parenteral sin intención de abandonar el consumo (grado de recomendación B; Becoña et al., 2008; Pereiro y Fernández, 2018). Además, las estrategias motivacionales son importantes para aumentar la adherencia al tratamiento, incluido el farmacológico (Roncero et al., 2016a).

La EM ha mostrado mejores resultados comparados con PE (Pascual-Pastor et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018). Así mismo, existe evidencia considerable que respalda el uso de la EM para el tratamiento de los TM y los trastornos por consumo de alcohol (Marel et al., 2022).

Aunque con algunas inconsistencias, los resultados muestran que, para TMG y TUS, la EM tiene la evidencia de mayor calidad para reducir el uso de sustancias en el corto plazo (Cleary et al., 2009). Así, las estrategias motivacionales pueden ser útiles para las personas con TMG, pero es necesaria más investigación (SAMHSA, 2020). Sucede

lo mismo con los resultados del uso de la EM en pacientes con PD, las evidencias existentes hasta el momento parecen prometedoras, pero se requiere mayor número de estudios controlados (SAMHSA, 2020). Entre los aspectos que es necesario dilucidar en el futuro pueden mencionarse:

- Evaluar la percepción de los pacientes sobre sus problemas.
- Explorar la comprensión de los pacientes sobre sus trastornos.
- Examinar el deseo de los pacientes para continuar el tratamiento.
- Asegurar la asistencia de los pacientes a las sesiones iniciales.
- Aumentar la disposición de los pacientes a asumir la responsabilidad del cambio.

5.4-Manejo de contingencias (MC)

A pesar de que el MC resulta prometedor (Queensland Health, 2010), existen todavía escasos estudios que lo evalúen (Cleary et al., 2009). Mientras que la gestión de contingencias cuenta con un amplio respaldo de investigación en Estados Unidos, la evidencia es relativamente limitada en otros entornos y contextos socioculturales (Queensland Health, 2010). Teniendo en cuenta esta cuestión, programas de contingencias como el BTSAS (*Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness*; Bellack et al., 2006) han demostrado su utilidad (Pascual-Pastor et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018).

Aunque las intervenciones de MC tienden a estar estrechamente focalizadas en el uso de sustancias, los resultados parecen poder generalizarse a otros resultados (Drake et al., 2008). El hecho de que las mejoras del MC probablemente no estén

relacionadas con la motivación y otros factores cognitivos puede ser una ventaja para los pacientes con PD (Drake et al., 2008).

Además, este enfoque se ha relacionado con mejoras en la retención del tratamiento, adherencia y asistencia a las sesiones programadas, así como en el consumo (Queensland Health, 2010). Investigaciones recientes han explorado la aplicabilidad de los enfoques de gestión de contingencias, demostrando resultados positivos para personas con diagnóstico dual. También se están promoviendo enfoques de MC para el tratamiento de personas con TMG con el fin de abordar cambios de comportamiento en diversas áreas, como la adherencia a la medicación, el compromiso con el tratamiento y la participación en programas de reinserción laboral (Queensland Health, 2010). Los estudios también han mostrado que el MC es eficaz para reducir el consumo de sustancias y los síntomas psiquiátricos en personas que consumen estimulantes y padecen TMG (Marel et al., 2022). Así, para los TUS y los TMG, el MC muestra efectos positivos consistentes, especialmente en el primer caso, aunque los estudios están limitados por la heterogeneidad de las intervenciones, participantes, métodos, resultados y medidas (Drake et al., 2008).

5.5-Mindfulness (MF)

Otras intervenciones que cada vez más están aportando resultados positivos y mayor número de evidencias son las basadas en la atención plena, especialmente para el manejo del estrés y la promoción del bienestar, lo que es relevante para los problemas de alcoholismo y otras drogas, así como para los TM concurrentes (Queensland Health, 2010).

5.6-Psicoeducación (PE)

La PE del paciente y de la familia son estrategias beneficiosas para aumentar la adherencia al tratamiento, incluido el farmacológico (Roncero et al., 2016a). Cabe destacar que el uso de materiales escritos, tanto en las sesiones individuales como grupales, es más efectivo que las instrucciones verbales en solitario (Antai-Otong et al., 2016).

5.7-Prevención de recaídas (PR)

La investigación apoya la terapia de PR para mejorar los resultados del consumo de sustancias en personas con PD (SAMHSA, 2020) y más concretamente para reducir la gravedad de los síntomas del TEPT, así como la cantidad, frecuencia y gravedad del consumo (Marel et al., 2022).

5.8-Terapia cognitivo conductual (TCC)

La TCC es la estrategia que dispone de mayor respaldo en la literatura científica (Antai-Otong et al., 2016), especialmente para personas con trastornos de alta prevalencia, demostrando su eficacia en el tratamiento de la PD (Queensland Health, 2010). Las evidencias existentes avalan que la TCC (sola o junto con el tratamiento farmacológico) es eficaz en el tratamiento de personas que presentan un trastorno depresivo comórbido al consumo de sustancias, aunque parece que al finalizar el tratamiento los resultados serían menores (nivel de evidencia 2; Becoña et al., 2008). También en el TEPT con consumo de sustancias la TCC es eficaz (nivel de evidencia 3; Becoña et al., 2008).

Otra de las áreas en las que la TCC ha mostrado su eficacia, especialmente a corto plazo, es en la reducción de los consumos, en los síntomas a nivel psicopatológico y en la mejora de las relaciones familiares en el tratamiento de pacientes adolescentes (nivel de evidencia 2; Becoña et al., 2008). Así mismo, también es eficaz en adolescentes con problemas de consumo de alcohol y tendencia al suicidio (nivel de evidencia 2; Becoña et al., 2008).

La Mejora Cognitiva es un tratamiento prometedor para el trastorno por consumo de estimulantes dual, aunque todavía es necesaria más investigación al respecto (Sofuoglu et al., 2016). De sus componentes, la TCC y la rehabilitación cognitiva mejorarían el control ejecutivo, mientras que la modificación del sesgo cognitivo se centraría en los deterioros asociados con los procesos automáticos (Sofuoglu et al., 2016).

Sin embargo, para los TMG y los TUS, la TCC como tratamiento único muestra resultados limitados (Cleary et al., 2009). En un reciente metaanálisis, Magill et al. (2025) encontraron que la TCC integrada mostraba mayores beneficios que el tratamiento habitual y los comparadores de control con respecto al consumo de sustancias, pero no respecto a los resultados psicosociales, sugiriendo eficacia modesta.

5.9-Terapia dialéctica conductual (TDC)

La TDC es eficaz en el tratamiento de personas que tienen problemas con el consumo de sustancias y TLP (nivel evidencia 3; Becoña et al., 2008). En este sentido, se ha demostrado que la TDC es eficaz tanto en el tratamiento de los TP, incluidos los que coexisten con el consumo de alcohol y otras drogas, como en el de los TUS, incluidos los que coexisten con TP. Además, existen nuevas investigaciones que respaldan su uso para los trastornos de la conducta alimentaria que

coexisten con TUS (Marel et al., 2022). Para pacientes con PD, cabe mencionar que la TDC se ha mostrado igual de efectiva administrada cara a cara que a través de videoconferencia (Bean et al., 2022).

5.10-Terapia de exposición (TE)

La TE puede utilizarse para tratar con éxito los trastornos de ansiedad y el TEPT (incluidos los que coexisten con el consumo de alcohol y otras drogas) (Marel et al., 2022).

La TE también se ha utilizado con éxito para reducir las recaídas y los *cravings* en personas con dependencia del alcohol, cannabis, metanfetaminas y opiáceos. Sin embargo, en ocasiones, estas evidencias resultan contradictorias y, a menudo, están limitadas por factores metodológicos (Marel et al., 2022).

5.11-Terapia familiar (TF) o basada en la familia

Los beneficios de las intervenciones basadas en la familia incluyen el fortalecimiento de las relaciones, la capacidad de expresar los sentimientos y pensamientos en un entorno seguro y el aprendizaje sobre cómo apoyar a los pacientes durante momentos estresantes al tiempo que se refuerzan las conductas de afrontamiento adaptativas (Antai-Otong et al., 2016).

En definitiva, cada vez existen más evidencias de la eficacia de las intervenciones familiares como parte del tratamiento del diagnóstico dual (Queensland Health, 2010).

5.12-Terapia de grupo (TG)

Las intervenciones grupales han demostrado su eficacia en el aumento de la participación en el tratamiento y las tasas de

abstinencia, así como en la reducción de la necesidad de hospitalización (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).

En muchos casos, los pacientes que asisten a AA presentan tasas más altas de abstinencia de alcohol en relación con los que no asisten (Tonigan et al., 2018). Aunque la investigación sobre los grupos tradicionales de 12 pasos no es definitiva, la asistencia a estos grupos puede ser beneficiosa para algunos pacientes con trastornos duales (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los pacientes con TMG pueden tener dificultades para asistir a estos grupos (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).

Para los TMG y los TUS, el asesoramiento grupal muestra efectos positivos consistentes, especialmente en el TUS, aunque los estudios están limitados por la heterogeneidad de las intervenciones, los participantes, los métodos, los resultados y las medidas (Drake et al., 2008). Los efectos del asesoramiento grupal son consistentes en varios tipos de grupos, sugiriendo un efecto no específico basado en elementos comunes como educación, entrenamiento en habilidades y apoyo mutuo (Drake et al., 2008). Sin embargo, el tratamiento grupal podría necesitar ser modificado y complementado con sesiones individuales de terapia para pacientes duales (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). Es importante tener en cuenta que la capacidad de los pacientes para participar en la terapia depende de su nivel de funcionamiento, la estabilidad de sus síntomas, la respuesta a la medicación y su estado mental. Algunos pacientes no tolerarán la intensidad emocional de las interacciones interpersonales en las sesiones grupales o, incluso, podrían tener dificultades para concentrarse en los contenidos trabajados en las sesiones o en participar activamente (Center for Substance Abuse Treatment, 2006). En este sentido, muchos pacientes con TMG (esquizofrenia,

personalidad esquizoide y paranoide) suelen tener dificultades para intervenir en los grupos, pero pueden incorporarse gradualmente a un entorno grupal a su propio ritmo. En cambio, los pacientes con trastornos psiquiátricos menos graves tendrán pocos problemas para participar en sesiones grupales (Center for Substance Abuse Treatment, 2006).

5.13-Terapia interpersonal (TI)

La TI se ha adoptado para pacientes con dependencia a la cocaína y/o a los opioides, aunque existe evidencia limitada de su uso en personas con PD (Queensland Health, 2010).

5.14-Terapias multicomponente

La combinación de la EM con la TCC se asocia a reducciones en el consumo de sustancias y a una mejoría del estado mental (Cleary et al., 2009). Aunque ningún tratamiento como alternativa única ha mostrado ser superior, la TCC combinada con EM se considera la intervención más exitosa (Torrens et al., 2012). Algunos estudios sobre TCC apoyan su efectividad en la reducción de la sintomatología psiquiátrica en pacientes con adicciones, además de mostrar mejores resultados si se combinan con EM que, a su vez, ha mostrado que los pacientes presentan reducciones en el consumo, así como aumento en la adherencia al tratamiento (Pascual-Pastor et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018).

También se recomienda una combinación de principios de la TCC (estrategias de regulación emocional y reestructuración cognitiva), EM y MF para ayudar a desarrollar habilidades de autorregulación, conciencia plena, flexibilidad y reevaluación cognitiva (Chetty et al., 2023).

Las estrategias motivacionales y la PE del paciente y de la familia son eficaces para aumentar la adherencia al tratamiento, incluido el farmacológico (Roncero et al., 2016a). No obstante, de nuevo aquí cabe destacar que los estudios están limitados por la heterogeneidad de las intervenciones, los participantes, los métodos, los resultados y las medidas (Drake et al., 2008).

Por otra parte, las intervenciones psicosociales y motivacionales han demostrado ser eficaces para mejorar el funcionamiento emocional del paciente y prevenir recaídas, aumentando así la adherencia a largo plazo al plan de recuperación (Antai-Otong et al., 2016; Szerman et al., 2019; Torrens et al., 2012). Sin embargo, es importante destacar que los mejores resultados se consiguen combinando EM, refuerzo positivo, desarrollo de habilidades sociales y TG, siempre en el contexto de un enfoque proactivo y con intervenciones adaptadas a cada etapa (Fantuzzi y Mezzina, 2020). En esta misma línea, el refuerzo motivacional, las estrategias sencillas basadas en la TCC, la relajación y las técnicas de anclaje/enraizamiento (*grounding*) pueden ser útiles para controlar el consumo de alcohol y otras drogas, así como distintos TM (Marel et al., 2022). También la combinación de EM, TCC e intervenciones familiares ha demostrado mejorar la evolución de pacientes con TMG y TUS (Pascual-Pastor et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018).

Menor evidencia, aunque significativa, existe en relación con el beneficio de la continuidad de cuidados, mejorando el compromiso, la satisfacción y la participación del paciente en la terapia, mejorando también la calidad de vida y el funcionamiento comunitario (McCallum et al., 2015).

Un aspecto a destacar es el buen resultado que están teniendo los programas de intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial. En este campo, se están implementando

programas de tratamiento integrados para personas sin hogar con trastornos duales, con su propia combinación de componentes: reducción escalonada, intervenciones motivacionales, PE y grupos de PR (Pereiro y Fernández, 2018).

Tabla 4. Resumen de evidencias sobre la efectividad de las diferentes terapias psicológicas usadas en el tratamiento de la patología dual.

TERAPIA	EVIDENCIA EN PATOLOGÍA DUAL	EVIDENCIA EN TRASTORNOS Y USOS ESPECÍFICOS
Activación conductual	No hay evidencias.	Depresión dual. Prevención de recaídas.
Terapia de aceptación y compromiso	Evidencia limitada.	Mejora abstinencia en trastornos afectivos y consumo de alcohol. Trastorno estrés postraumático dual (NE 3). Intervenciones de salud digital.
Entrevista motivacional	Efectiva, la más apoyada por la evidencia. Mejora motivación, adherencia y síntomas psicopatológicos. Disminuye consumo. Mejores resultados que psicoeducación.	Consumo de alcohol dual. Trastorno mental grave dual. Poblaciones con carencias extremas (sin hogar, inyectores activos) (GR B).
Manejo de contingencias	Prometedor. BTSAS ha mostrado utilidad.	Trastorno mental grave dual. Trastorno mental grave y consumo de estimulantes.
Mindfulness	Prometedor para el manejo del estrés y la promoción del bienestar.	Prevención de recaídas.
Psico educación	Útil. Aumenta adherencia.	

TERAPIA	EVIDENCIA EN PATOLOGÍA DUAL	EVIDENCIA EN TRASTORNOS Y USOS ESPECÍFICOS
Prevención de recaídas	Efectiva.	Trastorno estrés posttraumático dual.
Terapia cognitivo-conductual	Efectiva. Amplio respaldo, especialmente en trastornos de alta prevalencia. Tratamiento activo y prevención de recaídas.	Trastorno depresivo dual (NE 2). Trastorno estrés posttraumático dual (NE 3). En adolescentes reduce consumo y mejora relaciones familiares (NE 2). Adolescentes con consumo de alcohol y tendencia al suicidio (NE 2).
Terapia dialéctica conductual	Hay poca evidencia.	Trastornos de personalidad duales, particularmente trastorno límite de la personalidad dual (NE 3). Trastornos de la conducta alimentaria duales.
Terapia de exposición	Probablemente eficaz en recaídas y <i>cravings</i> de alcohol, cannabis, metanfetaminas y opiáceos.	Trastornos de ansiedad duales. Trastorno estrés posttraumático dual.
Terapia familiar	Probablemente eficaz.	
Terapia de grupo	Efectiva.	Trastorno por uso de alcohol dual. Trastorno mental grave dual.
Terapia interpersonal	Evidencia limitada.	

TERAPIA	EVIDENCIA EN PATOLOGÍA DUAL	EVIDENCIA EN TRASTORNOS Y USOS ESPECÍFICOS
Terapias multi- componente	La combinación más efectiva es entrevista motivacional y TCC. Otras combinaciones recomendadas: habilidades de autorregulación, reestructuración cognitiva, mindfulness, psicoeducación, refuerzo positivo, refuerzo motivacional, habilidades sociales y terapia de grupo. Pueden ser útiles relajación y técnicas de <i>grounding</i>.	Trastorno mental grave dual: combinación de entrevista motivacional, TCC e intervenciones familiares. Personas sin hogar: reducción peldaño, intervenciones motivacionales, psicoeducación y grupos de prevención de recaídas.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Antai-Otong et al., 2016; Bean et al., 2021; Becoña et al., 2008; Bellack et al., 2007; Benito et al., 2026a; Center for Substance Abuse Treatment, 2006; Chetty et al., 2023; Cleary et al., 2009; Marel et al., 2022; Drake et al., 2008; Fantuzzi y Mezzina, 2020; Pascual-Pastor y Fernández-Miranda, 2017; Pereiro y Fernández, 2018; Queensland Health, 2010; Roncero et al., 2016a; Roncero et al., 2016b; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020; Tonigan et al., 2018; Torrens et al., 2012. BTSAS: Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness; GR: Grado de recomendación; NE: Nivel de evidencia; TCC: Terapia cognitivo conductual.

6-Recomendaciones para el tratamiento psicológico de trastornos duales específicos

En este apartado se recogen las recomendaciones basadas en evidencia empírica, guías clínicas, consenso de expertos y experiencia clínica respecto al tratamiento psicológico de trastornos duales específicos. Cuando no hay investigaciones sobre trastornos concurrentes específicos, generalmente se recomienda utilizar los tratamientos más eficaces para cada trastorno (Marel et al., 2022). En algunos casos, esto puede realizarse simultáneamente para ambos trastornos, pero en otros debe evaluarse de forma cuidadosa como proceder (Marel et al., 2022).

6.1-Trastornos del neurodesarrollo

6.1.1-Trastornos del espectro autista

Trastornos relacionados con sustancias

En niños, jóvenes y adultos con trastornos del espectro autista, la guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2021) recomienda ofrecer intervenciones para el trastorno específico, el TUS en este caso, adaptadas a las características de esta población, como se hace en otros TM comórbidos (Crowe y Salt, 2015). Las recomendaciones (Crowe y Salt, 2015; NICE, 2021) son:

- Enfoque más concreto y estructurado, con mayor uso de información escrita y visual.
- Mayor énfasis en el cambio del comportamiento en lugar de las cogniciones.
- Explicitar las reglas y explicar su contexto.

- Incorporar entrenamiento en reconocimiento de emociones.
- Usar lenguaje claro, limitando el uso de metáforas, ambigüedad y situaciones hipotéticas.
- Involucrar a familiar, pareja, cuidador o profesional (si el paciente acepta) para apoyar el tratamiento.
- Mantener la atención ofreciendo descansos periódicos e incorporando sus intereses especiales a la terapia si es posible (i.e., gamificación).

6.1.2-Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Trastornos relacionados con sustancias

Se considera que no existe suficiente evidencia respecto al tratamiento psicológico del TDAH dual (San et al., 2020). Solo un número limitado de estudios explora el tratamiento del TDAH con TUS comórbido (SAMHSA, 2020), ya sea a través de ensayos clínicos controlados aleatorizados de superioridad entre intervenciones no farmacológicas o bien en ensayos comparativos, con tratamiento farmacológico (Crunelle et al., 2018; Martínez-Raga et al., 2016). El resumen de las evidencias disponibles puede verse en la tabla 5.

El enfoque terapéutico recomendado implica una combinación de PE, *coaching* conductual, TCC y medicación no estimulante o estimulante de liberación prolongada (SAMHSA, 2020). Intervenciones psicoterapéuticas, como la PE, la TCC, la terapia motivacional o la terapia de PR, se consideran un elemento esencial en el abordaje del paciente adolescente o adulto con TDAH y TUS dentro de un abordaje integral de esta PD (Martínez-Raga et al., 2016). Además, se estima que las intervenciones psicológicas tradicionales para el TUS son un tratamiento efectivo para este trastorno dual (Young y Woodhouse, 2021).

La terapia de orientación cognitivo conductual es el tratamiento no farmacológico con mayor nivel de evidencia para el TDAH dual (Martínez-Raga et al., 2016). Los estudios señalan que, en poblaciones de adolescentes y adultos, la combinación de la TCC y tratamiento farmacológico aporta evidencia de mejoras significativas en TDAH y TUS, independientemente de si los pacientes reciben tratamiento farmacológico efectivo o únicamente placebo (Martínez-Raga et al., 2016). De hecho, la guía NICE (Dalrymple et al., 2020) señala la TCC como el tratamiento no farmacológico de elección, recomendando el consenso de expertos un enfoque de tratamiento multimodal, que combine medicación y TCC. Aunque, como es esperable, el éxito depende mucho del contenido de la intervención cognitivo conductual que se utilice (Crunelle et al., 2018).

Para alcanzar y mantener la abstinencia, varias técnicas cognitivo conductuales pueden ser útiles (Young y Woodhouse, 2021):

1. Desarrollar estrategias para mejorar la autoconfianza (solución de problemas, asertividad, *rol playing*).
2. Manejo de impulsos y *cravings* (técnicas de reemplazo, parada de pensamiento, focalización en el entorno, técnicas de distracción).
3. Programación de actividades y rutinas (incluyendo ejercicio físico).
4. Abordaje de los pensamientos disfuncionales y negativos (búsqueda de evidencia en contra, discusión cognitiva).
5. Construcción de empoderamiento y autoeficacia (focalización en experiencias positivas y de control en la toma de decisiones).
6. Incremento de las redes sociales positivas.

7. Establecimiento de sistemas de recompensa y auto-refuerzo.
8. PR con plan de acción escrito.

Presentan cierto grado de eficacia el entrenamiento en habilidades conductuales compensatorias y de autorregulación, entrenamiento cognitivo, *neurofeedback*, uso de tecnologías de apoyo, adecuaciones escolares/laborales y *coaching* (Martínez-Raga et al., 2016). Estas intervenciones psicoterapéuticas son útiles para optimizar la eficacia del tratamiento farmacológico y abordar los síntomas residuales y alteraciones funcionales que persisten a pesar de la medicación, estando indicadas en pacientes con baja tolerancia o adherencia al tratamiento farmacológico y en presencia de comorbilidad psiquiátrica (Martínez-Raga et al., 2016).

También existe evidencia preliminar que respalda el uso de intervenciones conductuales centradas en la formación académica para adolescentes con TDAH y TUS, pero es necesaria más investigación (Marel et al., 2022). Otra de las intervenciones prometedoras en el tratamiento del TDAH y TUS comórbido es el entrenamiento en habilidades basado en la TDC (Marel et al., 2022).

Asimismo, la PE es una parte importante del tratamiento, pues favorece el aumento del *insight*, conocimiento y comprensión y empodera para tomar decisiones informadas (Young y Woodhouse, 2021).

La EM apoya a los pacientes a avanzar por las etapas de cambio de una manera empática y colaborativa, siendo especialmente efectiva con individuos en las etapas precontemplativa y contemplativa para abordar la ambivalencia y la procrastinación (Young y Woodhouse, 2021). Para fomentar el potencial de cambio, hay que ayudar al paciente a identificar metas constructivas y convertirlas en pasos específicos, realistas y manejables para

alcanzarlas. Un gráfico de disonancia puede ayudar a desarrollar y comprender las discrepancias y/o diferencias entre su situación actual y sus metas futuras. Una matriz de balance decisional puede ayudarlos a abordar los elementos positivos y negativos de su uso de sustancias (Young y Woodhouse, 2021).

Se recomienda involucrar a las familias en el proceso de tratamiento, dado que cuando los miembros de la familia están bien informados sobre el tema, es fácil desarrollar mecanismos de afrontamiento que pueden utilizar con el paciente. Además, el apoyo de pares y de la familia potencia el efecto del tratamiento (nivel evidencia D; Matthys et al., 2014).

También se recomienda adaptar las intervenciones a los déficits en funcionamiento ejecutivo asociados al TDAH (dificultades en atención, control de impulsos, organización y manejo del tiempo) (Young y Woodhouse, 2021). Por ejemplo, con sesiones más cortas y/o más frecuentes, recordatorios para reducir la no asistencia por olvido, mayor uso de materiales suplementarios “visuales” y uso de cuaderno de notas en las sesiones. Establecer plazos específicos aumentará la probabilidad de que se completen los pasos o las tareas al proporcionar enfoque y estructura. Por ello, la terapia debe ser muy estructurada, ya que esto optimizará el resultado (Young y Woodhouse, 2021).

Se ha propuesto un modelo de tratamiento integrado para pacientes con TDAH y TUS: la TCC integrada (TCCi; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013). La primera fase de la TCCi, posterior a una primera evaluación diagnóstica, se centra en reducir o detener completamente el consumo de sustancias a partir de técnicas de autocontrol y definición de situaciones de riesgo, y concluye con una segunda evaluación confirmatoria de TDAH (Martínez-Raga et al., 2016). Las sesiones de la segunda fase tienen como objetivo la

intervención directa sobre ambos trastornos, y comprenden diferentes estrategias de intervención (Martínez-Raga et al., 2016):

- **Para el TDAH:** Entrenamiento, implementación y evaluación de habilidades de planificación y organización (por ejemplo, uso de cuadernos de notas y calendarios, descomposición de tareas complejas en unidades manejables) y de técnicas para reducir la distraibilidad.
- **Para el TUS:** Registro del consumo de sustancias y entrenamiento en el control de *craving* y rechazo a situaciones de consumo, así como PR.

Aunque prometedora, la eficacia de la TCCi presenta resultados muy discretos (Martínez-Raga et al., 2016). Hasta la fecha, sólo se ha evaluado rigurosamente un enfoque psicoterapéutico integrado para el TDAH y el consumo de sustancias concurrentes, que comparó la TCC para el TUS con la TCCi para el TDAH y el TUS de forma conjunta (Marel et al., 2022). El programa integrado de TCC consistió en terapia motivacional, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y PR para el consumo de sustancias, habilidades de planificación y resolución de problemas, y manejo de las emociones; mientras que la TCC para el TUS se centró únicamente en el consumo. Si bien los participantes del grupo de TCCi mostraron una mayor reducción de los síntomas de TDAH en comparación con quienes recibieron TCC solo para el TUS, no se observaron diferencias entre los grupos en relación con el consumo u otros resultados (Marel et al., 2022). Estos hallazgos son prometedores, pero se necesita más investigación para respaldar recomendaciones concluyentes (Marel et al., 2022), por lo que actualmente se recomienda utilizar un enfoque integral del abuso de sustancias y el TDAH (nivel evidencia C; Matthys et al., 2014).

En este sentido, es todavía escasa la investigación que respalda el tratamiento simultáneo de estas afecciones (SAMHSA, 2020) y no existe consenso sobre el orden de tratamiento de los trastornos comórbidos (Matthys et al., 2014). Algunos investigadores recomiendan abordar primero la afección más debilitante para el paciente, mientras que otros sugieren que, para estabilizar al paciente, se debe priorizar el tratamiento del TUS, dadas las posibles interacciones perjudiciales que pueden ocurrir entre la medicación para el TDAH y las sustancias de abuso (SAMHSA, 2020), seguido del tratamiento del TDAH lo antes posible (Crunelle et al., 2018). No obstante, otros autores recomiendan un enfoque integrado y multimodal, con componentes de psicoterapia individual y/o grupal, PE, así como apoyo de pares y familiar (Marel et al., 2022). Consideran que el uso de psicoterapias estructuradas, incluyendo la TCC centrada en objetivos, con la participación activa de los profesionales del tratamiento del consumo de sustancias y un apoyo social eficaz, probablemente sea el más beneficioso y, al igual que con el tratamiento de otros trastornos concurrentes, tratar ambas afecciones simultáneamente tiene más probabilidades de producir un resultado positivo que tratar cualquiera de los trastornos por separado (Marel et al., 2022).

A este respecto, cabe recordar que un tratamiento eficaz del TDAH no suele mejorar el TUS, de ahí la importancia de tratar con efectividad ambos trastornos (Crunelle et al., 2018). Por ello, el tratamiento del TDAH debe integrarse en el tratamiento de la adicción, lo cual es vital teniendo en cuenta que los síntomas del TDAH (como la impulsividad y las dificultades para planificar y organizar) pueden interferir con el tratamiento del TUS (Matthys et al., 2014).

La abstinencia no es un requisito indispensable para iniciar el tratamiento, pero el consumo de sustancias debe estabilizarse (Matthys et al., 2014). Es decir, el tratamiento del TDAH en personas con adicción puede iniciarse cuando el problema de adicción se haya estabilizado (nivel evidencia D; Matthys et al., 2014). Cuando los síntomas del TUS son demasiado graves o cuando la vivienda es inestable, se recomienda un tratamiento hospitalario o residencial de duración limitada (Matthys et al., 2014).

En resumen, existe un consenso general de que el tratamiento adecuado del TDAH en personas con TUS comprende varios componentes: la PE y la medicación deben complementarse con TCC individual o grupal, así como con el apoyo de pares (Crunelle et al., 2018; Matthys et al., 2014). En adultos con TDAH y TUS, las investigaciones sugieren la utilidad de la farmacoterapia y la psicoterapia combinadas (Crunelle et al., 2018), presentando mejores resultados que la medicación sola (nivel evidencia D; Matthys et al., 2014).

Debido a la naturaleza crónica tanto del TDAH como de la adicción, con repercusiones en todos los ámbitos de la vida, es preferible un tratamiento multimodal, por lo que se recomienda combinar el mayor número posible de intervenciones (Matthys et al., 2014). La primera fase consiste en PE, en la segunda TCC y entrenamiento en habilidades (individual o grupal) (nivel evidencia C; Matthys et al., 2014). También se recomienda *coaching* individual y apoyo entre iguales, además de la medicación (nivel evidencia D; Matthys et al., 2014). La TDC y el entrenamiento en MF pueden ser también útiles. Por último, se debe considerar la terapia de pareja (nivel evidencia D; Matthys et al., 2014).

Trastornos relacionados con el alcohol

El tratamiento del TDAH comórbido en la adolescencia y la adultez temprana debe estar orientado al paciente y ser multidimensional, considerando factores psicosociales, psicoeducativos y familiares (Preuss et al., 2018). Idealmente, se combinan en un enfoque terapéutico integral, al igual que solo para el TDAH.

Tabla 5. Recomendaciones para el tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad dual.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Evidencia limitada. TCC tratamiento no farmacológico preferido y con mayor evidencia. TCC integrada (NE C) . Combinar tantas intervenciones como sea posible: psicoeducación, <i>coaching</i> conductual (NE D) , TCC individual y/o grupal, entrevista motivacional, prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades (NE C) , apoyo de pares (NE D) y apoyo familiar (NE D) . Pueden ser útiles terapia dialéctica conductual, <i>mindfulness</i> y terapia de pareja.	Adolescentes: psicoeducación, TCC, entrevista motivacional, prevención de recaídas e intervenciones conductuales para el desarrollo académico. Adaptar las intervenciones a los déficits del funcionamiento ejecutivo. Adultos: Combinación de farmacoterapia y psicoterapia produce mejores resultados que la medicación en solitario (NE D) .

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con el alcohol	Enfoque terapéutico integral multimodal.	Adolescentes y adultos jóvenes: orientado al paciente y multidimensional (factores psicosociales, psicoeducativos y familiares).

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Dalrymple et al., 2020; Marel et al., 2022; Martínez-Raga et al., 2016; Matthys et al., 2014; Preuss et al., 2018; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020; van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2013; Young y Woodhouse, 2021. NE: Nivel de evidencia; TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.2-Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La tabla 6 muestra el resumen de las evidencias disponibles sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos duales.

Trastornos relacionados con sustancias

El abordaje psicoterapéutico es un complemento indispensable de la farmacoterapia, tanto a nivel individual como grupal y familiar (Roncero et al., 2016b). Se debe adaptar a cada paciente y al momento del tratamiento en que se encuentre: en la fase prodrómica se recomiendan intervenciones psicoeducativas y seguimiento para favorecer la toma de conciencia, PR y fomento de la adherencia; en las fases de progresión, estabilización y recaídas se recomienda PE para fomentar la conciencia de enfermedad y los riesgos del consumo; en la fase de deshabitación la psicoterapia juega un papel fundamental (Roncero et al., 2016b). Para la deshabitación y, por

tanto, para la consecución y mantenimiento de la abstinencia se usan intervenciones cognitivo conductuales y motivacionales (Roncero et al., 2016b). En este sentido, las evidencias recomiendan incluir en el tratamiento grupos familiares y de pacientes, integrando las intervenciones motivacionales y la PR (Roncero et al., 2016b).

Los objetivos prioritarios de las intervenciones son: elaborar un programa terapéutico individualizado con objetivos realistas a corto y largo plazo; establecer y mantener la alianza terapéutica; favorecer el cumplimiento farmacológico y la adhesión terapéutica; conseguir la estabilización del cuadro psicótico; favorecer la abstinencia o la reducción del consumo; trabajar conciencia de enfermedad de ambos trastornos; prevenir recaídas; PE del paciente y la familia, aportando información acerca de ambos trastornos y las alternativas terapéuticas; promover la adaptación a las experiencias psicóticas y la reducción de la clínica psicótica defectual; mejorar el funcionamiento interpersonal y social, promoviendo el cuidado de la enfermedad y una vida independiente dentro de la comunidad; así como rehabilitar las incapacidades psicosociales secundarias al trastorno psicótico (Roncero et al., 2016b). Asimismo, las intervenciones específicas integradas más efectivas son el asesoramiento grupal junto a componentes cognitivo conductuales y motivacionales (Murthy y Chand, 2012).

La TCC para la psicosis es un tratamiento basado en la evidencia y ampliamente reconocido para los síntomas de la psicosis (Marel et al., 2022). Varios estudios han examinado su eficacia en los síntomas de la psicosis y el consumo de sustancias, pero la evidencia es contradictoria (Marel et al., 2022). La TCC junto con intervenciones de tipo motivacional mejoró significativamente el funcionamiento y los cambios persistían, pero en estudios posteriores

se evidenció mejoría en consumo de sustancias al año pero que no se mantenía a los dos años (Roncero et al., 2016b).

Siguiendo a Marel et al. (2022), las técnicas de EM pueden requerir adaptaciones para pacientes con trastornos psicóticos, ya que la desorganización del pensamiento y el habla puede dificultar que los profesionales comprendan lo que el paciente intenta decir, y los síntomas psicóticos (combinados con el consumo y regímenes de medicación intensos) pueden afectar las capacidades cognitivas del paciente. Por esta razón, las recomendaciones son:

- Utilizar reflexiones más frecuentes y breves para aclarar el significado.
- Utilizar resúmenes frecuentes y concisos para sintetizar la información.
- Evitar material emocionalmente relevante que pueda agravar el trastorno del pensamiento.
- Dar tiempo suficiente al paciente para responder a las reflexiones y resúmenes.
- Formular preguntas sencillas y abiertas, evitando opciones múltiples o un lenguaje complejo.

De hecho, se ha adaptado la EM para pacientes con psicosis dual, pero los estudios aleatorizados realizados hasta ahora muestran resultados contradictorios, por lo que la evidencia no es clara. En este sentido, los estudios presentan diversas limitaciones (aleatorización, ceguera de los evaluadores, descripción de las razones de los abandonos) y deficiencias metodológicas (tamaño y homogeneidad de la muestra, número de sesiones de EM, evaluación del estado motivacional) (Bechdolf et al., 2005). No obstante, la EM en pacientes con psicosis temprana reduce el consumo de sustancias (Arias et al., 2017b). La EM se ha aplicado en el tratamiento de la PD tanto en adultos como en jóvenes y se ha demostrado que es especialmente

eficaz en los pacientes menos motivados para el cambio y con más dificultades para el cumplimiento terapéutico (Fernández y Henche, 2007).

No se han encontrado diferencias entre la TCC, EM, MC, combinaciones de todas ellas y el tratamiento habitual (Roncero et al., 2016b). Más concretamente, el MC combinado con terapia farmacológica es eficaz en el tratamiento de la psicosis dual, seguido de la TCC y la PR, aunque esta última muestra tasas de abstinencia postratamiento más elevadas (Roncero et al., 2016b). Por otra parte, los enfoques con mayor evidencia empírica son los cognitivo conductuales, siendo igualmente eficaces en formato individual y grupal, aunque en grupo la eficiencia es mayor al reducir costes (Roncero et al., 2016b). El tiempo de vinculación al tratamiento, independientemente de ser individual o grupal, es la variable que mejor predice los resultados un año después. Así, la mayor duración del tratamiento predice un menor consumo a largo plazo, por lo que se recomienda prolongar los tratamientos o desarrollar dispositivos o intervenciones de soporte postratamiento o de seguimiento (Roncero et al., 2016b).

Por otra parte, el Modelo Matrix es un paquete de tratamiento que incluye elementos propios de la PR, TF, TG, PE y participación en actividades de autoayuda (Roncero et al., 2016b).

Otro de los programas de tratamiento prometedores es el BTSAS (Bellack et al., 2006). Este abordaje consiste en EM más MC, basado en controles de orina, junto con entrenamiento en habilidades sociales (Roncero et al., 2016b). Ha demostrado efectividad en un ensayo clínico de 6 meses de duración (Bellack et al., 2006) con pacientes duales (39,5% de trastornos psicóticos y 55,8% de trastornos afectivos) frente a terapia de apoyo, con un mayor

porcentaje de controles negativos de orina y mayor adhesión al tratamiento (Roncero et al., 2016b).

Otro ensayo clínico (MIDAS) estudió la combinación de TCC, EM e intervenciones familiares para el tratamiento de la esquizofrenia dual, mostrando resultados satisfactorios. Específicamente, los resultados mostraron que mejoraba la evolución, tanto a nivel sintomatológico como en el incremento de los periodos de abstinencia (Roncero et al., 2016b).

En psicosis dual, las intervenciones motivacionales favorecen el cumplimiento terapéutico, mejorando la participación, incrementando la adhesión y la retención, y promoviendo el cambio (Roncero et al., 2016b). En este sentido, en pacientes con psicosis dual y TB dual hospitalizados, se ha descrito que las entrevistas motivacionales breves e integradas en el tratamiento habitual mejoran la adherencia al tratamiento a los 3 meses (Roncero et al., 2016b).

La intervención familiar, junto con EM y TCC, mejora sensiblemente la evolución de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con TUS, reduciéndose la frecuencia e intensidad de la sintomatología positiva y aumentando los periodos de abstinencia (Roncero et al., 2016b). Las intervenciones familiares desde el modelo cognitivo conductual, orientadas a la pareja y a la familia, son principalmente de tipo psicoeducativo, aunque incluyen los principios de la modificación de conducta: identificación de relaciones conflictivas que provocan consumo de drogas, reforzamiento de las dinámicas familiares adecuadas y funcionales, entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas, aumento de las respuestas asertivas y MC (Roncero et al., 2016b). Sin embargo, son necesarios más estudios sobre estas intervenciones familiares en pacientes con psicosis dual (Roncero et al., 2016b).

Otras investigaciones recientes muestran que, en comparación con la atención estándar como alternativa terapéutica única para la psicosis y el consumo concomitante de alcohol y otras drogas, la capacitación en habilidades y las actividades sociales con apoyo de pares, en combinación con la atención estándar, mejoran los síntomas psicóticos, el consumo y los resultados funcionales (Marel et al., 2022).

Además, se ha usado la TCC modificada (Bellack y DiClemente, 1999), que incluye estrategias de PR y de EM (Subodh et al., 2018). En este tipo de intervención, la TCC se adapta a las limitaciones cognitivas de los trastornos psicóticos, centrándose en un número limitado de habilidades. Por ejemplo, de forma inicial, la terapia se orienta a las técnicas específicas para la resolución de problemas y las habilidades sociales y, con posterioridad, se incluye información sobre el *craving* y los factores desencadenantes del consumo de sustancias, así como la PR (Subodh et al., 2018). Así, esta adaptación supone integrar la discusión sobre las dificultades únicas relacionadas con el consumo de sustancias en pacientes con trastornos psicóticos. Las sesiones se estructuran en grupos pequeños, que se realizan dos veces por semana durante 6 meses. Las habilidades sociales mejoradas y la abstinencia se refuerzan en gran medida para incrementar la autoeficacia de los pacientes. La abstinencia se refuerza positivamente con pequeñas cantidades de recompensa monetaria por los resultados de las pruebas de orina libres de drogas (Subodh et al., 2018).

También se ha usado un tipo de terapia para mejorar la motivación (MET; Ziedonis et al., 2005). Este tipo de intervención, desarrollada a partir de los principios de la EM, incluye un componente adicional que consiste en la utilización de la evaluación de línea base, para obtener retroalimentación personalizada con el

objetivo de fortalecer aún más la motivación para el cambio (Subodh et al., 2018). La MET tradicional se modifica para adaptarse a los desafíos cognitivos únicos y las razones específicas de la baja motivación para dejar de consumir sustancias en pacientes con psicosis. Este tipo de MET usa para los trastornos del espectro de la esquizofrenia el enfoque de 5 pasos colaborativo, motivacional y de reducción de daños, que incluye: 1) desarrollar una alianza de trabajo; 2) ayudar al paciente a evaluar los pros y los contras del consumo de sustancias (balance decisional); 3) formular objetivos individualizados; 4) fomentar un entorno y un estilo de vida que apoyen la abstinencia y 5) enseñar habilidades para gestionar las crisis (Subodh et al., 2018). Todos los enfoques MET modificados requieren niveles más altos de compromiso y actividad por parte del terapeuta y se diseñan estrategias conductuales para garantizar sesiones breves, lenguaje concreto y más repeticiones, teniendo en cuenta que este subgrupo de pacientes presenta deterioro cognitivo y bajo nivel de atención. Además, otras características únicas de este subgrupo de pacientes, como una menor autoeficacia y la necesidad de tratamiento de enfermedades mentales concurrentes, hacen que sea fundamental ofrecer un período prolongado de terapia para manejar estos problemas (Subodh et al., 2018).

Otro tipo de intervención usada en la psicosis dual es la terapia de recuperación dual (DRT; Ziedonis and Stern, 2001) que integra la terapia de PR, la terapia de mejora de la motivación, los principios del programa de 12 pasos para el TUS y el entrenamiento de habilidades sociales para trastornos psiquiátricos. Sin embargo, faltan estudios que aporten evidencias sobre su eficacia (Subodh et al., 2018).

Por su parte, el módulo de manejo del abuso de sustancias (SAMM; Shaner et al., 2003) se basa en la reducción de daños, la PR

y el entrenamiento en habilidades sociales. Se enseñan y practican habilidades específicas para evitar el consumo de sustancias y afrontar la enfermedad, como habilidades para manejar el *craving* y mejorar la comunicación con el terapeuta (Subodh et al., 2018).

Otro tipo de abordaje prometedor, por sus efectos beneficiosos, es la terapia de rehabilitación cognitiva para abordar los posibles déficits cognitivos y funcionales (en la atención, la memoria, funciones ejecutivas y la cognición social) en personas con trastornos psicóticos. Se muestra prometedora como tratamiento complementario para quienes reciben tratamiento para el TUS; sin embargo, la investigación en personas que experimentan ambas afecciones se encuentra en sus primeras etapas (Marel et al., 2022).

El MC también puede ser un complemento útil a otros tratamientos para los trastornos del espectro psicótico y el TUS (Marel et al., 2022). Un metaanálisis que examinó el efecto del MC en personas con trastornos psicóticos concurrentes y TUS concluyó que mejora la abstinencia del consumo de sustancias, aunque no se examinaron los efectos sobre los síntomas psicóticos (Marel et al., 2022).

El refuerzo comunitario con TF (CRAFT; Meyers et al., 1998) es un programa que identifica y trabaja con personas allegadas al paciente. La intervención utiliza entrevistas motivacionales, habilidades de cambio de comportamiento y técnicas de refuerzo con el objetivo de reducir el consumo y comprometer al paciente identificado en el tratamiento (Fernández et al., 2017).

Aunque el MF ha mostrado ser útil en ambos trastornos por separado, hasta la fecha ningún estudio lo ha evaluado en el contexto de la psicosis dual (Marel et al., 2022). Tampoco hay suficientes evidencias empíricas de la eficacia de las terapias dinámicas dentro del

ámbito de la PD y apenas existen estudios o experiencias en esquizofrenia dual (Roncero et al., 2016b).

Los grupos de autoayuda clásicos (no profesionales y no directivos) basados en la técnica de los doce pasos (AA, Narcóticos Anónimos, etc.) no resultan adecuados para los psicóticos duales por su estilo de confrontación (Fernández y Henche, 2007). Además, su enfoque moralista no facilita la adecuada cumplimentación del tratamiento farmacológico, tan necesario en estos pacientes (Fernández y Henche, 2007).

Se han usado grupos de autoayuda duales (*Double Trouble in Recovery*) que focalizan específicamente en los problemas de quienes tienen PD, pero falta investigación al respecto (Subodh et al., 2018). Dentro de los pacientes duales parece que son los que presentan esquizofrenia los que menos se benefician de este tipo de grupos, y sólo una minoría se vinculan a los enfoques de autoayuda, probablemente por los déficits en las habilidades sociales (Roncero et al., 2016b). También se han utilizado los grupos de autoayuda con una metodología educativa que integra elementos cognitivos, pero su eficacia no ha quedado establecida (Fernández y Henche, 2007).

Una revisión Cochrane examinó los tratamientos psicosociales para TMG (predominantemente del espectro psicótico) y el consumo de sustancias (Hunt et al., 2019) y concluyó que no existe evidencia clara que respalde el uso de un enfoque de tratamiento psicológico en particular en lugar de la atención estándar, ya que muchos estudios presentan hallazgos contradictorios (Marel et al., 2022). Sin embargo, es difícil extraer conclusiones firmes de la evidencia actual debido a las diferencias metodológicas entre los estudios. El único hallazgo claro fue una asociación entre la EM y una mayor reducción del consumo de alcohol en comparación con la atención estándar (Marel et al., 2022).

Hay evidencia limitada para recomendar una intervención sobre otra para personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos con TUS coexistentes (Crockford y Addington, 2017). No parecen existir diferencias entre las distintas intervenciones psicológicas (tratamiento usual, TCC, EM, MC) en la mejoría de la sintomatología psicótica, el consumo de sustancias y las variables pragmáticas y de funcionalidad (número de hospitalizaciones, escala GAF y escala SOFAS), por lo que no se puede recomendar una intervención sobre las otras (recomendación débil; San et al., 2020).

La combinación de EM, TCC e intervenciones familiares mejora la evolución de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con TUS (grado recomendación B; Becona et al., 2008). A pesar de la falta de evidencia empírica sólida sobre la eficacia de estas intervenciones, la EM y la terapia integrada (que combina la TCC con intervenciones en el estilo de vida y la gestión de casos) son enfoques recomendados para el manejo del consumo de sustancias comórbidas en la esquizofrenia (Galletly et al., 2016).

Han mostrado alguna eficacia (evidencia baja a moderada) y deben ser usadas si están disponibles las siguientes: MC, TCC, PR, EM, intervenciones breves basadas en los principios de la EM, pero más orientadas a asesoramiento, intervenciones familiares y la combinación de TCC y EM (Crockford y Addington, 2017). Otros autores consideran que la TCC integrada, la TG conductual, el MC, la facilitación de 12 pasos, la mejora motivacional, la EM, el TCA o preferiblemente una combinación de estos, pueden ayudar a reducir el consumo de sustancias (cantidad, frecuencia y gravedad), aumentar la abstinencia, reducir el número de días de consumo, disminuir las tasas de recaída, reducir el número de muestras de orina positivas y disminuir las consecuencias negativas del consumo de sustancias en personas con TUS y esquizofrenia u otros trastornos psicóticos

(SAMHSA, 2020). Estos enfoques también se han asociado con mejoras en los síntomas psiquiátricos (incluidos los negativos), las puntuaciones de funcionamiento global, las hospitalizaciones y la consecución de una vivienda estable (SAMHSA, 2020).

Los tratamientos integrados parecen producir resultados más positivos que las intervenciones individuales y son el enfoque recomendado (SAMHSA, 2020). La atención integrada para ambos trastornos (que incluye farmacoterapia, EM, TCC e intervenciones con cuidadores) mejora significativamente tanto los síntomas psicóticos positivos como el consumo de sustancias (Gordon, 2008). Por ello, se recomienda el uso de terapias integradas que combinen la TCC, intervenciones en el estilo de vida y la gestión de casos para el tratamiento de la esquizofrenia y el TUS (Marel et al., 2022).

Investigaciones recientes han identificado el TCA como un enfoque integral que puede ser especialmente beneficioso para pacientes con psicosis concurrente y consumo de sustancias (Marel et al., 2022). Varios estudios han encontrado mejoras en los síntomas psicóticos, una menor frecuencia de consumo, una mayor estabilidad habitacional, menos reingresos hospitalarios, una mejora del bienestar psicológico y del funcionamiento general en comparación con las condiciones basales y de control con el tratamiento habitual (Marel et al., 2022).

Es también importante destacar que no existe un enfoque único para el tratamiento de los trastornos concurrentes del espectro psicótico y del consumo de sustancias, y puede ser necesario combinar diferentes enfoques terapéuticos para cada paciente (Marel et al., 2022). Además, la flexibilidad del terapeuta es fundamental en el tratamiento de estas personas (Marel et al., 2022). En general, los tratamientos deben incluir (Hasan et al., 2015):

- Atención asertiva, gestión de casos, intervenciones familiares, alojamiento, terapia de rehabilitación y farmacoterapia.
- Un enfoque motivacional gradual para pacientes que desconocen la necesidad de tratamiento para TUS.
- Intervenciones conductuales para quienes intentan lograr o mantener la abstinencia.
- Elementos de la TCC.

Para optimizar los tratamientos psicológicos integrados para la psicosis dual, se recomienda (Crockford y Addington, 2017; Galletly et al., 2016):

- La práctica debe estar orientada a la recuperación: clínica (que incluye la disminución de los síntomas), funcional y personal (Slade, 2009). La recuperación personal es un proceso único de cambio de actitudes, valores, sentimientos, objetivos, habilidades y/o roles que lleva a una vida satisfactoria, esperanzadora y enriquecedora, incluso dentro de las limitaciones causadas por la enfermedad.
- Tomar tiempo para involucrar a la persona desde el principio y construir una relación respetuosa, de confianza y sin prejuicios, en una atmósfera de esperanza y optimismo.
- Ser directo en las comunicaciones y usar un enfoque flexible y motivacional.
- Las sesiones han de ser en entornos con confidencialidad, privacidad y dignidad.
- Evitar el lenguaje clínico sin una adecuada explicación.
- El objetivo es preservar la continuidad de la atención y minimizar los cambios de terapeuta para fomentar la relación terapéutica.

- El tratamiento asertivo del consumo de sustancias debe ser parte de todo plan de tratamiento.
- Ofrecer información y asesoramiento sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias y el impacto negativo que puede tener en la experiencia y el manejo de la psicosis.
- Ofrecer información escrita y verbal que sea adecuada a su nivel de comprensión sobre la naturaleza y el tratamiento tanto de la psicosis como del consumo de sustancias.
- Ofrecer información escrita y verbal a las familias, cuidadores u otras personas significativas que sea adecuada a su nivel de comprensión sobre la naturaleza y el tratamiento de la psicosis y el consumo de sustancias, incluido cómo pueden ayudar a apoyar a la persona.
- La información escrita debe estar disponible en el idioma apropiado o, para quienes no pueden utilizar texto escrito, en un formato accesible (audio o vídeo).
- Fomentar que las familias, los cuidadores o las personas significativas participen en el tratamiento para apoyar el tratamiento y la atención y promover la recuperación.
- Cuando las familias, los cuidadores o las personas significativas vivan o estén en contacto cercano con la persona con psicosis y TUS, ofrecer intervención familiar. Aunque hay pocos estudios de intervenciones familiares específicas para la psicosis dual, la evidencia del beneficio de las intervenciones familiares para mejorar los resultados en esquizofrenia está bien establecida.
- Adaptar la intervención a la etapa actual del cambio: las personas en las etapas de precontemplación y contemplación pueden beneficiarse más de una PE breve y de enfoques motivacionales, mientras que las personas en las etapas preparatorias y de acción pueden beneficiarse más de una

intervención activa y de una planificación para la PR (Crockford y Addington, 2017).

- La EM y la TCC integrada son intervenciones recomendadas.
- Para las personas cuyo consumo de sustancias es persistente y perjudicial, se debe considerar la admisión involuntaria al hospital y/o la derivación a un servicio de rehabilitación a largo plazo.

En resumen, solo existe evidencia limitada de que intervenciones específicas tengan un efecto sobre diferentes parámetros de resultado en pacientes con esquizofrenia y TUS (nivel evidencia C; Hasan et al., 2015). Sin embargo, los resultados de ensayos individuales son alentadores, existiendo evidencia suficiente que demuestra que los programas de tratamiento combinados con elementos motivacionales, PE y TCC que evitan la confrontación directa pueden ser eficaces para reducir el consumo y disminuir la frecuencia y la gravedad de las descompensaciones psicóticas (Hasan et al., 2015).

Trastornos relacionados con el alcohol

Los escasos estudios realizados en intervenciones psicoterapéuticas permiten recomendar las intervenciones motivacionales y las cognitivo conductuales a la hora de disminuir el consumo de alcohol en pacientes con trastorno psicótico comórbido (recomendación débil; Flórez et al., 2017). Por tanto, se recomiendan intervenciones psicosociales específicas con componentes motivacionales y conductuales para el diagnóstico dual de esquizofrenia y dependencia del alcohol (nivel evidencia B; Hasan et al., 2015).

Los pacientes con trastornos por consumo de alcohol y psicosis deben recibir psicoterapia y tratamiento psicosocial para ambos (Preuss et al., 2018). Esto se basa en la evidencia de

metaanálisis y revisiones sistemáticas que informaron la eficacia del tratamiento con una serie de intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales (EM, TCC, EM combinada con TCC, MC y TG) (Preuss et al., 2018).

La EM ha sido adaptada al tratamiento de personas con esquizofrenia con consumo de alcohol en un paquete de tratamiento de 12 sesiones con resultados positivos en comparación con la PE, con disminución del consumo de alcohol y aumento de la abstinencia (Roncero et al., 2016b). Se han encontrado mejores resultados de abstinencia en el consumo de alcohol a los seis meses con EM frente a tratamiento usual (San et al., 2020).

La TG incluye PE sobre psicosis y sustancias adictivas, el *craving*, las habilidades para el manejo del estrés y la reestructuración cognitiva (Preuss et al., 2018).

En resumen, los pacientes con psicosis y trastornos comórbidos por consumo de alcohol deben recibir psicoterapia después de una estabilización adecuada, recomendándose EM, TCC, MC y TG si es posible) (Preuss et al., 2018).

Trastornos relacionados con cannabis

Las intervenciones psicológicas resultan prometedoras y eficaces en el corto plazo (Arias et al., 2017b). En grandes consumidores con trastorno crónico son recomendables intervenciones más extensas. La TCC y la EM son las más prometedoras (Arias et al., 2017b).

El MC se ha probado con éxito: el porcentaje de controles negativos de orina fue significativamente superior durante el periodo de aplicación de incentivos económicos contingentes a la abstinencia (Roncero et al., 2016b). Es decir, los estudios han mostrado que el MC es eficaz para promover la abstinencia del cannabis en personas

con psicosis concurrente (Marel et al., 2022). Los programas de PE y TCC han demostrado ser prometedores para reducir el consumo de cannabis en pacientes con un primer episodio de psicosis (Gordon, 2008). Para la prevención, se deben realizar intervenciones breves para personas con psicosis que puedan estar consumiendo incluso pequeñas cantidades de cannabis (Gordon, 2008).

A falta de otras formas de tratamiento de eficacia comprobada, la TCC es, actualmente, el tratamiento más empleado para el consumo de cannabis (Gordon, 2008), aunque no existe evidencia que indique intervenciones específicas (Hasan et al., 2015).

Trastornos relacionados con inhalantes

Se deben utilizar enfoques estándar de TCC para esta PD, con especial atención al desarrollo de (Gordon, 2008):

- Habilidades de asertividad (habilidades de rechazo).
- Habilidades de afrontamiento para controlar y gestionar emociones como la ira y la tristeza.

Se deben ofrecer alternativas al consumo de inhalantes, por ejemplo, actividades recreativas y desarrollar enfoques de refuerzo comunitario movilizando el sistema local de servicios de salud y bienestar en los planes de atención individual (Gordon, 2008). También cabe considerar intervenciones familiares, por ejemplo, para mejorar la comunicación entre la persona y su familia. Además, podría requerirse un enfoque asertivo de contacto y seguimiento (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

No hay evidencia sobre ningún tratamiento específico para esta comorbilidad (Guardia y Flórez, 2017).

Trastornos relacionados con estimulantes

Se han encontrado mejores resultados de abstinencia a estimulantes a las 12 semanas con MC frente a tratamiento usual (San et al., 2020).

Trastornos relacionados con cocaína

Han mostrado su eficacia la TCC, MC, PR, EM y grupos de autoayuda (Ochoa et al., 2017).

En personas con esquizofrenia y dependencia de cocaína, los programas con MC (reforzamiento monetario moderado contingente a cada control negativo de orina) producen la reducción del consumo de cocaína (Szerman et al., 2017).

Trastornos relacionados con el tabaco

Se recomiendan intervenciones psicosociales específicas para pacientes con esquizofrenia y tabaquismo comórbido (nivel evidencia C; Hasan et al., 2015). Aunque los datos sobre intervenciones cognitivas y psicosociales no son concluyentes, deberían considerarse en todos los pacientes con esquizofrenia que desean reducir o dejar de fumar (nivel de evidencia C; Hasan et al., 2015). De hecho, hay pruebas sólidas que respaldan el beneficio de las intervenciones para dejar de fumar en personas con esquizofrenia (Crockford y Addington, 2017). Si se encuentran en una etapa precontemplativa o contemplativa, debe utilizarse una breve intervención motivacional (por ejemplo: preguntar, aconsejar, evaluar, ayudar, organizar) y reevaluar su etapa de cambio en el futuro. Para las personas en etapas preparatorias o de acción, las intervenciones para dejar de fumar incluirán asesoramiento psicológico (Crockford y Addington, 2017).

El MC como complemento a otras intervenciones para lograr la abstinencia y la reducción del consumo es efectivo en personas con diagnóstico de esquizofrenia (Pereiro y Fernández, 2018). Los

programas grupales de tratamiento incluyendo a pares también han mostrado efectividad (Galletly et al., 2016).

En pacientes con esquizofrenia, frente al cese brusco, la reducción del consumo de cigarrillos puede ser útil inicialmente como objetivo intermedio (Rüther et al., 2014). En este sentido, se considera buena práctica clínica iniciar el cese de tabaco sólo en pacientes con psicopatología estable (Hasan et al., 2015).

Adicciones comportamentales

Trastorno por juego

En este trastorno, a pesar de que todavía son escasos los estudios, las evidencias apuntan a las intervenciones de tipo cognitivo conductual y la EM con resultados favorables a corto plazo (Roncero et al., 2016b). Más concretamente, la TCC en especial en combinación con la EM y los grupos de autoayuda parecen ser eficaces (Fernández-Artamendi et al., 2017).

El uso de TCC en pacientes con esquizofrenia crónica y juego patológico resultó eficaz para lograr la abstinencia del juego durante el seguimiento frente al grupo control (Fernández-Artamendi et al., 2017). Los pacientes del grupo experimental lograron además reducir significativamente los episodios de juego y el dinero gastado en esta actividad. La combinación de TCC y estrategias de tercera generación podrían resultar eficaces también en esta población, pero este ámbito necesita más investigación en el futuro (Fernández-Artamendi et al., 2017).

Tabla 6. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia dual.

ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Psicoterapia individual, grupal y familiar complemento indispensable de la farmacoterapia. Recomendado el tratamiento integrado con farmacoterapia, entrevista motivacional, TCC, tratamiento comunitario asertivo, intervenciones de estilo vida, gestión de casos e intervenciones con los familiares. Entrevista motivacional, TCC (individual y grupal), psicoeducación, prevención de recaídas, manejo de contingencias, terapia de grupo y terapia familiar pueden ser efectivas.	Psicosis tempranas: la entrevista motivacional reduce el consumo de sustancias. Entrevista motivacional especialmente eficaz en los pacientes menos motivados para el cambio y con más dificultades para el cumplimiento terapéutico. Mayor reducción del consumo de alcohol con entrevista motivacional en comparación con la atención estándar. Los grupos de autoayuda clásicos basados en los doce pasos no resultan adecuados para pacientes con psicosis dual. Puede ser necesario adaptar las técnicas a las características de estos

ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Combinación recomendada: TCC, entrevista motivacional e intervenciones familiares (GR B). A más duración del tratamiento y el seguimiento, más eficacia. No se puede recomendar una intervención psicológica sobre las otras (GR D).	pacientes, particularmente a las limitaciones cognitivas.
Trastornos relacionados con el alcohol	Efectivas intervenciones motivacionales y cognitivo conductuales (GR D; NE B). Efectivas TCC, entrevista motivacional sola o combinada con TCC, manejo de contingencias y terapia de grupo.	Entrevista motivacional mayor reducción del consumo de alcohol que el tratamiento estándar.
Trastornos relacionados con el cannabis	No hay evidencia para recomendar intervenciones específicas.	En grandes consumidores con trastorno crónico son recomendables

ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con el cannabis	TCC y entrevista motivacional las más prometedoras. Manejo de contingencias efectivo para promover la abstinencia.	intervenciones más extensas. Los programas de psicoeducación y TCC para pacientes con un primer episodio de psicosis. Para la prevención, intervenciones breves para personas con psicosis que puedan estar consumiendo incluso pequeñas cantidades de cannabis.
Trastornos relacionados con inhalantes	TCC con refuerzo comunitario, intervenciones familiares y enfoque asertivo.	
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	No hay evidencia.	
Trastornos relacionados con estimulantes	Manejo de contingencias mejores resultados de abstinencia comparado con tratamiento usual.	

ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
<i>Trastornos relacionados con cocaína</i>	TCC, manejo de contingencias, prevención de recaídas, entrevista motivacional y grupos de autoayuda eficaces. Manejo de contingencias provoca reducción del consumo de cocaína.	
Trastornos relacionados con el tabaco	Intervenciones cognitivas y psicosociales deberían ser ofrecidas a todos los pacientes (reducción o cese del consumo) (NE C) . Manejo de contingencias como complemento efectivo (abstinencia y reducción del consumo). Programas grupales de tratamiento incluyendo a pares son efectivos.	Etapas precontemplativa o contemplativa: breve intervención motivacional. Etapas preparatorias o de acción: asesoramiento psicológico. Reducción del consumo puede ser útil al inicio como objetivo intermedio. Buena práctica clínica el cese de tabaco sólo en pacientes con psicopatología estable.
Trastorno por juego	Efectividad de la TCC, especialmente con entrevista motivacional y grupos de autoayuda.	

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Arias et al., 2017a; Becoña et al., 2008; Bellack et al., 2007; Benito et al., 2026a; Crockford y Addington, 2017; Fernández-Artamendi et al., 2017; Fernández y Henche, 2007; Flórez et al., 2017; Galletly et al., 2016; Gordon, 2008; Guardia et al., 2017; Hasan et al., 2015; Ochoa et al., 2017; Marel et al., 2022; Murthy y Chand, 2012; Pereiro y Fernández, 2018; Preuss et al., 2018; Roncero et al., 2026b; Rüther et al., 2014; San et al., 2020; Subodh et al., 2018; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020; Szerman et al., 2017; Ziedonis et al., 2005. GR: Grado de recomendación; NE: Nivel de evidencia; TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.3-Trastorno esquizoafectivo

Trastornos relacionados con estimulantes

Se ha evaluado la estrategia conductual de MC, que utiliza el refuerzo basado en la abstinencia de drogas, a nivel ambulatorio en pacientes con TMG y dependencia de estimulantes (Goikolea et al., 2016). Los pacientes con trastorno esquizoafectivo suponían alrededor de un tercio de la muestra, si bien no se publicaron subanálisis por grupos diagnósticos. Menos pacientes del grupo de MC consiguieron finalizar los tres meses de tratamiento. Sin embargo, tuvieron una mejor evolución del trastorno por uso de estimulantes, con una probabilidad 2,4 veces mayor de tener un urinoanálisis negativo, y también de los síntomas psiquiátricos, con una probabilidad un 80% inferior de requerir hospitalización psiquiátrica durante el tratamiento (Goikolea et al., 2016). Esto sugiere que añadir MC (refuerzo en función de abstinencia) al tratamiento mejora la evolución del TUS y los síntomas psiquiátricos, disminuyendo la probabilidad de hospitalización (Ochoa et al., 2017).

6.4-Trastorno bipolar (TB) y trastornos relacionados

Trastornos relacionados con sustancias

Poca investigación ha examinado enfoques no farmacológicos para el manejo comórbido del TB y los TUS (SAMHSA, 2020). Las evidencias disponibles pueden verse resumidas en la tabla 7.

La TCC grupal, la terapia integrada y las técnicas de PR pueden ayudar a reducir las hospitalizaciones, aumentar la abstinencia, mejorar la adherencia a la medicación, reducir la gravedad de la adicción y, en menor medida, mejorar los síntomas del estado de ánimo. Sin embargo, los resultados son inconsistentes entre los estudios, lo que subraya la necesidad de más investigación (SAMHSA, 2020).

La TG integrada para TB y uso de sustancias (IGT; Weiss et al., 2009) fue desarrollada específicamente para esta población. Utiliza un modelo cognitivo conductual de PR que integra el tratamiento centrándose en similitudes en los procesos de recuperación y recaída entre el TB y el TUS (Goikolea et al., 2016). La idea central es que los mismos tipos de pensamientos y conductas que facilitan la recuperación de uno de los trastornos también facilitan la recuperación del otro, y a la inversa. Se enfatiza la interacción entre las dos patologías, insistiendo, por ejemplo, en el impacto que el consumo de sustancias tiene sobre el curso del TB (Goikolea et al., 2016).

La IGT está manualizada, siendo sus objetivos principales: promover el abandono total del consumo, aumentar la adherencia a la medicación, educar al paciente sobre los “signos de advertencia” o el reconocimiento temprano de los síntomas, prevenir las recaídas y

mejorar la estabilidad del estado de ánimo y el funcionamiento general, incluidas las relaciones interpersonales (Subodh et al., 2018). Incluye los siguientes componentes (San et al., 2020):

- Regla de recuperación principal: pase lo que pase, no beba, no consuma sustancias y tome la medicación que le han prescrito cada día, ¡pase lo que pase!
- Evite los disparadores del consumo cuando le sea posible, no se enfrente solo a ellos, distráigase de ellos afrontándolos activamente o evitándolos.
- Combata el pensamiento depresivo con el pensamiento de recuperación.
- Intente ver aspectos desde el punto de vista de otras personas para desarrollar relaciones saludables.
- Trabaje para aceptar su enfermedad y céntrese en cómo debe cuidarse de sí mismo.
- Conozca los signos tempranos de advertencia de la aparición de un episodio del estado de ánimo y busque cuanto antes ayuda para el mismo.
- Practique decir «no» a las sustancias y al alcohol.
- Acuda a un grupo de autoayuda para apoyar su proceso de recuperación.
- Cuídese a sí mismo practicando la higiene de sueño y evitando conductas sexuales de riesgo.

En un diseño aleatorizado y controlado, la IGT fue comparada con la TG estándar, uno de los tratamientos más habituales de los programas de adicciones (Goikolea et al., 2016). El consumo de sustancias se redujo en los dos grupos, pero el de IGT aportó menos días de consumo de sustancias, prácticamente la mitad, tanto durante el tratamiento como en el seguimiento posterior (Goikolea et al., 2016). Los análisis primarios encontraron tendencias

a favor de la IGT, con una mayor reducción del consumo de sustancias durante el seguimiento y una disminución superior del riesgo de episodios de alteración del estado de ánimo durante el tratamiento (Weiss et al., 2009). Los análisis secundarios favorecieron la IGT, con una probabilidad mayor de lograr la abstinencia total, un tiempo significativamente más corto hasta el primer mes de abstinencia y una probabilidad mayor de lograr un "buen resultado clínico" (una medida compuesta que abarca tanto el consumo de sustancias como el estado de ánimo simultáneamente) (Weiss et al., 2009).

En el tratamiento de personas con TB y TUS, la IGT, centrada en estrategias de PR, se asoció con una mayor abstinencia, menos días de abuso de sustancias y de consumo de alcohol hasta la intoxicación que los controles/tratamiento habitual (SAMHSA, 2020). Aunque los estudios sobre esta terapia integrada de grupo son prometedores, se precisa más investigación (San et al., 2020).

Otra terapia diseñada específicamente para pacientes con TB es la TI y de ritmos sociales (IPSRT; Frank et al., 2000). Se basa en la premisa de que estabilizar los ritmos circadianos de los pacientes es eficaz para prevenir la recaída de trastornos agudos del estado de ánimo (Subodh et al., 2018). Ayuda a los pacientes a comprender la relación entre los síntomas del estado de ánimo y los cambios interpersonales. Implica estructurar las rutinas diarias de los pacientes, incluyendo ciclos de sueño y abordar problemas interpersonales. Hay evidencia de su eficacia en la PR, mejora del funcionamiento interpersonal y la satisfacción con la vida. La estabilización de los horarios de actividades diarias y las relaciones sociales e interpersonales tienen un efecto beneficioso incluso en el TUS (Subodh et al., 2018). Esta terapia fue adaptada para crear la terapia

de ritmo social (Crowe et al., 2020) para facilitar su implementación en la práctica clínica habitual.

En resumen, las terapias psicológicas grupales con PE, PR e inclusión de la familia han resultado favorables para reducir la sintomatología y favorecer la abstinencia y la adherencia al tratamiento (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017).

Por otro lado, las EM breves integradas en el tratamiento habitual realizadas a pacientes con TB dual hospitalizados mejoran, a los 3 meses, la adherencia al tratamiento (Roncero et al., 2016a). El MC también resulta adecuado para atenuar el consumo de alcohol y estimulantes, además de para incrementar la mejoría en síntomas maníacos y depresivos (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017).

Comparando diferentes intervenciones, se ha visto que la IGT amigable con la comunidad resulta más eficaz que el grupo de asesoramiento sobre drogas, ayudando a reducir el consumo de sustancias, la sintomatología psiquiátrica y dando un mejor resultado clínico general, aunque ambas muestran aparente eficacia en el abordaje del trastorno dual (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017). Asimismo, la intervención familiar para PD resultó más beneficiosa en educación sobre los trastornos, sintomatología psiquiátrica y severidad de consumo que la educación familiar.

La investigación sobre tratamientos psicológicos para el TB dual es mínima y se ha limitado, en gran medida, a pequeños estudios sobre enfoques de TCC (Marel et al., 2022). Estos han examinado el uso de psicoterapias como complemento a la farmacoterapia, no como monoterapias y la intervención más investigada hasta la fecha es la IGT (Weiss et al., 2009). Un ensayo piloto no aleatorizado y dos pequeños ensayos clínicos aleatorizados han mostrado hallazgos más

positivos en relación con los resultados del consumo de alcohol y otras drogas en comparación con las condiciones de control de terapia grupal, pero no en relación con el estado de ánimo (Marel et al., 2022).

En resumen, se recomienda (recomendación débil) la IGT para la disminución del consumo de sustancias en TB dual (San et al., 2020).

Trastornos relacionados con el alcohol

Además de las opciones existentes para el tratamiento de las adicciones, cabe destacar la IGT que se basa en los principios de la TCC (Flórez et al., 2017).

Trastornos relacionados con estimulantes

Se ha evaluado la estrategia conductual de MC, que utiliza el refuerzo basado en la abstinencia de drogas, a nivel ambulatorio en pacientes con TMG y dependencia de estimulantes (Goikolea et al., 2016). En el estudio los pacientes con TB suponían alrededor de un tercio de la muestra, si bien no se publicaron subanálisis por grupos diagnósticos. Los pacientes del grupo de MC que consiguieron finalizar los tres meses de tratamiento fueron menos. Sin embargo, tuvieron una mejor evolución del TUS por estimulantes, con una probabilidad 2,4 veces mayor de tener un urinoanálisis negativo, y también de los síntomas psiquiátricos, con una probabilidad un 80% inferior de requerir hospitalización psiquiátrica durante el tratamiento (Goikolea et al., 2016).

Trastornos relacionados con cocaína

Añadir MC (refuerzo en función de abstinencia) al tratamiento mejora la evolución del TUS y los síntomas psiquiátricos, disminuyendo la probabilidad de hospitalización (Ochoa et al., 2017).

Tabla 7. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos bipolares duales.

TRASTORNO BIPOLAR		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	TCC grupal, terapia grupal integrada (la más recomendada: GR D) y prevención de recaídas efectivas, pero se necesita más investigación. Probable efectividad de terapias grupales con psicoeducación, prevención de recaídas, manejo de contingencias e inclusión de la familia. Terapia grupal integrada más efectiva que grupos de asesoramiento sobre drogas.	Intervenciones motivacionales breves integradas en el tratamiento habitual para mejorar la adherencia. Terapia interpersonal y terapia de ritmo social para prevención de recaídas y mejora del funcionamiento interpersonal y la satisfacción vital. Intervención familiar para patología dual que educación familiar.
Trastornos relacionados con el alcohol	Terapia grupal integrada.	

TRASTORNO BIPOLAR		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con estimulantes	Manejo de contingencias prometedor.	
<i>Trastornos relacionados con cocaína</i>	Añadir manejo de contingencias al tratamiento mejora el curso del trastorno por consumo y los síntomas psiquiátricos.	

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026a; Flórez et al., 2017; Goikolea et al., 2016; Marel et al., 2022; Ochoa et al., 2017; Roncero et al., 2016b; San et al., 2020; Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. GR: Grado de recomendación. TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.5-Trastornos depresivos

Trastornos relacionados con sustancias

El tratamiento psicológico integrado para la depresión y el TUS es una aproximación prometedora, pero no hay suficiente apoyo empírico de que con ellos se mejore la depresión (recomendación débil; San et al., 2020). Todavía se dispone de pocos estudios sobre el tratamiento de la depresión dual, y la mayoría de ellos se han realizado en pacientes con dependencia del alcohol (Tirado-Muñoz et al., 2018). No obstante, cada vez más la investigación sobre terapias psicológicas respalda el uso de tratamientos psicológicos integrados para la

depresión concurrente y los TUS (Marel et al., 2022). Cabe resaltar la necesidad de realizar ensayos que superen las limitaciones actuales, como el escaso número de estudios, la falta de aleatorización a las condiciones de tratamiento, la heterogeneidad en los resultados y el reducido tamaño de las muestras (Marel et al., 2022). El resumen de las recomendaciones para los trastornos depresivos duales puede verse en la tabla 8.

La evidencia sugiere que el tratamiento estándar para los TUS sigue siendo eficaz en personas con depresión concomitante, aunque podría perder parte de su impacto, si bien los datos no son concluyentes (Queensland Health, 2010). La TCC es eficaz en depresión dual tanto sola como junto con el tratamiento farmacológico, aunque parece que al finalizar el tratamiento parte de esta mejoría se pierde (nivel evidencia 2; Becoña et al., 2008).

Las TCC han mostrado eficacia (Antai-Otong et al., 2016) y añadir TCC y EM al abordaje terapéutico estándar resulta también beneficioso (Murthy y Chand, 2012). La psicoterapia (TCC integrada, TCC grupal), con o sin el uso complementario de antidepresivos, puede reducir la frecuencia del consumo de sustancias y los síntomas depresivos, así como mejorar el funcionamiento a corto y largo plazo de la persona (SAMHSA, 2020). Los elementos del tratamiento con TCC más útiles que propone SAMHSA (2020) en su monografía de revisión incluyen:

- Análisis funcional de situaciones en las que es probable que se produzca el consumo de sustancias y de situaciones asociadas con los síntomas depresivos.
- Entrenamiento cognitivo para identificar y reformular pensamientos desadaptativos asociados con un mayor consumo de sustancias, así como con un estado de ánimo negativo.

- Habilidades conductuales para abordar el *craving*, afrontar situaciones estresantes y mejorar el estado de ánimo.

La mayoría de los estudios realizados ha examinado el uso de tratamientos integrados que adoptan un enfoque de TCC. Las revisiones de los datos existentes han demostrado que los enfoques de TCC integrados aportan resultados superiores para la depresión y el consumo de alcohol u otras drogas en comparación con grupos con el tratamiento habitual o sin tratamiento. Sin embargo, en la actualidad no existe suficiente evidencia para poder concluir que alguna terapia psicológica muestre una efectividad superior respecto a otras en depresión dual (Marel et al., 2022).

Se recomienda utilizar enfoques terapéuticos integrados con TCC, ya que estudios de revisión y metaanálisis confirman la eficacia de la TCC para mejorar la sintomatología depresiva y reducir el consumo de sustancias en personas con depresión comórbida, especialmente cuando se integra con estrategias de tratamiento adicionales, como la terapia de PR o la EM (SAMHSA, 2020).

También se recomienda incorporar técnicas de AC en el tratamiento de TCC, ya que la investigación con este enfoque para la comorbilidad de TUS y depresión se halla en aumento. La evidencia sugiere que es viable y eficaz para reducir los síntomas depresivos y el estado de ánimo negativo, aumentar la activación de conductas placenteras y mejorar la retención del tratamiento (SAMHSA, 2020). Además, la AC es eficaz para reducir la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol y otras drogas (Marel et al., 2022).

Otra cuestión a tener en cuenta es la doble depresión: no todos los pacientes con depresión y TUS cumplen los criterios diagnósticos de DM, pero aun así pueden presentar síntomas depresivos angustiantes y perjudiciales susceptibles de beneficiarse

del tratamiento o bien trastorno depresivo persistente y episodios depresivos mayores intermitentes (SAMHSA, 2020). En estos casos, será importante considerar el referir a un psiquiatra para valorar si es necesaria medicación.

Se ha usado el programa de tratamiento conductual BTSAS (Bellack et al., 2006), que consiste en EM más MC basado en controles de orina, junto con entrenamiento en habilidades sociales (Roncero et al., 2016b). Este ha demostrado efectividad en un ensayo clínico de 6 meses de duración con pacientes duales (39,5% de trastornos psicóticos y 55,8% de trastornos afectivos) frente a terapia de apoyo (Bellack et al., 2006), así como un mayor porcentaje de controles negativos de orina y mejor adherencia al tratamiento (Roncero et al., 2016b).

En el proyecto *Building Recovery by Improving Goals, Habits, and Thoughts* (BRIGHT; Watkins et al., 2011) se comparó la eficacia del tratamiento residencial del TUS respecto a la del tratamiento residencial con TCC añadida, observándose los mejores resultados en los pacientes que recibieron además TCC. Ello se ha evidenciado en una mayor adherencia al tratamiento y mejoría de los síntomas depresivos, tal y como recogen trabajos posteriores de revisión del manejo terapéutico de pacientes con depresión dual (Torrens et al., 2016; Tirado-Muñoz et al., 2018). Proporcionar TCC grupal para la depresión a los pacientes en tratamiento residencial para el TUS presenta, además, mejores relaciones de coste-efectividad y coste-utilidad que otras intervenciones (Watkins et al., 2014).

En resumen, la TCC es la psicoterapia más investigada y la que dispone de resultados mejor establecidos para considerarla la más efectiva disponible en el tratamiento de la comorbilidad de TUS y depresión (Vujanovic et al., 2017). Las terapias de tercera generación, como ACT, intervenciones basadas en MF y AC disponen de menos

estudios para esta PD, pero los hallazgos iniciales son prometedores (Vujanovic et al., 2017). La efectividad del tratamiento de la depresión dual con TCC está bien reconocida en base a los datos disponibles; sin embargo, en la práctica clínica todavía no se aplica de forma habitual (Torrens et al., 2016; Tirado-Muñoz et al., 2018).

Trastornos relacionados con el alcohol

Las terapias que han demostrado eficacia a la hora de reducir el consumo de alcohol en estos pacientes duales son: terapia motivacional, TCC, terapia de PR, MC y modelo de los 12 pasos (Flórez et al., 2017).

Tanto la intervención motivacional como el tratamiento habitual muestran un efecto leve pero clínicamente significativo para disminuir los síntomas de DM y el consumo de alcohol (Torrens et al., 2016). La TCC en personas con depresión y dependencia del alcohol se asocia con una disminución del consumo después del tratamiento (Gordon, 2008). La combinación de EM y TCC logra mayor reducción del consumo que la terapia breve, mostrando un efecto superior la versión computerizada que la intervención clásica con el terapeuta (Arias et al., 2017b).

Una revisión sistemática con metaanálisis evaluó, hace ya más de una década, la efectividad de la TCC y la intervención motivacional respecto al tratamiento habitual en la DM comórbida con trastorno por uso de alcohol (Riper et al., 2014). Los datos aportan una mejoría clínicamente significativa de ambas intervenciones, tanto para la disminución de los síntomas de depresión como para el consumo. Ello se ha confirmado en resultados posteriores, aunque el tamaño del efecto es pequeño (San et al., 2020) e inferior al obtenido con los tratamientos farmacológicos (Tirado-Muñoz et al., 2018).

El tratamiento habitual complementado con TCC y EM también aporta efectos pequeños pero significativos en la mejoría de la DM y la disminución del consumo de alcohol, en comparación con el tratamiento habitual solo u otras intervenciones psicosociales breves (SAMHSA, 2020).

La evidencia ha demostrado que las intervenciones cortas en pacientes con DM y consumo de alcohol pueden ser ineficaces, por lo que se recomienda el uso de terapia cognitiva, terapia conductual y terapia de apoyo (Preuss et al., 2018). Los estudios existentes carecen de evidencia suficiente para otras formas de terapia (Preuss et al., 2018).

En resumen, la TCC se ha mostrado efectiva en la mayoría de los estudios disponibles para el tratamiento de pacientes con comorbilidades de depresión y trastornos por consumo de alcohol, con mejorías tanto en la sintomatología depresiva como en el consumo (Preuss et al., 2018). Por tanto, se recomienda (recomendación débil) la TCC para reducir el consumo de alcohol y el nivel de internalización (depresión y ansiedad) de estos pacientes duales (San et al., 2020).

Trastornos relacionados con cannabis

Las intervenciones psicológicas resultan prometedoras y eficaces en el corto plazo, tal y como apuntaron Arias et al. (2017b) en su guía clínica basada en la evidencia. De ella destacan dos recomendaciones: la primera es que la TCC y la EM son las intervenciones con mejores resultados y la segunda que en grandes consumidores con trastorno crónico las intervenciones deben ser más extensas.

La combinación de EM y TCC logra una mayor reducción del consumo que la terapia breve, teniendo un efecto superior la

versión computerizada que la intervención clásica con terapeuta (Arias et al., 2017b).

En resumen, la TCC es, en la actualidad, la forma de tratamiento más empleada y recomendada para la comorbilidad entre depresión y consumo de cannabis (Gordon, 2008), si bien hacen falta estudios recientes para matizar o consolidar las recomendaciones en esta PD en la que ha existido un cambio en qué tipo de sustancia se consume bajo la denominación de cannabis y sus posibles consecuencias.

Trastornos relacionados con inhalantes

Se deben utilizar enfoques estándar de TCC para esta PD, con especial atención al desarrollo de (Gordon, 2008):

- Habilidades de asertividad (habilidades de rechazo).
- Habilidades de afrontamiento para controlar y gestionar emociones como la ira y la tristeza.

Gordon, en 2008, señaló los aspectos clave en el manejo de esta comorbilidad que siguen totalmente vigentes a día de hoy. Se deben ofrecer alternativas al consumo de inhalantes, por ejemplo, actividades recreativas y desarrollar enfoques de refuerzo comunitario movilizándolo el sistema local de servicios de salud y bienestar en los planes de atención individual. También se deben considerar intervenciones familiares, como mejorar la comunicación entre la persona y su familia. Además, podría requerirse un enfoque asertivo de contacto y seguimiento.

Trastornos relacionados con opiáceos

Los estudios han mostrado que el MC es eficaz para promover la abstinencia de opiáceos en personas con DM concurrente que reciben tratamiento de mantenimiento con buprenorfina (Marel et al., 2022).

De igual modo, el entrenamiento en *neurofeedback* para la adicción a opiáceos ha evidenciado mejora en el *craving* y la depresión (Fernández et al., 2017).

La TCC proporciona un beneficio adicional en combinación con un programa de terapia de mantenimiento en el tratamiento de la depresión en consumidores de opioides (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

El tratamiento psicológico y conductual puede ser eficaz para tratar el insomnio (Gordon, 2008), pero no hay evidencia sobre ningún tratamiento específico para esta comorbilidad (Guardia y Flórez, 2017).

La TCC para la depresión puede ser más eficaz si la sedación y la ansiolisis debidas al uso de benzodiazepinas son mínimas (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con estimulantes

La TCC se puede utilizar para abordar el consumo de estimulantes y es eficaz (Gordon, 2008).

Se ha evaluado la estrategia conductual de MC, que utiliza el refuerzo basado en la abstinencia de drogas, a nivel ambulatorio en pacientes con TMG y dependencia de estimulantes. En un estudio se incluyeron pacientes depresivos que suponían cerca de un tercio de la muestra, pero no se publicaron análisis diferenciados para los grupos diagnósticos considerados (Goikolea et al., 2016). Si bien menos pacientes del grupo de MC consiguieron finalizar los tres meses de tratamiento, aquellos que lo consiguieron tuvieron una mejor evolución del TUS por estimulantes. La evolución se fundamentó en dos indicadores, una probabilidad 2,4 veces mayor de tener un

urinoanálisis negativo y una probabilidad un 80% inferior de requerir hospitalización psiquiátrica durante el tratamiento.

En general las aproximaciones psicológicas solas y su combinación con farmacológicas no han mostrado una efectividad suficiente en el primer caso o superior en el segundo caso. Sin embargo, tal y como señalan Hellem et al. (2015) en su revisión, existe un enorme vacío en el conocimiento sobre el tratamiento del trastorno por uso de metanfetamina y la depresión comórbidos. Además, dado que las mujeres consumidoras de anfetaminas experimentan mayores tasas de depresión que los hombres se necesita un enfoque de tratamiento específico en función del género (Hellem et al., 2015).

Trastornos relacionados con cocaína

Las intervenciones de orientación cognitiva y/o conductual han mostrado utilidad. Añadir MC (refuerzo en función de abstinencia) al tratamiento mejora la evolución del trastorno por consumo y los síntomas psiquiátricos, disminuyendo la probabilidad de hospitalización (Ochoa et al., 2017). De igual modo, el MC se ha mostrado eficaz para promover la abstinencia de la cocaína en personas con DM comórbida (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el tabaco

Añadir componentes comportamentales al tratamiento farmacológico es una estrategia prometedora para fumadores con síntomas depresivos, tal y como revisaron Morozova et al. en 2015. La incorporación de un componente psicosocial de manejo del ánimo a la intervención para dejar de fumar estándar, comparada con solo el tratamiento estándar, aumenta las tasas de abstinencia de fumadores con DM presente o pasada. Además, incluir este componente tiene

un efecto beneficioso, aunque de tamaño pequeño, en la probabilidad de dejar de fumar en estos pacientes.

El MC, como complemento a otras intervenciones para lograr bien la abstinencia o la reducción del consumo, es efectivo en personas con diagnóstico de depresión (Pereiro y Fernández, 2018).

Adicciones comportamentales

Trastorno por juego

La TCC, especialmente en combinación con la EM y los grupos de autoayuda, parece ser eficaz en esta PD, como revisaron Fernández-Artamendi et al. (2017) en su guía de práctica basada en la evidencia. Así, existen estudios que apuntan a la eficacia de la TCC o incluso la intervención telefónica breve para mejorar tanto los síntomas de la depresión como los problemas de juego.

Adicción a internet

Varios estudios indican que la TCC y otras intervenciones psicosociales pueden ser efectivas para reducir el tiempo que la persona se halla conectada (Young, 2007) y los síntomas depresivos (Jorgenson et al., 2016). Se requiere investigación que actualice y mejore el conocimiento del uso de psicoterapia en esta PD, con un porcentaje creciente de demanda de tratamiento en población joven.

Tabla 8. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos depresivos duales.

TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Pocos estudios y la mayoría centrados en dependencia del alcohol. Tratamiento integrado prometedor, pero falta de soporte empírico de que mejore depresión. TCC (sola o junto con tratamiento farmacológico) es el tratamiento disponible más eficaz, aunque al finalizar el tratamiento parte de esta mejoría se pierde (NE 2). Añadir TCC y entrevista motivacional al tratamiento estándar es beneficioso. TCC integrada o TCC grupal, con o sin antidepresivos, mejores resultados que tratamiento usual o no tratamiento. Prometedoras terapia de aceptación y compromiso,	Añadir TCC al tratamiento residencia para el trastorno por uso de sustancias mejora los resultados y presenta mejores ratios de coste-eficacia y coste-utilidad que otras intervenciones.

TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	<i>mindfulness</i> , activación conductual y BTSAS. Recomendados enfoques integrados combinando TCC, prevención de recaídas y entrevista motivacional.	
Trastornos relacionados con el alcohol	Eficacia terapia motivacional, TCC, prevención de recaídas, manejo de contingencias y modelo de los 12 pasos. Recomendadas TCC (GR D), terapia cognitiva, terapia conductual y terapia de apoyo. Combinación de entrevista motivacional y TCC mayor reducción del consumo que la terapia breve y mejores resultados que tratamiento usual u otras intervenciones.	
Trastornos relacionados con cannabis	TCC (la más recomendada) y entrevista motivacional las más prometedoras.	En grandes consumidores con trastorno crónico son recomendables intervenciones más extensas.

TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con cannabis	Combinación de entrevista motivacional y TCC mayor reducción del consumo que la terapia breve.	
Trastornos relacionados con inhalantes	TCC con refuerzo comunitario, intervenciones familiares y enfoque asertivo.	
Trastornos relacionados con opiáceos	TCC proporciona un beneficio adicional en combinación con un programa de terapia de mantenimiento. Entrenamiento en <i>neurofeedback</i> mejora <i>craving</i> y depresión.	Manejo de contingencias eficaz para promover la abstinencia en personas que reciben tratamiento de mantenimiento con buprenorfina.
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	No hay evidencia sobre ningún tratamiento específico. Tratamiento psicológico y conductual eficaz para insomnio. TCC más eficaz si sedación y ansiolisis mínimas debido al uso de benzodiazepinas.	
Trastornos relacionados con estimulantes	TCC eficaz para abordar el consumo. Prometedor manejo de contingencias.	

TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
<i>Trastornos relacionados con anfetaminas</i>	Falta evidencia.	Tratamiento específico en función del género, ya que las mujeres experimentan mayores tasas de depresión que los hombres.
<i>Trastornos relacionados con cocaína</i>	Útiles intervenciones cognitivas y/o conductuales. Añadir manejo de contingencias mejora la evolución y la abstinencia del trastorno por uso de sustancias y los síntomas psiquiátricos.	
<i>Trastornos relacionados con el tabaco</i>	Añadir componentes comportamentales al tratamiento farmacológico es una estrategia prometedora. Añadir componente conductual de manejo del ánimo a la intervención estándar aumenta las tasas de abstinencia. Manejo de contingencias efectivo como complemento para abstinencia y reducción del consumo.	

TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastorno por juego	TCC, especialmente en combinación con entrevista motivacional y grupos de autoayuda, parece ser eficaz. Eficacia de TCC o intervención telefónica breve para mejorar los síntomas depresivos y los problemas de juego.	
Adicción a internet	TCC y otras intervenciones psicosociales pueden ser efectivas para reducir el tiempo online y los síntomas depresivos.	

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Arias et al., 2017b; Becoña et al., 2008; Benito et al., 2026a; Fernández-Artamendi et al., 2017; Fernández et al., 2017; Flórez et al., 2017; Goikolea et al., 2016; Gordon, 2008; Guardia et al., 2017; Hellem et al., 2015; Jorgenson et al., 2016; Marel et al., 2022; Morozova et al., 2015; Murthy y Chand, 2012; Ochoa et al., 2017; Pereiro y Fernández, 2018; Preuss et al., 2018; Queensland Health, 2010; Roncero et al., 2016b; San et al., 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020; Tirado-Muñoz et al., 2018; Vujanovic et al., 2017; Watkins et al., 2011; Watkins et al., 2014. BTSAS: Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness; GR: Grado de recomendación; NE: Nivel de evidencia; TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.6-Trastornos de ansiedad

Trastornos relacionados con sustancias

Apenas existen estudios sobre el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad con TUS comórbidos y los datos no son concluyentes o son contradictorios (Marel et al., 2022; Saiz et al., 2014; Torrens et al., 2016). En la tabla 9 se puede ver el resumen de la evidencia existente.

La evidencia sugiere que el tratamiento estándar para los TUS sigue siendo eficaz en personas con ansiedad concomitante (Queensland Health, 2010). Los datos publicados de abordaje psicoterapéutico en esta PD son, en su mayoría, con TCC (Antai-Otong et al., 2016; Murthy y Chand, 2012). Los tratamientos integrados que incluyen TCC o TE pueden reducir de forma segura y eficaz los síntomas psiquiátricos y de TUS, pero en algunos estudios no han mostrado más efectividad que el placebo (SAMHSA, 2020).

Se recomienda la utilización de tratamientos integrados, ya que, dada la relación bidireccional entre ambos trastornos, abordarlos simultáneamente en terapia integrada puede mitigar las recaídas y proporcionar un enfoque holístico al tratamiento (SAMHSA, 2020). Las técnicas efectivas incluyen la PE sobre la naturaleza de la ansiedad, la TCC (monitoreo de la ansiedad, reestructuración del pensamiento, aclaración de distorsiones cognitivas, TE y entrenamiento de relajación), el fomento de la motivación, el MF y el fomento de un estilo de vida saludable, junto con la medicación cuando esta se estime necesaria (SAMHSA, 2020).

Algunas recomendaciones para el tratamiento (SAMHSA, 2020; Saiz et al., 2016) son:

- Abordaje individualizado según recursos disponibles y expectativas del paciente.
- Tratar de forma simultánea ambos trastornos.
- La ansiedad debe evaluarse al inicio del tratamiento.
- Apoyo psicosocial y entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
- El tipo de trastorno de ansiedad puede afectar el compromiso, la participación y la retención en el tratamiento.
- Tener en cuenta que los síntomas de ansiedad pueden imitar o presentarse como parte de la abstinencia o reducción del consumo de sustancias y aparecer o aumentar al inicio del tratamiento.
- La sensibilidad a la ansiedad (miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad) está relacionada con la interrupción prematura del tratamiento. Por un lado, las personas pueden malinterpretar los síntomas físicos de la abstinencia como signos de un problema médico. Por otro, los síntomas de ansiedad y la sensibilidad a la ansiedad también pueden evolucionar a trastornos de ansiedad si no se tratan, lo que hace que los pacientes sean vulnerables a volver al consumo de sustancias.

En la mayoría de los casos, la TCC es el tratamiento de primera línea que resulta más económico y efectivo que la medicación en la reducción de la sintomatología de ansiedad, en especial en personas con poca o ninguna exposición previa a las benzodiazepinas (Gordon, 2008). La efectividad de la TCC es superior si se halla presente una sedación y ansiólisis mínimas debido al uso de benzodiazepinas (Gordon, 2008).

En resumen, existe evidencia creciente que sugiere que los enfoques de tratamiento integrados pueden ser eficaces para reducir los síntomas de ansiedad, de depresión, estrés y consumo de sustancias, así como para mejorar la calidad de vida de las personas con ansiedad dual (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el alcohol

La TCC junto con EM ha mostrado eficacia, especialmente como programas de intervención prolongados que se asocian a una eficacia más duradera (Mocanu y Wood, 2022; Saiz et al., 2016). Existen, sin embargo, algunos estudios en los que no se observa que el tratamiento psicológico simultáneo aporte ventajas (Saiz et al., 2014).

Se recomienda TCC para reducir el consumo de alcohol y el nivel de internalización (ansiedad y depresión) (recomendación débil; San et al., 2020). Aunque el tratamiento exitoso del trastorno de ansiedad o del trastorno por consumo de alcohol con TCC no necesariamente muestra un resultado positivo para el trastorno comórbido (Gordon, 2008). Es decir, los resultados para el trastorno de ansiedad y el relacionado con el alcohol son en cierta medida independientes.

La TCC puede ser efectiva para (Gordon, 2008):

- Mejorar los resultados relacionados con el alcohol en personas con ansiedad y dependencia del alcohol, y es más eficaz en quienes beben menos.
- Reducir los síntomas de ansiedad en personas con problemas adicionales relacionados con el alcohol. La TCC debe considerarse antes que el tratamiento con benzodiazepinas.

En el metaanálisis realizado por Preuss et al. (2018), se obtuvieron tamaños del efecto de d de Cohen de 0,66 para la TCC y

de 0,24 para la medicación. El tratamiento de los trastornos de ansiedad mostró un tamaño del efecto mayor ($d = 0,52$) que el de la depresión ($d = 0,21$), mientras que el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol no resultó significativo ($p = 0,09$).

Trastornos relacionados con cannabis

La TCC es, en la actualidad, la forma de tratamiento más empleada para el consumo de cannabis y es eficaz para reducir los síntomas de ansiedad de estos pacientes (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con inhalantes

Se deben utilizar enfoques estándar de TCC para esta PD, con especial atención al desarrollo de (Gordon, 2008):

- Habilidades de asertividad (habilidades de rechazo).
- Habilidades de afrontamiento para controlar y gestionar emociones como la ira y la tristeza.

Las recomendaciones de Gordon (2008), muy fundamentadas en el tipo de sustancia que motiva el trastorno con menor énfasis en la comorbilidad, son ofrecer alternativas al consumo de inhalantes, (actividades recreativas, enfoques de refuerzo comunitario); considerar intervenciones familiares para mejorar la comunicación entre la persona y su familia, así como valorar la necesidad de un enfoque asertivo de contacto y seguimiento.

Trastornos relacionados con opiáceos

Se necesitan estudios futuros de intervenciones para personas con trastorno por uso de opiáceos y trastornos de ansiedad para determinar su eficacia (Fernández et al., 2017).

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

No hay evidencia sobre ningún tratamiento específico para esta comorbilidad (Guardia y Flórez, 2017).

La TCC puede ser y es efectiva cuando se administra simultáneamente con reducciones de dosis de benzodiazepinas (Gordon, 2008), habiéndose demostrado que mejora la probabilidad de que los pacientes reduzcan gradualmente y suspendan con éxito el consumo cuando también padecen un trastorno de ansiedad.

La exposición gradual es un componente muy eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los pacientes que toman benzodiazepinas no se benefician de este enfoque si toman dosis superiores a 10 mg de diazepam, y las dosis inferiores pueden interferir con la capacidad de la persona para habituarse a los disparadores de ansiedad (Gordon, 2008). Ello hace que se deba aconsejar la reducción del uso de benzodiazepinas con el objetivo a largo plazo de su retirada e introducir estrategias de manejo alternativas, ya que la TCC es eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y todavía más si la sedación y la ansiolisis causadas por el uso de benzodiazepinas son mínimas (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con estimulantes

La TCC es eficaz para reducir los síntomas generales de ansiedad (Gordon, 2008), si bien no existen estudios en las últimas décadas que nos permitan ir más allá de esta afirmación general.

Tabla 9. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad duales.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Tratamiento estándar para TUS eficaz. La mayor evidencia es para TCC. Son efectivas psicoeducación, TCC, terapia de exposición, entrenamiento motivacional, <i>mindfulness</i> y promoción de estilo de vida saludable, junto con medicación cuando sea necesaria.	
Trastornos relacionados con el alcohol	TCC (GR D) combinada con entrevista motivacional es efectiva. TCC recomendada como primera línea de tratamiento antes que benzodiazepinas.	TCC más eficaz en quienes beben menos.
Trastornos relacionados con cannabis	TCC efectiva.	
Trastornos relacionados con inhalantes	TCC combinada con refuerzo comunitario, intervenciones familiares y enfoque asertivo.	

TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con opiáceos	Se necesitan estudios al respecto.	
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	TCC y terapia de exposición efectivas cuando se administran simultáneamente con reducciones de dosis de benzodiazepinas.	
Trastornos relacionados con estimulantes	TCC eficaz para reducir los síntomas generales de ansiedad.	

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Antai-Otong et al., 2016; Benito et al., 2006b; Fernández et al., 2017; Gordon, 2008; Marel et al., 2022; Mocanu y Wood, 2022; Murthy y Chand, 2012; Queensland Health, 2010; Saiz et al., 2016; San et al., 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. GR: Grado de recomendación. TCC: Terapia cognitivo conductual. TUS: Trastorno por uso de sustancias.

6.6.1-Trastorno de ansiedad social (fobia social)

El resumen de la evidencia sobre este trastorno dual se muestra en la tabla 10.

Trastornos relacionados con el alcohol

No hay evidencias suficientes que permitan una recomendación específica en esta PD (Flórez et al., 2017). Se han llevado a cabo tres ensayos clínicos aleatorizados que han examinado la eficacia de las terapias basadas en la TCC para el trastorno de ansiedad social en personas con trastornos por consumo de alcohol, con resultados mixtos (Marel et al., 2022). Los datos de estos ensayos sugieren que

el tratamiento integrado o complementario de la ansiedad social y el trastorno por consumo de alcohol puede ser más beneficioso que el tratamiento solo para el consumo de alcohol, pero se requiere más investigación en cuanto al impacto de la incorporación de TCC. También se debe explorar la posible eficacia de otros tipos de psicoterapia, pues los estudios hasta la fecha se han centrado en la TCC por existir una evidencia sólida que respalda su uso para la ansiedad social como trastorno único (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con cannabis

La TCC centrada en los mecanismos de afrontamiento será más eficaz si la persona ha consumido cannabis u otros alucinógenos para automedicarse y afrontar situaciones de ansiedad social (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con estimulantes

De igual modo que con el cannabis, la TCC centrada en los mecanismos de afrontamiento será más eficaz si el consumo de estimulantes se realiza a modo de automedicación y para afrontar situaciones de ansiedad social (Gordon, 2008).

Tabla 10. Recomendaciones para el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social dual.

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL)	
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con el alcohol	Tratamiento integrado o complementario con TCC puede ser más beneficioso que el tratamiento solo para el consumo, pero se necesita más investigación. Se requiere más investigación sobre la eficacia de otros tipos de psicoterapia.

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL)	
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con cannabis	TCC más eficaz si la persona ha consumido cannabis u otros alucinógenos para automedicarse y afrontar situaciones de ansiedad social.
Trastornos relacionados con estimulantes	TCC más eficaz en situaciones en las que la persona ha estado utilizando estimulantes para automedicarse y afrontar situaciones de ansiedad social.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Gordon, 2008; Marel et al., 2022. TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.6.2-Trastorno de pánico

El resumen de la evidencia sobre este trastorno dual se puede ver en la tabla 11.

Trastornos relacionados con sustancias

Se han realizado pocas investigaciones que examinen el tratamiento del trastorno de pánico cuando coexiste con TUS, estas se han centrado en la TCC y sus resultados deben considerarse preliminares (Marel et al., 2022). En ausencia de esta evidencia, resulta apropiado el uso de estrategias similares a las que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico por sí solo (Marel et al., 2022).

Se recomienda un enfoque de atención escalonada que comienza con PE y consejos sobre estilo de vida (alimentación saludable, sueño, ejercicio y la limitación del consumo de cafeína, tabaco y alcohol), seguido de TCC, farmacoterapia (ISRS o IRSN) complementada con exposición gradual, o una combinación de TCC

y farmacoterapia según sea necesario dependiendo de la gravedad de los síntomas (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el alcohol

No hay evidencias que permitan una recomendación específica (Flórez et al., 2017).

Tabla 11. Recomendaciones para el tratamiento psicológico del trastorno de pánico dual.

TRASTORNO DE PÁNICO	
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con sustancias	TCC la más usada. En ausencia de evidencia específica, uso de estrategias eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico por sí solo. Enfoque de atención escalonada: psicoeducación y consejos sobre estilo de vida, seguido de TCC, farmacoterapia (ISRS o IRSN) complementada con exposición gradual, o combinación de TCC y farmacoterapia según sea necesario, dependiendo de la gravedad de los síntomas.
Trastornos relacionados con el alcohol	No hay evidencias que permitan una recomendación específica.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Flórez et al., 2017; Marel et al., 2022. IRSN: inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (dual); ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.6.3-Trastorno de ansiedad generalizada

En la tabla 12 puede verse el resumen de las recomendaciones sobre este trastorno dual.

Trastornos relacionados con sustancias

Hay muy poca evidencia sobre la eficacia de las terapias psicológicas para la comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y el consumo de sustancias (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el alcohol

No existen evidencias que permitan una recomendación específica (Flórez et al., 2017).

Trastornos relacionados con opiáceos

Estos pacientes pueden beneficiarse de las técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva, AC, resolución de problemas e higiene del sueño (Fernández et al., 2017).

Tabla 12. Recomendaciones para el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad generalizada dual.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con sustancias	Hay muy poca evidencia.
Trastornos relacionados con el alcohol	Sin evidencias que permitan una recomendación específica.
Trastornos relacionados con opiáceos	Técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, reestructuración cognitiva, activación del comportamiento, resolución de problemas e higiene del sueño.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Fernández et al., 2017; Flórez et al., 2017; Marel et al., 2022.

6.7-Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastornos relacionados

Trastornos relacionados con sustancias

La evidencia sobre el tratamiento del TOC en personas con TUS es escasa, ya que la mayoría de los estudios sobre el tratamiento del TOC excluyen el consumo de sustancias o no lo mencionan (Marel et al., 2022). Solo un ensayo clínico aleatorizado ha examinado la eficacia de la TCC con exposición con prevención de respuesta (EPR) para el tratamiento concurrente del TOC y el consumo de sustancias en personas en rehabilitación residencial por la adicción (Marel et al., 2022). Se evidenció que los pacientes que recibieron TCC junto con

EPR para el TOC permanecieron en tratamiento durante más tiempo, presentaron una menor gravedad de los síntomas de TOC y mayores tasas de abstinencia durante el tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses, en comparación con quienes recibieron tratamiento solo para el consumo o para el consumo más relajación muscular progresiva.

Con base en la limitada evidencia sobre el tratamiento del TOC y el consumo de sustancias comórbido y la relativa al tratamiento del TOC y el consumo de sustancias como trastornos individuales, Marel et al. (2022) recomiendan cinco pasos para el tratamiento de personas con TOC y TUS:

1. Evaluación tanto del TOC como del consumo de sustancias. Esto puede resultar difícil si los pacientes intentan ocultar sus síntomas por miedo o vergüenza. Además, el TOC a menudo puede confundirse con otras enfermedades psiquiátricas (fobia, depresión, psicosis...).
2. Evaluación del tipo y la frecuencia de los síntomas mediante herramientas de evaluación validadas. Pensamientos, sentimientos y comportamientos intrusivos, descripción detallada de los estímulos que provocan ansiedad que se experimentan habitualmente y las conductas ritualistas realizadas en respuesta.
3. Terapia psicoeducativa.
4. Creación de una jerarquía de miedos o estímulos.
5. Tratamiento simultáneo de EPR para el TOC y tratamiento para el consumo de sustancias.

Si bien estos hallazgos y recomendaciones son prometedores, se requiere el desarrollo de estudios futuros que recaben evidencia en esta PD y no solo con ERP sino con otros abordajes psicoterapéuticos. En particular, la naturaleza cíclica entre el TOC y

el consumo de sustancias sugiere la necesidad de desarrollar tratamientos integrados que aborden simultáneamente ambos trastornos: PE para explorar la relación cíclica entre los síntomas del TOC y el consumo de sustancias, abordar el consumo de sustancias durante el tratamiento EPR si se identifica como una conducta de seguridad (alivia temporalmente la angustia asociada con las obsesiones) y trabajo terapéutico centrado en aumentar la autoeficacia, para ayudar al paciente a creer que puede afrontar la situación sin el consumo de sustancias (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el alcohol

No hay evidencias que permitan una recomendación específica (Flórez et al., 2017).

6.8-Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Trastornos relacionados con sustancias

Se han desarrollado diversas intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento del TEPT comórbido a TUS, y en los últimos años se ha incrementado el interés en ello (Marel et al., 2022). En la tabla 13 se muestra el resumen de las recomendaciones al respecto.

Aunque existe cierta controversia sobre las convenciones de nomenclatura, los enfoques existentes pueden dividirse en dos tipos de terapias: centradas en el pasado/trauma y centradas en el presente/no trauma (Marel et al., 2022). La principal distinción radica en que las primeras implican la revisión de los recuerdos traumáticos y su significado, mientras que las segundas se focalizan en el desarrollo de habilidades de afrontamiento en el presente, sin una discusión a fondo del trauma (Simpson et al., 2017).

Las psicoterapias centradas en el trauma basadas en la evidencia para el TEPT, la Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC; Resick et al., 2016) y la EP (Foa et al., 2007) muestran unas tasas similares de finalización del tratamiento y tolerabilidad en los diferentes subtipos de TUS. Sin embargo, la TPC se asocia con mayor probabilidad de finalizar el tratamiento en comparación con la EP (Somohano et al., 2024).

La TPC (Resick et al., 2016) utiliza técnicas de reestructuración cognitiva para modificar las creencias desadaptativas relacionadas con el trauma que sobre-generalizan las señales traumáticas y perpetúan los síntomas de TEPT (Somohano et al., 2024). La TPC y la TPC integrada con la TCC para el consumo de sustancias han mostrado resultados prometedores en personas con TUS; sin embargo, esta investigación se ha realizado principalmente en muestras de veteranos estadounidenses (Marel et al., 2022). Estudios que comparan los resultados de la TPC en veteranos con y sin TUS comórbidos no han encontrado diferencias significativas entre los grupos, mostrando, al igual que estudios abiertos de TPC combinada con TCC para el TUS, reducción de los síntomas de TEPT, depresivos y relacionados con el consumo (Marel et al., 2022).

La terapia de EP (Foa et al., 2007) utiliza estrategias de exposición y prevención de respuesta para reducir y, finalmente, extinguir la angustia asociada con la presentación de señales traumáticas mediante técnicas de exposición en imaginación y en vivo (Somohano et al., 2024). La EP se ha modificado para incluir sesiones que aborden el consumo de sustancias con estrategias de TCC, creando el tratamiento concurrente del TEPT y los TUS mediante EP (*Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure* (COPE); Mills et al., 2012), o se ha aumentado con tratamiento para el TUS con orientación cognitiva conductual (Foa et

al., 2013; McGovern et al., 2009; Simpson et al., 2017). El COPE parece producir mayores mejorías en el TEPT y los TUS que el tratamiento habitual (Back et al., 2014; Fernández et al., 2017). Según Marel et al. (2022), los estudios han demostrado que, si bien la disminución del consumo de sustancias es comparable a la de los controles, el programa supera la reducción de los síntomas de TEPT del tratamiento habitual para el consumo de sustancias, de la PR y de la terapia centrada en el presente/no trauma Buscando seguridad (*Seeking safety*; Najavits et al., 1998), que se expondrá más adelante.

Los tratamientos centrados en el trauma y basados en la evidencia recomendados como primera línea de tratamiento para el TEPT se sugiere, con evidencia preliminar, que pueden ser administrados a pacientes con TEPT dual. Los pacientes muestran buena aceptación y mejoras no solo en los síntomas del TEPT sino también en el TUS (Bernardy et al., 2011). La TE puede ser segura y eficaz para reducir el trauma y los síntomas de TUS, aunque se necesita más evidencia (SAMHSA, 2020). También hay datos positivos, aunque muy preliminares, que sugieren que el entrenamiento en inoculación del estrés (Meichenbaum, 1985) y la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR; Shapiro, 1989) combinada con la terapia de esquemas para el TEPT y los TUS puede ser eficaz para reducir tanto el TEPT como el consumo (Marel et al., 2022).

Se han estudiado otras dos terapias conductuales específicas para el TEPT dual basadas en la exposición: el tratamiento del TEPT con dependencia de sustancias (Triffleman et al., 1999) y el tratamiento concurrente del TEPT y la dependencia de la cocaína (Back et al., 2001; Brady et al., 2001). Ambas terapias se han investigado mínimamente en ensayos clínicos pequeños y no controlados (Bernardy et al., 2011).

La terapia de EP se considera uno de los tratamientos de elección para el TEPT, pero la investigación de su eficacia en poblaciones que abusan de sustancias es muy limitada debido al temor de que la exposición a señales de trauma precipite la recaída (Fernández et al., 2017). Por ello, se ha usado Buscando seguridad (Najavits et al., 1998), una intervención cognitivo conductual manualizada para mujeres con TEPT y TUS comórbidos, que no implica exposición a señales o narrativas relacionadas con el trauma (Fernández et al., 2017). Ha generado el mayor interés entre las psicoterapias no basadas en la exposición, quizás debido a la ausencia de otras terapias bien investigadas no centradas en el trauma y a la disponibilidad de un manual de tratamiento (Bernardy et al., 2011).

Buscando seguridad es una terapia centrada en el presente que enseña habilidades de afrontamiento relevantes tanto para el TEPT como para el TUS (Najavits et al., 1998). Incluye 25 temas que abordan cuestiones cognitivas, conductuales, interpersonales y de gestión de casos. Inicialmente, varios estudios piloto no controlados sugirieron que podía ser eficaz para reducir el consumo de sustancias y, en algunos casos, los síntomas del TEPT en mujeres (Bernardy et al., 2011). Los ensayos clínicos aleatorizados posteriores y los metaanálisis muestran que los resultados del tratamiento para el TEPT y el consumo de sustancias en las personas que reciben Buscando Seguridad son mejores que en quienes no reciben tratamiento, pero comparables a los que reciben otros tratamientos, como la PR, el tratamiento habitual para el consumo de sustancias o la educación para la salud (Marel et al., 2022).

Una terapia emergente centrada en el presente es la TCC integrada (TCCI; Saunders et al., 2019). La TCCI aborda el TEPT, el consumo de sustancias y su presencia concomitante mediante tres componentes principales: reestructuración cognitiva,

reentrenamiento respiratorio y centrado, y PE. Dos ensayos clínicos aleatorizados han examinado la eficacia de la TCCI en comparación con la atención habitual y el asesoramiento individualizado sobre adicciones (Marel et al., 2022). Ninguno de los dos estudios obtuvo diferencias significativas en la clínica del TEPT, pero uno observó resultados mejores relacionados con el consumo de sustancias.

Los tratamientos sin exposición podrían ser moderadamente eficaces para mejorar tanto el TEPT como los síntomas de consumo de sustancias, pero la evidencia aún es prematura (SAMHSA, 2020). También se están investigando en personas con esta comorbilidad los enfoques típicamente usados en los problemas de alcohol y otras drogas. Los estudios que utilizan TCC tienen resultados alentadores y positivos de eficacia (Bernardy et al., 2011; Antai-Otong et al., 2016).

Además, con base en la evidencia actual (aunque escasa), se sugiere que los profesionales clínicos deben adaptar los métodos de PR para ayudar a los pacientes con TUS a identificar las señales de recaída relacionadas con el trauma y prepararlos para afrontar esos desencadenantes sin consumir (Bernardy et al., 2011).

Los programas basados en MF también han demostrado ser prometedores en estudios piloto iniciales y en un ensayo clínico aleatorizado se obtuvo una mejoría superior en los síntomas del TEPT, los *cravings* de alcohol y el afecto negativo entre los participantes del programa de Mejora de la Recuperación Orientada al MF en comparación con el programa Buscando Seguridad (Marel et al., 2022).

El tratamiento integrado y concurrente que aborda ambos trastornos mentales simultáneamente ha generado un sólido respaldo empírico, parece ser preferible para los pacientes y se considera cada

vez más el estándar de atención actual, en particular cuando se combinan enfoques psicosociales y farmacológicos (SAMHSA, 2020). Son ejemplos de tratamientos concurrentes el COPE (Mills et al., 2012), la TCCI (Saunders et al., 2019) y Buscando Seguridad (Najavits, 2002). Las intervenciones concurrentes para el TEPT y el TUS son eficaces y seguras, sin que se haya observado el aumento del consumo de sustancias ni empeoramiento de la situación clínica del TEPT (Hien et al., 2021).

Otro ejemplo es la PR trauma-integrada basada en MF (TI-MBRP; Somohano y Bowen, 2022), que integra la TPC y temas centrados en el género con la PR basada en MF para el tratamiento de mujeres con TEPT y TUS. Ha mostrado ser aceptable para las participantes, aunque con una tasa de abandono alta (64 %) en el seguimiento de 12 meses, con reducciones significativas en la gravedad del TEPT y el *craving* durante el período de 12 meses (Somohano y Bowen, 2022).

Por otro lado, en una muestra de personas con TEPT que buscaban tratamiento para el TUS, la terapia de mejora motivacional centrada en el trauma se asoció con reducciones significativas mayores en los síntomas del TEPT y las pruebas positivas en orina de drogas en comparación con una condición de control (SAMHSA, 2020). La terapia de PR con terapia de EP también se asoció con una mejora notable en la gravedad de los síntomas de TUS y TEPT, así como menor consumo de sustancias durante la última semana según lo informado por el paciente y el clínico (SAMHSA, 2020).

Otro programa integrado basado en la exposición para adolescentes que ha demostrado ser prometedor en la reducción de los síntomas de TEPT, el consumo de sustancias y las conductas de riesgo es la Reducción de Riesgos a través de la TF (RRFT; Stevens

et al., 2017), que combina la TCC centrada en el trauma y la terapia multisistémica (Marel et al., 2022).

A pesar de la evidencia de que el tratamiento concurrente puede ser eficaz, las personas con TEPT y TUS con frecuencia solo reciben tratamiento para la adicción; además, a los pacientes en entornos de tratamiento para TUS a menudo ni siquiera se les evalúa el posible diagnóstico de TEPT (SAMHSA, 2020). Si bien el tratamiento del TUS por sí solo rara vez mejora los síntomas del TEPT, el abordaje para la reducción de estos síntomas disminuye de forma significativa la probabilidad de un consumo excesivo de sustancias (SAMHSA, 2020).

En suma, se han evaluado tratamientos basados en la exposición orientados al TEPT, tratamientos focalizados en la adicción y tratamientos basados en el afrontamiento que no incluyen exposición a las memorias traumáticas (Simpson et al., 2017). Varias revisiones han concluido que existe respaldo para las intervenciones psicológicas individuales centradas en el pasado/trauma que utilizan enfoques basados en la exposición, particularmente en relación con los resultados del TEPT, pero que hay muy poca evidencia que respalde el uso de intervenciones individuales o grupales no centradas en el trauma en lugar del tratamiento habitual para el consumo de alcohol y otras drogas (Marel et al., 2022).

Unos autores recomiendan las intervenciones que integran tratamiento del TEPT basado en la exposición y tratamiento conductual para el TUS, ya que se asocian con mejores resultados en el TEPT que el tratamiento para el TUS equiparado en tiempo y atención (Simpson et al., 2017). Por lo general, estos programas integrados incluyen PE sobre cada trastorno y su interrelación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, PR y exposición a recuerdos o recordatorios traumáticos y, en ocasiones, se

implementan en combinación con otras técnicas terapéuticas (Marel et al., 2022). El apoyo a estos programas está creciendo, con un número cada vez mayor de estudios que aportan evidencia de su eficacia y seguridad. Los participantes en estos estudios no mostraron un empeoramiento de los síntomas ni altas tasas de recaída; por el contrario, presentaron mejoras en relación con el consumo de sustancias y los resultados del TEPT. Sin embargo, otros autores concluyen que no se puede recomendar (recomendación débil) una intervención con tratamientos psicológicos integrados frente a no integrados en la mejoría de la sintomatología del TEPT y la disminución del consumo de sustancias (San et al., 2020).

Debido a la interrelación entre el TEPT y el consumo de sustancias, algunos expertos recomiendan el tratamiento integral de ambos trastornos (Marel et al., 2022). Otros profesionales clínicos sostienen que el TUS debe tratarse primero, o que la abstinencia es necesaria antes de intentar el diagnóstico y el tratamiento del TEPT (Marel et al., 2022). Sin embargo, en la práctica, este enfoque puede provocar que los pacientes sean transferidos entre servicios con poca coordinación de la atención; el denominado “síndrome de la puerta equivocada”. Además, los pacientes expresan su preferencia por intervenciones integradas que traten ambos trastornos simultáneamente (Marel et al., 2022). Aunque el consumo continuo de alcohol u otras drogas puede dificultar la terapia, no es necesario lograr la abstinencia antes de comenzar el tratamiento del TEPT y se pueden obtener mejoras incluso si se sigue consumiendo (Marel et al., 2022).

Los autores sí coinciden en que estos pacientes pueden beneficiarse de una variedad de opciones terapéuticas, incluido el tratamiento estándar para el TUS (Marel et al., 2022; Simpson et al., 2017). Distintos tratamientos psicológicos, como la TCC y la ACT,

son eficaces para el abordaje de los pacientes que presentan problemas con el consumo de sustancias y TEPT (nivel evidencia 3; Becoña et al., 2008; Bernardy et al., 2011). Los resultados preliminares sugieren que las psicoterapias recomendadas basadas en la evidencia para el TEPT (TPC, EP, entrenamiento en inoculación del estrés y EMDR) pueden ser efectivas en el tratamiento del TEPT comórbido con TUS (Bernardy et al., 2011). Sin embargo, los datos son limitados, lo que dificulta identificar claramente un tratamiento específico como el estándar de oro (Bernardy et al., 2011).

Por otro lado, es importante destacar que, si bien existe una sólida base de evidencia para ciertos tratamientos, es fundamental individualizar un plan de tratamiento adaptado a cada paciente (Marel et al., 2022).

Por último, las principales recomendaciones para mejorar el éxito del tratamiento propuestas por SAMHSA (2020) son:

- Tratar los trastornos simultáneamente. Los tratamientos integrados y simultáneos son eficaces y los pacientes pueden preferirlos al tratamiento secuencial. Además, puede ser un error pensar que tratar el TUS aliviará el TEPT, es posible que algunos síntomas empeoren durante la abstinencia y que sea necesaria la medicación para el TEPT.
- Ayudar a los pacientes a aumentar su sensación de seguridad al inicio del tratamiento mediante técnicas como ejercicios de arraigo (*grounding*), establecer rutinas, hablar sobre comportamientos que fomenten la seguridad y desarrollar un plan de seguridad para que se sientan seguros, preparados y en control.
- Adoptar medidas para prevenir la retraumatización. Esto incluye ser sensible a los desencadenantes de los pacientes (p. ej., permitir que se siente de cara a la puerta en lugar de darle la espalda),

- abordar con sensibilidad sus reacciones en respuesta a los eventos desencadenantes, prestar atención a las señales que provocan reacciones y comportamientos, y enseñarles a identificar y gestionar los desencadenantes relacionados con el trauma.
- Adaptar el ritmo, el horario y la duración de las sesiones a las necesidades de los pacientes. No apresurar el hablar sobre su trauma y mantenerse alerta a las señales de que se sientan abrumados por la intensidad o la velocidad de la intervención. Crear seguridad y mejorar las habilidades de afrontamiento para gestionar las reacciones al estrés traumático son aspectos clave para ayudar a sanar del trauma.
 - Reconocer la relación cíclica entre el trauma y el consumo de sustancias. El consumo de sustancias expone a las personas a un mayor riesgo de sufrir eventos traumáticos adicionales y estos traumas aumentan el riesgo de consumo. Los terapeutas deben educar a los pacientes sobre ello para protegerlos de daños.

Trastornos relacionados con el alcohol

Se han evaluado TE (en imaginación o prolongada), TPC y TCC, terapias cuyo uso es seguro y efectivo en personas con esta PD (Taylor et al., 2017). Como apuntan Taylor et al. (2017), en su revisión, no hay ninguna indicación de que el consumo de alcohol aumente con estas intervenciones. Sin embargo, aunque estas psicoterapias son efectivas en reducir el consumo de alcohol y los síntomas del TEPT, los resultados no son superiores a los observados en un grupo control. Esto puede deberse a las limitaciones de los estudios, que en su mayoría presentan una potencia y grupos control inadecuados.

La terapia centrada en el trauma, con una evidencia débil, consigue reducir tanto los síntomas del TEPT como el consumo de alcohol a largo plazo (Flórez et al., 2017).

La investigación que examina la eficacia de la ACT para el TEPT y el consumo de sustancias se encuentra en estado incipiente de desarrollo, pero se ha asociado con mejoras en los síntomas del TEPT y reducción de la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol en veteranos con TEPT dual (Marel et al., 2022).

Un estudio controlado sobre el tratamiento del TEPT comórbido en trastornos por consumo de alcohol evidenció únicamente eficacia para la TCC (Preuss et al., 2018). Los pacientes del grupo de intervención que recibieron al menos una sesión de terapia basada en exposición mostraron una mejoría de más del doble en los síntomas del TEPT y una reducción del consumo de alcohol, a los cinco meses después de finalizar el tratamiento, en comparación con el grupo control. Otro estudio aleatorizado sobre un programa de TCC integrado estabilizador (sin exposición) mostró una mejoría tanto en los síntomas del TEPT como en el consumo de sustancias a los 12 meses de seguimiento (Preuss et al., 2018).

Tabla 13. Recomendaciones para el tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático dual.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Terapia de procesamiento cognitivo y exposición prolongada efectivas, aceptables y seguras. Tratamiento integrado y concurrente efectivo y seguro.	En veteranos, los resultados de la terapia de procesamiento cognitivo no difieren con y sin trastornos por uso de sustancias comórbido.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Terapia de procesamiento cognitivo, exposición prolongada, TCC (NE 3), terapia de aceptación y compromiso (NE 3), entrenamiento en inoculación del estrés y EMDR efectivas.	En mujeres, Buscando seguridad es más efectivo que no tratamiento, pero comparable a prevención de recaídas, tratamiento estándar para el consumo y educación sobre salud.
	COPE mayores mejoras que tratamiento usual.	En mujeres, prevención de recaídas trauma-integrada basada en <i>mindfulness</i> (TI-MBRP) aceptable y efectiva.
	Evidencia preliminar para EMDR combinada con terapia de esquemas.	En adolescentes, Reducción de Riesgos a través de la Terapia Familiar (RRFT) prometedora.
	Tratamientos sin exposición (como Buscando seguridad) moderadamente efectivos.	
	Programas basados en <i>mindfulness</i> , terapia de mejora motivacional centrada en el trauma y prevención de recaídas con exposición prolongada son prometedores.	

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con el alcohol	Terapia de exposición (en imaginación o prolongada), terapia de procesamiento cognitivo y TCC seguras y efectivas. TCC (con o sin exposición) basada en exposición muestra evidencia más fuerte de eficacia. Terapia centrada en el trauma, con evidencia débil de efectividad.	En veteranos, terapia de aceptación y compromiso es efectiva.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Antai-Otong et al., 2016; Becoña et al., 2008; Benito et al., 2026b; Bernardy et al., 2011; Fernández et al., 2017; Flórez et al., 2017; Hien et al., 2022; Marel et al., 2022; Mills et al., 2012; Najavits et al., 1998; Preuss et al., 2018; Somohano et al., 2024; Somohano y Bowen, 2022; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020; Taylor et al., 2017. COPE: Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; EMDR: desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares; NE: Nivel de evidencia; TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.9-Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

La tabla 14 muestra el resumen de recomendaciones sobre los trastornos de síntomas de síntomas somáticos duales.

Trastornos relacionados con inhalantes

No parece haber estudios sobre el manejo de personas con trastornos somatomorfos y problemas relacionados con el uso de inhalantes o disolventes (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con opiáceos

Siempre se debe hacer hincapié en el manejo no farmacológico del trastorno somatomorfo como primera línea de tratamiento (Gordon, 2008), con la TCC habiendo demostrado una reducción de los síntomas somáticos y una mejora del funcionamiento en personas con trastornos somatomorfos.

El paciente debe ser tratado con la asistencia de un psicólogo clínico con experiencia en el manejo del dolor (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Es esencial priorizar el manejo no farmacológico del trastorno somatomorfos como primera línea de tratamiento cuando los recursos estén disponibles y el paciente esté dispuesto a participar (Gordon, 2008).

La TCC ha demostrado una reducción de los síntomas somáticos y una mejora del funcionamiento en personas con trastornos somatomorfos duales (Gordon, 2008). Si la persona está lista para el cambio y dispuesta a participar en la TCC específica para

su trastorno somatomorfo, es necesario reducir la dosis de benzodiazepinas u otros sedantes/hipnóticos para que la TCC pueda tener una mayor eficacia (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con estimulantes

Se recomiendan intervenciones breves y EM para el consumo de estimulantes (Gordon, 2008).

La TCC puede utilizarse para abordar tanto el consumo de estimulantes como el trastorno somatomorfo (Gordon, 2008), aunque, a día de hoy, no se dispone de estudios que hayan demostrado la eficacia de la TCC en el manejo de esta PD.

Tabla 14. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos de síntomas somáticos duales.

TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS	
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con inhalantes	No hay estudios.
Trastornos relacionados con opiáceos	Manejo no farmacológico del trastorno somatomorfo primera línea de tratamiento. TCC efectiva. Psicólogo clínico con experiencia en el manejo del dolor.
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	Manejo no farmacológico del trastorno somatomorfo primera línea de tratamiento. TCC efectiva, especialmente si se minimiza la dosis de benzodicepinas.

**Trastornos
relacionados
con
estimulantes**

Intervenciones breves y entrevistas motivacionales para el consumo.
TCC puede utilizarse, pero no existen estudios de eficacia.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Gordon, 2008.

6.10-Trastornos alimentarios y de la ingesta

Trastornos relacionados con sustancias

Existe evidencia muy limitada sobre el tratamiento de la comorbilidad de trastornos de la alimentación y consumo de sustancias, debido a la exclusión de las personas con TUS en la mayoría de los ensayos clínicos (Marel et al., 2022). Además, no existen ensayos controlados aleatorizados para el tratamiento de estos trastornos comórbidos (SAMHSA, 2020). El resumen de las pocas evidencias y recomendaciones existentes se puede ver en la tabla 15.

En general, se recomienda el tratamiento integrado, ya que las intervenciones secuenciales pueden aumentar la probabilidad de recaída o dificultar la recuperación del trastorno no tratado (SAMHSA, 2020). Si no es posible la atención integral, la recomendación de SAMHSA (2020) es la de iniciar primero el tratamiento del TUS para detener el consumo activo de sustancias y permitir que el paciente participe plenamente en la atención posterior.

Con independencia de la modalidad de tratamiento, se debe garantizar primero la estabilización médica y del peso para que los pacientes estén sanos y puedan participar física y cognitivamente en la terapia y beneficiarse de ella (SAMHSA, 2020). Algunos pacientes con anorexia o bulimia nerviosa requerirán previamente tratamiento hospitalario u hospitalización parcial para estabilizar el peso.

El tratamiento principal para estos trastornos es la intervención psicosocial, que incluye terapia individual, grupal,

familiar o una combinación de estas (SAMHSA, 2020). La evidencia preliminar existente sugiere que los programas estructurados que incorporan elementos de psicoterapias establecidas, como la TCC, la TF y la TDC, incluyendo sesiones de psicoterapia individual, TF, TG y planificación nutricional, pueden reducir eficazmente los síntomas del trastorno alimenticio en personas con TUS (Marel et al., 2022; Miranda-Olivos et al., 2023). También existe evidencia que sugiere que tratar el TUS puede mejorar los síntomas del trastorno de la alimentación (Marel et al. 2022). El tratamiento y la prevención deben estar dirigidos a ayudar a las personas en riesgo a comprender la naturaleza de sus emociones y, posteriormente, a desarrollar estrategias de afrontamiento positivas para manejarlas (Gordon, 2008).

La TCC puede ser eficaz para los trastornos alimentarios y de la conducta alimentaria, pero no se ha investigado a fondo en poblaciones con TUS comórbido (SAMHSA, 2020).

La TDC también puede ser útil para promover la atención plena, mejorar la gestión de las emociones negativas y enseñar habilidades de autorregulación afectiva y conductual en los trastornos de la alimentación y en los TUS por separado (SAMHSA, 2020), pero, nuevamente en este caso, no se ha estudiado exhaustivamente la eficacia en pacientes con PD.

Se han diseñado distintos abordajes terapéuticos específicos para esta comorbilidad, como un enfoque de TCC basado en MF-acción (Courbasson et al., 2010), un enfoque de TDC (Courbasson et al., 2012) y un modelo de terapia grupal que utiliza un enfoque de TCC específico para cada género (Sugarman et al., 2020). Estos enfoques integrados se ha evidenciado que se asocian con una disminución de los atracones, de *cravings* y de la gravedad de la adicción (Humphreys et al., 2023).

En resumen, existe poca evidencia que permita ofrecer una guía clara sobre el tratamiento de la comorbilidad de los trastornos de la alimentación y el consumo de sustancias. Las investigaciones sobre trastornos alimenticios como único trastorno sugieren que las evaluaciones integrales realizadas por un equipo multidisciplinario deben incluir psicoterapia como primera línea de tratamiento, con la evidencia más sólida a favor de los enfoques basados en la TCC (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el alcohol

La TCC es eficaz para el tratamiento de los trastornos alimentarios (en particular, la bulimia) y no hay evidencia de que la dependencia del alcohol afecte negativamente su eficacia (Gordon, 2008).

Se ha demostrado que la asistencia para el manejo del estrés (resolución estructurada de problemas, terapia de afrontamiento) es eficaz en el tratamiento del consumo de alcohol y es útil para personas con trastornos alimentarios (Gordon, 2008; Miranda-Olivos et al., 2023). Es posible que ello sea extrapolable a los pacientes con PD, si bien es necesario que se lleven a cabo estudios para evidenciar la eficacia considerando la dimensión de género y un periodo temporal de seguimiento lo más amplio posible dadas las características de ambos trastornos.

Trastornos relacionados con cannabis

A falta de otras formas de tratamiento probadas, la TCC es, en la actualidad, la modalidad de tratamiento psicoterapéutico más empleada para el consumo de cannabis (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con inhalantes

Se deben utilizar enfoques estándar de TCC para ambos tipos de problemas (Gordon, 2008), con especial atención al desarrollo de:

- Habilidades de asertividad (habilidades de rechazo).
- Habilidades de afrontamiento para controlar y gestionar emociones como la ira y la tristeza.

Como se ha indicado en otras PD que implican trastornos relacionados con inhalantes, las recomendaciones (Gordon, 2008) consisten en ofrecer alternativas al consumo de inhalantes, por ejemplo, actividades recreativas; desarrollar enfoques de refuerzo comunitario movilizando el sistema local de servicios de salud y bienestar en los planes de atención individual y considerar intervenciones familiares para mejorar la comunicación entre la persona y su familia. Podría requerirse, además, un enfoque asertivo de contacto y seguimiento.

Trastornos relacionados con estimulantes

La TCC puede utilizarse para abordar el consumo de estimulantes y el trastorno alimentario (Gordon, 2008). En particular, la asistencia con estrategias de afrontamiento parece ser útil para el consumo impulsivo de estimulantes y los atracones.

Tabla 15. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos alimentarios duales.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTA	
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con sustancias	Se recomienda el tratamiento integrado concurrente. Si no es posible la atención integral, se debe tratar primero el trastorno por usos de sustancias. La prioridad es la estabilización médica y del peso. Algunos pacientes pueden requerir tratamiento hospitalario u hospitalización parcial para estabilizar el peso. El tratamiento principal es la intervención psicosocial: terapia individual, grupal, familiar o una combinación. Los programas estructurados (TCC, terapia familiar y terapia dialectico conductual) pueden reducir eficazmente los síntomas del trastorno alimenticio. Los enfoques terapéuticos integrados (TCC basado en <i>mindfulness</i>-acción, terapia dialectico conductual integrada y terapia de grupo con enfoque de TCC específico para cada género) disminuyen atracones, <i>cravings</i> y gravedad de la adicción. Evidencia más sólida a favor de los enfoques basados en TCC.
Trastornos relacionados con el alcohol	TCC eficaz para trastornos alimentarios (en particular, bulimia), sin efectos negativos en la dependencia de alcohol. Asistencia para el manejo del estrés eficaz en el tratamiento del consumo de alcohol y útil para trastornos alimentarios.
Trastornos relacionados con cannabis	TCC es la más empleada.
Trastornos relacionados con inhalantes	TCC (habilidades de asertividad y afrontamiento y alternativas al uso de sustancias) pueden ser complementadas con refuerzo comunitario, intervenciones familiares y enfoque asertivo.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTA	
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con estimulantes	TCC puede utilizarse. Asistencia con estrategias de afrontamiento puede ser útil para consumo impulsivo de estimulantes y atracones.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Courbasson et al., 2010; Courbasson et al., 2012; Gordon, 2008; Humphreys et al., 2023; Marel et al., 2022; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020; Sugarman et al., 2020. TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.10.1-Anorexia

Trastorno por uso de sustancias

Hasta la fecha, no existen psicoterapias basadas en la evidencia para tratar específicamente la anorexia nerviosa comórbida con el consumo de sustancias (Marel et al., 2022). Véase la tabla 16.

6.10.2-Bulimia

Trastornos relacionados con sustancias

La TCC ha demostrado ser útil en el tratamiento de la bulimia y, generalmente, se considera la primera línea de tratamiento (Gordon, 2008). Existe evidencia preliminar de la mayor eficacia de la combinación de TCC y medicación, aunque se requieren más estudios para confirmarlo (Gordon, 2008). La evidencia del tratamiento simultáneo del consumo de sustancias y la bulimia nerviosa es muy escasa, si bien se sugiere que tratar el TUS puede mejorar la bulimia nerviosa (Marel et al., 2022). Esta evidencia resumida se recoge en la tabla 16.

6.10.3-Trastorno por atracón

Trastorno por uso de sustancias

Hasta la fecha, no existen psicoterapias que dispongan de datos basados en la evidencia para tratar la coexistencia del trastorno por atracón y el consumo de alcohol u otras drogas (Marel et al., 2022). Esto se recoge en la tabla 16.

Tabla 16. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón duales.

ANOREXIA	
TUS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con sustancias	No existen psicoterapias basadas en evidencia
BULIMIA	
TUS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con sustancias	Muy poca evidencia. Combinar TCC y medicación es más efectivo. Tratar el trastorno por uso de sustancias puede mejorar la bulimia
TRASTORNO POR ATRACÓN	
TUS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con sustancias	No existen psicoterapias basadas en la evidencia.

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Marel et al., 2022.
TUS: Trastorno por uso de sustancias.

6.11-Trastornos de la personalidad (TP)

La tabla 17 recoge el resumen de las recomendaciones sobre los trastornos de personalidad duales.

Trastornos relacionados con sustancias

Las personas con TP y TUS pueden ser tratadas con efectividad, aunque existen diferencias importantes en la intervención con respecto a otras PD. Tal y como señalan Becoña y Cortés (2011) debe considerarse que:

- La evolución del TP establece un determinado ritmo que exige adecuar las estrategias terapéuticas a los cambios que se producen en la persona.
- Los pacientes con TP pueden presentar un patrón de consumo diferente al resto, existiendo la posibilidad de que ello afecte a los programas de PR.
- El tratamiento difiere de otros en los que no coexiste esta psicopatología, porque las intervenciones deben estar guiadas por la personalidad.
- El tratamiento deberá ser largo, para lo que es necesario que el paciente presente una buena adherencia.
- Existen evidencias suficientes para afirmar que el TCC es efectivo para el tratamiento del TUS cuando el paciente presenta un TP.
- Para evaluar la efectividad de la intervención deben tenerse en cuenta variables vinculadas a la adicción, a los rasgos de la personalidad y a la calidad de vida.

Otras particularidades del tratamiento psicológico de personas con TP dual (Becoña y Cortés, 2011; Martínez-González y Trujillo, 2003) a tener en consideración son:

- El tiempo entre sesiones, siendo recomendable que sea el menor posible.
- La duración de las sesiones depende del TP, mientras que una persona con TLP previsiblemente demandará sesiones más largas, otra con un TPA tendría dificultades para implicarse en sesiones de más de veinte minutos.
- Los familiares de estos pacientes necesitan mayor nivel de instrucción, para colaborar activa y eficazmente en el tratamiento.
- La relación entre paciente y terapeuta debe establecerse cuidando diferentes aspectos que dependen del tipo de TP.
- Necesita un mayor grado de dedicación y especialización del profesional.
- El impacto de consumos esporádicos en la evolución del tratamiento incrementa la probabilidad de que se reagudice la psicopatología concomitante.
- Los tratamientos deben ser más largos que en otras PD, aunque se haya logrado con prontitud la abstinencia.
- Las sesiones de seguimiento tras el alta terapéutica son muy importantes, en especial si la persona presenta un TLP o un TP dependiente.
- Los programas de PR deben adaptarse en relación al manejo de la presión social, el afrontamiento de estados emocionales negativos, los mecanismos de prevención de respuestas, las alteraciones cognitivas asociadas al deseo de consumo, la identificación de factores de riesgo para la recaída y las estrategias de control de los mismos.

La alianza terapéutica es el predictor más significativo del resultado de la intervención y la calidad de la relación terapéutica, la cual mejorará si está guiada por la personalidad del paciente (Martínez, 2010).

No existen tratamientos específicos con base científica para el abordaje de los TP, pero sí tratamientos eficaces para intervenir sobre diversos síntomas, como el riesgo de suicidio y autolesión, la desregulación afectiva, los patrones de pensamiento desadaptativos y el mal funcionamiento interpersonal (SAMHSA, 2020). La psicoterapia es la principal forma de intervención, ya que, a día de hoy, no se han aprobado fármacos con indicación para el tratamiento de los TP (SAMHSA, 2020).

La TDC (Linehan et al., 1999), la psicoterapia deconstructiva dinámica (DDP; Gregory y Remmen, 2008) y la terapia de esquemas de doble foco (Young et al., 2003) parecen prometedoras, especialmente para el TLP dual, y han demostrado tener un efecto positivo en los resultados psiquiátricos y relacionados con las adicciones. Sin embargo, en general, la investigación sobre tratamientos efectivos para los TP, con o sin TUS coexistente, es escasa y requiere más evidencia (SAMHSA, 2020).

La terapia centrada en los esquemas (Young et al., 2003) y la terapia dialéctica comportamental (Linehan et al., 1999), modificadas para las necesidades de estos pacientes duales, han mostrado resultados prometedores (Peris, 2016). Así, la terapia centrada en esquemas es útil para los TP duales que no responden a una intervención breve (Peris, 2016).

Los expertos sugieren que tratar simultáneamente el TP y el TUS, mediante una combinación de psicoterapia y farmacoterapia para apoyar la reducción o el cese del consumo de sustancias, podría ser el mejor enfoque, aunque faltan investigaciones que lo comparen con otros enfoques (Marel et al., 2022).

Se ha recomendado un enfoque por etapas, en el que las primeras fases del tratamiento se centran en la estabilización del

consumo de sustancias y las conductas autolesivas mediante un enfoque transdiagnóstico centrado en la regulación emocional y la impulsividad, seguido de intervenciones centradas en cuestiones relacionadas con la identidad y el yo (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el alcohol

No se ha encontrado intervención basada en la evidencia que describa cómo los rasgos de personalidad deben considerarse en el desarrollo del tratamiento para el trastorno por uso de alcohol (Newton-Howes y Foulds, 2018).

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

No existe evidencia sobre ningún tratamiento específico para esta comorbilidad (Guardia y Flórez, 2017).

Trastornos relacionados con cannabis

El asesoramiento sobre el consumo de cannabis para personas con estos trastornos depende del grado de disfunción asociado al consumo (Gordon, 2008). El enfoque general se sustenta en la disposición de la persona al cambio, ya que la abstinencia es un objetivo difícil de alcanzar en personas con dependencia del cannabis (Gordon, 2008). A falta de otras formas de tratamiento de eficacia probada, la TCC es, actualmente, el tratamiento más empleado para el consumo de cannabis (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con estimulantes

Se debe hablar con el paciente sobre los efectos adversos conductuales, psicológicos y físicos de los estimulantes (Gordon, 2008). La TCC es eficaz para reducir el consumo de estimulantes y,

en particular, la asistencia con estrategias de afrontamiento resulta útil en el caso del consumo impulsivo (Gordon, 2008).

Trastornos relacionados con inhalantes

Se deben utilizar enfoques estándar de TCC para ambos tipos de problemas (Gordon, 2008), con especial atención por tratarse de esta población consumidora al desarrollo de:

- Habilidades de asertividad (habilidades de rechazo).
- Habilidades de afrontamiento para controlar y gestionar emociones como la ira y la tristeza.

De nuevo aquí se recogen las recomendaciones de otras PD con trastornos relacionados con inhalantes (Gordon, 2008). Estas son el desarrollar enfoques de refuerzo comunitario movilizando el sistema local de servicios de salud y bienestar en los planes de atención individual y considerar las intervenciones familiares, pudiendo requerirse un enfoque asertivo de contacto y seguimiento.

Adicciones comportamentales

Trastorno por juego

No se dispone aún de investigaciones que hayan evaluado la eficacia de intervenciones psicológicas específicas para esta PD (Fernández et al., 2017).

Tabla 17. Recomendaciones para el tratamiento psicológico de los trastornos de personalidad duales.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Se requiere más evidencia. La alianza terapéutica es el predictor más significativo del resultado. Terapia dialéctica conductual, psicoterapia deconstructiva dinámica y terapia de esquemas de doble foco parecen prometedoras. Tratar simultáneamente ambos trastornos con psicoterapia y farmacoterapia podría ser el mejor enfoque. Se recomienda enfoque por etapas: primero, estabilizar consumo de sustancias y conductas autolesivas, seguido de intervenciones centradas en la identidad y el yo.	Terapia centrada en esquemas útil para los trastornos de personalidad duales que no responden a intervenciones breves.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con el alcohol	No se ha encontrado intervención basada en la evidencia.	
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	No hay evidencia de ningún tratamiento específico.	
Trastornos relacionados con cannabis	TCC la más empleada.	
Trastornos relacionados con estimulantes	TCC eficaz para reducir el consumo.	Asistencia con estrategias de afrontamiento puede ser útil para el consumo impulsivo.
Trastornos relacionados con inhalantes	TCC (habilidades de asertividad y afrontamiento para controlar, alternativas al uso de sustancias) complementada con refuerzo comunitario, intervenciones familiares y enfoque asertivo.	
Trastorno por juego	No se dispone de investigaciones.	

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Benito et al., 2026b; Fernández et al., 2017; Gordon, 2008; Guardia et al., 2017; Marel et al., 2022; Newton-Howes y Foulds, 2018; Peris, 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. TCC: Terapia cognitivo conductual.

6.11.1-Trastorno de la personalidad antisocial (TPA)

Trastornos relacionados con sustancias

Como ocurre con la mayoría de los TP, no existen tratamientos con respaldo empírico para el TPA y mucho menos para el TPA combinado con TUS (SAMHSA, 2020). La tabla 18 recoge el resumen de las recomendaciones al respecto.

Diversas terapias para el TPA con adicción (TCC, MC) pueden ayudar a mejorar los resultados relacionados con el patrón de consumo de sustancias y el mantenimiento de la abstinencia objetivada mediante muestras de orina a lo largo del tiempo, pero los estudios son escasos y el tamaño de las muestras es pequeño (SAMHSA, 2020).

Una revisión Cochrane (Gibbon et al., 2020) ha evidenciado que ninguna investigación ha hallado cambios significativos en conductas específicas del TPA (delincuencia, agresión, impulsividad), pero varias de ellas sí han obtenido reducciones significativas en el consumo de alcohol y otras drogas después del tratamiento (Marel et al., 2022).

Existe cierta evidencia que respalda el uso de intervenciones psicoeducativas breves y terapia cognitiva en personas con TPA y TUS comórbido (Marel et al., 2022). También parece que se benefician más de una intervención terapéutica estructurada de orientación conductual (Peris, 2016).

El Asesoramiento sobre Estilos de Vida Impulsivos (Thylstrup y Hesse, 2011) es una intervención psicoeducativa breve que busca fomentar la concienciación sobre las dificultades de comportamiento, aumentar la responsabilidad personal y apoyar a los pacientes para que desarrollen estrategias de afrontamiento

alternativas. Varios ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que, en comparación con el tratamiento habitual, cuatro sesiones impartidas durante cuatro semanas con una sesión de refuerzo transcurridas ocho semanas, reducen el consumo de alcohol y otras drogas, mejoran la abstinencia, aumentan la autoevaluación de la ayuda para los síntomas del TPA a los tres meses del tratamiento y reducen el abandono del tratamiento a los 10 meses (Marel et al., 2022). Además, la autoevaluación de la ayuda para los síntomas del TPA se ha asociado con mejoras tanto en la abstinencia como en la retención al tratamiento.

Cuatro semanas de rehabilitación cognitiva proporcionadas a personas con TUS, de las cuales entre el 25 % y el 35 % también habían recibido un diagnóstico de TPA durante su vida, se asociaron con mejoras en la impulsividad, el autocontrol, la calidad de vida y el *craving* de consumo de alcohol en comparación con el tratamiento habitual (Marel et al., 2022).

La evidencia permite concluir que las intervenciones psicológicas deberían ser la primera línea de tratamiento para las personas con TPA dual, aunque la investigación disponible requiere desarrollo futuro para determinar el abordaje más eficaz (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con el alcohol

No hay evidencias concluyentes que permitan realizar ninguna recomendación favorable a ninguna intervención psicológica específica (Flórez et al., 2017).

Trastornos relacionados con opiáceos

Se ha observado que la adición de MC y/o TCC al mantenimiento estándar con metadona aporta mejores resultados respecto al

mantenimiento estándar con solo metadona (Marel et al., 2022). Además, el MC añadido al mantenimiento estándar con metadona se ha asociado con una mayor asistencia a las sesiones de terapia y mejoras en el funcionamiento social, en comparación con el mantenimiento estándar con solo metadona (Marel et al., 2022).

Trastornos relacionados con estimulantes

Trastornos relacionados con cocaína

El MC es eficaz en el tratamiento de la dependencia de la cocaína en personas con TPA que se hallan en un programa de mantenimiento con metadona (nivel evidencia 2; Becoña et al., 2008).

Tabla 18. Recomendaciones para el tratamiento psicológico del trastorno antisocial de la personalidad dual.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	
TUS	TERAPIAS RECOMENDADAS
Trastornos relacionados con sustancias	No existen tratamientos con respaldo empírico. Intervenciones psicológicas primera línea de tratamiento. TCC y manejo de contingencias pueden mejorar los resultados del consumo. Revisión Cochrane: ningún estudio encontró cambios en conductas específicas del trastorno antisocial, pero varios sí hallaron reducciones del consumo. Cierta evidencia respalda el uso de intervenciones psicoeducativas breves, terapia cognitiva y terapia conductual estructurada. Asesoramiento sobre estilos de vida impulsivos, mejores resultados que tratamiento usual.
Trastornos relacionados con el alcohol	No hay evidencias que permitan realizar ninguna recomendación favorable de ninguna intervención psicológica específica.
Trastornos relacionados con opiáceos	Añadir manejo de contingencias y/o TCC al mantenimiento estándar con metadona superior al mantenimiento estándar solo.

***Trastornos
relacionados
con cocaína***

Manejo de contingencias eficaz para dependencia en personas con TAP en un programa de mantenimiento con metadona (NE 2).

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Becoña et al., 2008; Benito et al., 2026b; Flórez et al., 2017; Marel et al., 2022; Peris, 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. NE: Nivel de evidencia; TCC: Terapia cognitivo conductual. TUS: Trastorno por uso de sustancias.

6.11.2-Trastorno de personalidad límite (TLP)

El resumen de las evidencias disponibles sobre este trastorno dual puede verse en la tabla 19.

Trastornos relacionados con sustancias

Aunque hay poca evidencia disponible, para el abordaje de los TUS se usan la TDC (Linehan et al., 1999), terapia de esquemas con foco dual (Young et al., 2003) y DDP (Gregory y Remmen, 2008). Son intervenciones que se utilizan en pocos sitios (Kienast et al., 2014), probablemente por las características que tienen en común de actitud positiva y constante de apreciación, la necesidad de altos niveles de experiencia en ambos trastornos de los terapeutas, la oferta separada de entrenamiento en habilidades y socioterapia, así como el tratamiento simultáneo de ambos trastornos. Los estudios demuestran algunos avances del tratamiento con el tiempo, si bien no hay evidencia suficiente para recomendar una de ellas como preferente (Pennay et al., 2011).

La TDC (Linehan et al., 1999) es una intervención psicológica compleja, basada en habilidades, que se ha modificado para personas con TLP y TUS comórbidos (Marel et al., 2022). En este modelo, los síntomas del TLP y del consumo de sustancias se consideran intentos de regular las emociones (Marel et al., 2022). La TDC para el tratamiento del TUS aporta mejoría en el nivel de funcionamiento global de los pacientes y aumenta el número de días

de abstinencia y las muestras de orina negativas (Kienast et al., 2014). Sus principios son tratamiento simultáneo de ambos trastornos, uso sistemático de estrategias de enganche, abstinencia dialéctica (lo que es posible para la persona) y entrenamiento en habilidades (Kienast et al., 2014). Utilizando algunos de los mismos principios que la TCC, el paciente recibe apoyo con estrategias para promover la abstinencia y aumenta sus probabilidades de continuar con el tratamiento (Marel et al., 2022). Se realizan terapia individual semanal, terapia grupal educativa semanal para el entrenamiento en habilidades, visitas a grupos de autoayuda y recursos de asesoramiento en adicciones, asesoramiento telefónico y supervisión para los terapeutas (Kienast et al., 2014). Aunque la investigación hasta la fecha se limita a un pequeño número de estudios, es el enfoque de tratamiento preferido ya que ha evidenciado resultados positivos tanto en los síntomas de TLP como en el consumo de sustancias (Marel et al., 2022). Es decir, la TDC es eficaz en el tratamiento de personas que tienen problemas con el consumo de sustancias y un TLP (nivel evidencia 3; Becoña et al., 2008), siendo en especial útil en aquellas que presentan manifestaciones suicidas frecuentes (Peris, 2016). De hecho, en servicios de salud mental para pacientes hospitalizados se recomienda la TDC para el TLP con el fin de reducir el riesgo de suicidio, estabilizar la conducta y ayudar a los pacientes a regular sus emociones (SAMHSA, 2020).

La terapia de esquemas con foco dual (Young et al., 2003) trata ambos trastornos al mismo tiempo e incluye entrenamiento en habilidades de PR, relaciones interpersonales, regulación emocional, control de estímulos, afrontamiento del *craving*, cambio de esquemas y estrategias de afrontamiento en terapia individual, así como sesiones de entrenamiento en habilidades. Sus principales postulados son (Kienast et al., 2014):

1. Los intentos fallidos de satisfacer necesidades básicas importantes pueden llevar a desarrollar esquemas desadaptativos y estrategias de afrontamiento dañinas.
2. La existencia de 18 esquemas desadaptativos distintos que se pueden asignar a uno de cinco grupos generales considerados.
3. El objetivo consiste en identificar e inhibir estos esquemas, percibiendo las necesidades básicas subyacentes para satisfacerlas de una manera adecuada.
4. La subclasificación de los TP no es relevante para el trabajo de la terapia de esquemas.

Esta terapia podría ser útil para las personas que no responden a una intervención breve (Peris, 2016). No obstante, hasta la fecha, solo se ha examinado en un único estudio en el que el beneficio fue limitado y se observó una reducción del consumo superior entre quienes participaron en el grupo de control de asesoramiento individual sobre drogas (Marel et al., 2022). Sin embargo, otros autores consideran que es un enfoque prometedor que requiere investigación futura (SAMHSA, 2020).

La DDP (Gregory y Remmen, 2008) trata los síntomas del TLP y de la dependencia al mismo tiempo, teniendo como principios fundamentales: elementos de neurociencia, teoría de las relaciones objetales y la filosofía deconstructiva de Derrida (Kienast et al., 2014). Se realiza en cuatro fases en un período de 12 meses en sesiones individuales semanales en las que los objetivos terapéuticos son (Kienast et al., 2014):

1. Establecer la alianza terapéutica y aprender a identificar y verbalizar las experiencias emocionales.
2. Analizar las experiencias emocionales interpersonales y ser consciente de las evaluaciones polarizadas.

3. Ser consciente de las interpretaciones subjetivas y acercar los juicios a la realidad.
4. Distanciarse de las fantasías idealizadas.

Es una forma modificada de psicoterapia psicodinámica, desarrollada inicialmente para casos particularmente complejos de TLP entre los que se incluyen aquellos con TUS comórbido (Marel et al., 2022). Los estudios evidencian que la DDP aporta una mejoría significativa en los síntomas tanto del TLP como del TUS en comparación con el tratamiento habitual (tratamiento en la comunidad), que se mantiene durante 30 meses de seguimiento (Marel et al., 2022). La DDP también resulta efectiva en la reducción de resultados secundarios del tratamiento relacionados con los TP, como la conducta suicida (Marel et al., 2022).

El tratamiento basado en la mentalización (MBT; Bateman y Fonagy, 2006) es un tratamiento basado en la evidencia para el TLP que se centra en la mentalización, en lugar de en las cogniciones o las conductas (Marel et al., 2022). Mentalizar, o mentalización, es un término general que se utiliza para describir cómo nos damos sentido a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. Al abordar la mentalización, la MBT busca mejorar algunas de las características principales del TLP, como la impulsividad, la inestabilidad emocional, el deterioro del funcionamiento interpersonal, la identidad fracturada y el vacío crónico (Marel et al., 2022). En un estudio de factibilidad no se encontraron diferencias significativas entre recibir MBT y solo el tratamiento para el TUS con respecto a los cambios en la gravedad de los síntomas del TLP o el consumo de sustancias, pero se observó una tendencia hacia la reducción del número de intentos de suicidio entre quienes recibieron MBT (Marel et al., 2022).

En resumen, el tratamiento del TUS para personas con TLP puede ser complejo y el progreso lento, pero existen intervenciones

eficaces para ayudar a reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento (SAMHSA, 2020). Hay buen apoyo para la TDC, la DDP y la terapia de esquemas de doble foco para mejorar los resultados del consumo de sustancias, los gestos suicidas y las autolesiones, el funcionamiento global y social, la utilización del tratamiento y la retención en el mismo (SAMHSA, 2020).

Las recomendaciones para el tratamiento del TLP dual son: la valoración del riesgo es necesaria y central; desde el principio debe atenderse a ambos trastornos; se requiere apoyo individual intensivo y prolongado para establecer y mantener la alianza de trabajo; debe incluir programa de entrenamiento en resolución de problemas o PR; es necesario profesionales con alta cualificación y experiencia en psicoterapia, psicopatología, TP y TUS con obligada supervisión; los problemas motivacionales, interpersonales y perceptivos son centrales en el tratamiento; y es necesaria la participación en programa apropiado postratamiento (Peris, 2016).

Trastornos relacionados con el alcohol

Se han evaluado tres intervenciones: TDC (Linehan et al., 1999), terapia de esquemas con foco dual (Young et al., 2003) y DDP (Gregory y Remmen, 2008), todas con resultados prometedores, pero fuera de la práctica clínica convencional y con necesidad de estudios de replicación (Newton-Howes y Foulds, 2018).

Existe evidencia débil indicando que las intervenciones psicoterapéuticas destinadas a reducir el consumo de alcohol mantienen su eficacia en pacientes con TLP comórbido, así como que las intervenciones psicoterapéuticas específicas para el TLP pueden mantener su efectividad en pacientes con trastorno relacionado con alcohol comórbido (Flórez et al., 2017).

Tabla 19. Recomendaciones para el tratamiento psicológico del trastorno límite de la personalidad dual.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD		
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	TERAPIAS RECOMENDADAS	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
Trastornos relacionados con sustancias	Terapia dialéctica conductual efectiva (NE 3) y enfoque de tratamiento preferido. Terapia de esquemas con foco dual, psicoterapia deconstructiva dinámica y tratamiento basado en mentalización son prometedores.	Terapia dialéctica conductual útil en especial para personas con tendencias suicidas frecuentes. Para pacientes hospitalizados, se recomienda terapia dialéctica conductual. Terapia de esquemas dual podría ser útil para pacientes que no responden a una intervención breve.
Trastornos relacionados con el alcohol	Terapia dialéctica conductual, terapia de esquemas con foco dual y terapia deconstructiva dinámica muestran resultados prometedores.	

Nota: Elaborada por las autoras a partir de Becoña et al., 2008; Benito et al., 2026b; Kienast et al., 2014; Marel et al., 2022; Newton-Howes y Foulds, 2018; Peris, 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. NE: Nivel de evidencia; TCC: Terapia cognitivo conductual.

7-Recomendaciones para adaptar el tratamiento psicológico a poblaciones diversas

El tratamiento para la PD debe adaptarse a las necesidades de las poblaciones diversas (SAMHSA, 2020). Así, las personas en situación de calle, las involucradas en el sistema de justicia penal, las mujeres y las personas que se identifican con diversos grupos raciales o étnicos históricamente han sido desatendidas. La realidad es que las poblaciones diversas a menudo presentan necesidades y síntomas únicos, y enfrentan ciertas barreras para la atención y, en consecuencia, para la recuperación que los terapeutas pueden y deben abordar. Como apunta SAMHSA (2020), el objetivo de implementar adaptaciones, que pueden ser desde básicas a complejas, es garantizar los resultados más beneficiosos para estos grupos. Para ello, es necesario mejorar la alianza terapéutica, aumentar la participación de estas poblaciones en los servicios y brindar a estas personas con PD las mejores oportunidades de recuperación a largo plazo.

7.1-Personas cultural y lingüísticamente diversas

Existe una importante incidencia de PD en poblaciones cultural y lingüísticamente diversas, por lo que los profesionales han de tener información que les permita comprender sus diversos problemas de adaptación y aspectos culturales (Queensland Health, 2010). Existen diferentes barreras para el tratamiento de personas de diversos orígenes raciales y étnicos, entre los que pueden mencionarse (SAMHSA, 2020):

- Miedo al estigma y vergüenza.

- Desconfianza en los servicios de asistencia.
- Barreras lingüísticas.
- Obstáculos logísticos (falta de transporte, listas de espera).
- Temor de que el servicio no comprenda la cultura, religión o circunstancias del paciente (inmigración) o que no sea culturalmente sensible.
- Falta de seguro médico.
- Desconocer dónde acudir para recibir tratamiento.
- No creer que el tratamiento sea necesario.
- Falta de confianza en la eficacia del tratamiento.
- Factores familiares (falta de apoyo, presión para no ingresar al tratamiento, retirada de ayuda financiera, no incluir a la familia en el tratamiento).

Para reducir estas barreras, se ha propuesto la adopción de las siguientes medidas (Marel et al., 2022; SAMHSA, 2020):

- Dirigirse al paciente de forma adecuada y pronunciar su nombre correctamente. Para ello, preguntarle cuál es la manera correcta.
- Gestores de casos bilingües, siempre que sea posible.
- Brindar apoyo lingüístico. Averiguar antes de la sesión si se necesita un intérprete y si el paciente lo desea. Incluso cuando las familias participan en el tratamiento, no es apropiado utilizar a familiares como intérpretes, ya que es posible que el paciente no desee divulgar cierta información a su familia, o que los familiares no quieran que cierta información sea conocida por personas ajenas a la familia y modifiquen lo que se dice. Al utilizar intérpretes, tener cuenta qué parte del significado puede perderse en la traducción y abordar las cuestiones de confidencialidad. Es relevante centrarse en describir síntomas.

- Dedicar al menos el doble del tiempo habitual, especialmente si hay un intérprete.
- Plantilla diversa.
- Personal capacitado en atención culturalmente sensible.
- Programas multilingües de apoyo mutuo.
- Utilizar guías de pacientes para ayudarles a acceder a los recursos de la comunidad y superar las barreras logísticas.
- Permitir variaciones en el uso del espacio personal, incluyendo el grado de cercanía.
- Personalizar el entorno físico para que sea más sensible a las diferencias culturales.
- Evaluaciones que aborden los conceptos culturales de los pacientes y la comprensión de sus síntomas. Evaluar la etnia, la identidad cultural y la experiencia de migración/asentamiento de la persona. Preguntar sobre los TM y el consumo de sustancias en el contexto de su cultura, ya que existe diversidad entre las comunidades en cuanto a la conceptualización de la salud mental y el consumo de sustancias, así como en las necesidades y preferencias de tratamiento.
- Utilizar interpretaciones y marcos culturalmente relevantes para describir los TM en lugar de basarse únicamente en definiciones occidentales. Responder a los problemas del paciente desde una perspectiva cultural que resuene con su propia comprensión de estos temas. Las personas de diferentes culturas suelen tener diferentes puntos de vista sobre lo que constituye un TM. Cabe recordar que el DSM-5-TR especifica que los diagnósticos solo se pueden realizar si el comportamiento de la persona es anormal dentro de su cultura.

- Conocer las preferencias de los pacientes sobre las decisiones de tratamiento, incluyendo la opción de prescindir de la medicación en favor de la psicoterapia. Analizar y aclarar las expectativas del paciente sobre el tratamiento.
- Comunicación centrada en el paciente para mejorar la PE y reducir el estigma, la vergüenza y la incomprensión. Abordar las posibles deficiencias en la alfabetización en salud, utilizando un lenguaje claro y verificando regularmente la comprensión. Ser claro, concreto y específico.
- Tener en cuenta la vergüenza y los tabúes culturales y utilizar mensajes adecuados para reducir el estigma y la vergüenza. Estar atento a señales verbales y no verbales de incomodidad o confusión y no interpretar el silencio como consentimiento o acuerdo. De igual manera, la palabra "sí" puede inferir cortesía o reconocimiento de una posibilidad en lugar de asentimiento en algunos idiomas. Además, el paciente puede haber tenido experiencias negativas en el pasado al acceder a los servicios, así que hay que dedicar tiempo a hablar sobre estas experiencias y conocer cualquier discriminación que haya experimentado, ya que hacerlo puede ayudar a generar confianza.
- Comunicación sensible, empática y centrada en la persona para generar confianza y fortalecer la relación.
- Ofrecer tratamientos basados en la evidencia adaptados culturalmente. Explicar claramente todas las opciones de tratamiento, incluyendo la justificación y los procesos que implican.
- Adaptar las intervenciones modificando el contenido de los materiales o las comunicaciones para reflejar hechos, valores, imágenes, creencias y normas raciales/étnicas o culturales. Para ello, se puede involucrar a los miembros de la

comunidad (por ejemplo, a través de grupos focales) para garantizar que las adaptaciones del contenido sean apropiadas, precisas y relevantes.

- Utilizar materiales traducidos al idioma natal del paciente. También es recomendable utilizar materiales simplificados y/o con ilustraciones, que pueden ser más universalmente comprendidos.
- Adaptar los servicios mediante la capacitación cultural de los profesionales y mediante recursos específicos para cada cultura.
- Cuando sea posible, implementar los programas directamente en la comunidad donde residen los pacientes. Colaborar con líderes comunitarios y trabajadores biculturales.
- Considerar las creencias culturales del paciente sobre la salud mental, el consumo de sustancias, la búsqueda de ayuda, las causas de los problemas y los enfoques de tratamiento. Es muy posible que sea necesario tener en cuenta esas creencias a la hora de planificar el tratamiento.
- Tener en cuenta el género y la edad, ya que algunas culturas pueden tener inquietudes específicas sobre las relaciones apropiadas de ambos.
- Cuando corresponda, incluir a la familia en el proceso de tratamiento y en la educación sobre el TM y el TUS. Algunos pacientes pueden provenir de culturas colectivistas (donde se da mayor importancia a la identidad, los objetivos y las preocupaciones grupales que a las individuales) y requerir una mayor participación de la familia y la comunidad para un tratamiento exitoso. En algunas culturas, pueden existir fuertes creencias sobre el papel de la familia en el tratamiento de los TM, el TUS o ambos. Por ello, se ha de brindar

atención holística y familiar. Siempre que sea posible, y con el permiso del paciente, involucrar a la familia en el tratamiento. Para ello, se debe permitir que el paciente elija quién de su familia o comunidad participa.

- Apoyar al paciente y a su familia en el acceso a otros servicios relevantes. Las personas cultural y lingüísticamente diversas podrían no conocer los servicios disponibles, por lo que es importante que tengan información de otros servicios útiles y ofrecerles una conexión directa mediante derivación y ayuda para coordinar su atención.

Aunque los estudios sobre las diferencias culturales en el tratamiento de la PD son escasos, los servicios adaptados culturalmente se han asociado con beneficios de pequeños a moderados en comparación con los tratamientos no adaptados, el placebo, las listas de espera y la atención habitual (SAMHSA, 2020).

7.2-Personas con diversidad de género y sexual

Los principios para un tratamiento inclusivo al trabajar con personas que se identifican como diversas de género y sexualmente (Marel et al., 2022) son:

- **Ausencia de discriminación:** garantizar la ausencia de prácticas discriminatorias directas o indirectas (uso adecuado de lenguaje culturalmente sensible; auditar los procesos de admisión, incluyendo el lenguaje, para garantizar su inclusión).
- **Afirmación:** fomentar y celebrar la diversidad, la identidad sexual y de género (ofrecer un enfoque de aceptación y afirmación de la identidad; garantizar que el personal conozca los servicios de apoyo para estas personas; reafirmar las redes familiares no tradicionales; ayudar al paciente a

desarrollar estrategias para afrontar el estigma, la discriminación y el estrés).

- **Acceso y equidad:** garantizar que puedan acceder a la atención e incorporar procesos organizativos que adapten la prestación de servicios para mejorar los resultados (proporcionar un entorno acogedor, sin prejuicios y respetuoso; brindar educación y formación adecuadas al personal; garantizar un alto respeto por la confidencialidad de la información personal).
- **Visibilidad:** participación regular en eventos comunitarios y de inclusión, y compromiso con prácticas inclusivas (presencia de personal de género y sexualidad diversos y modelos a seguir positivos en este ámbito; encuestas al personal para evaluar si experimentan la inclusión en el trabajo).
- **Codiseño:** colaboración continua con personas que se identifican como de género y sexualidad diversos, así como con las partes interesadas de la comunidad, para mejorar la experiencia con los servicios y los resultados del tratamiento (colaboración con organizaciones de género y sexualidad diversos para adquirir experiencia en el contenido y aumentar el acceso a las comunidades de género y sexualidad diversos; garantizar que el personal refleje la diversidad y la sociedad en general).

7.3-Mujeres

Las barreras de tratamiento y las cargas socioeconómicas que enfrentan las mujeres con TUS o con TM se multiplican para las mujeres con comorbilidad, lo que genera desafíos que dificultan la recuperación y aumentan la probabilidad de recaída. Algunas barreras para el tratamiento de la PD en mujeres (SAMHSA, 2020) son:

- Maternidad y cuidado infantil.
- Miedo al estigma, la vergüenza y la incomodidad, especialmente entre mujeres con antecedentes de trabajo sexual.
- Falta de apoyo de parejas, familiares o amigos.
- Incapacidad para afrontar el alto coste del tratamiento: las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de tener seguro médico o fondos suficientes para cubrir los costes.
- Falta de programas que atiendan a mujeres y niños.
- Negación o tendencia a atribuir los problemas relacionados con las sustancias a causas distintas a la adicción en sí (como el estrés o la salud física).
- Evitar programas que incluyan a hombres, especialmente si hay antecedentes de abuso físico o sexual.

Aunque las mujeres con PD pueden ser atendidas en programas mixtos, existen programas especializados (a veces exclusivos para mujeres) que abordan las dificultades durante el embarazo y el cuidado de los niños, así como ciertos tipos de trauma, violencia y victimización (SAMHSA, 2020). Para adaptar los tratamientos a las necesidades de las mujeres es necesario (Marel et al., 2022; SAMHSA, 2020):

- Ofrecer la opción de terapeuta mujer.
- Utilizar enfoques de tratamiento no confrontativos, basados en las fortalezas y trauma informados.
- Ofrecer intervenciones basadas en la evidencia, investigadas específicamente en poblaciones femeninas.
- Garantizar la capacitación y las competencias del personal en relación con los problemas específicos de las mujeres.

- Proporcionar servicios prenatales y posnatales, grupos exclusivos para mujeres, capacitación y asesoramiento para madres y padres, asesoramiento y otros servicios para traumas y abusos, educación y derivación a servicios de salud para mujeres.
- Utilizar evaluaciones específicas de género (incluyendo evaluación de la violencia de género y el trauma) para que el tratamiento sea sensible a las cuestiones de género y aborde las necesidades y barreras específicas de cada género para el tratamiento.
- Ofrecer servicios relacionados con el cuidado infantil y las necesidades de los niños: cuidado infantil en el centro o en entornos residenciales, alojamiento para niños, detección y evaluación de niños, asesoramiento infantil y familiar (o derivación a estos servicios) y atención coordinada con los servicios de bienestar/protección infantil.
- Garantizar que el entorno físico de tratamiento sea seguro. También es deseable que esté cerca de escuelas, guarderías y transporte público.
- Enfoque multidisciplinar para el tratamiento de la PD perinatal: consultas con profesionales de obstetricia, adicciones, salud mental y pediatría sobre farmacoterapia, psicoterapia, atención prenatal, educación materna, promoción de la salud y vinculación con servicios sociales. Si es necesario, incorporar la salud y la seguridad sexual al plan de tratamiento.
- Caso de ser necesario, considerar la práctica familiar inclusiva que incorpora las relaciones familiares y comunitarias de la paciente.

En las últimas dos décadas, ha aumentado la cantidad de políticas e investigaciones que respaldan la necesidad de tratamientos

con perspectiva de género. En comparación con los enfoques mixtos, algunos programas específicos para mujeres se han relacionado con una mejor retención en el tratamiento; mejores resultados en el consumo de sustancias (incluida la abstinencia); mayor satisfacción, comodidad y sensación de seguridad autodeclarada por las pacientes; menor riesgo de delincuencia y encarcelamiento; y tasas superiores de continuidad en la atención (SAMHSA, 2020). Son más probables los resultados positivos en programas que incluyen tratamiento residencial con alojamiento para niños en el hogar, tratamientos ambulatorios que incorporan TF y servicios integrales que abordan las necesidades específicas de las mujeres (gestión de casos, servicios relacionados con el embarazo, capacitación/clases para padres, cuidado infantil, ciertos tipos de trauma, violencia y victimización, capacitación laboral y atención continua). Estos tratamientos específicos con perspectiva de género son eficaces en varias subpoblaciones de mujeres: con hijos, antecedentes de trauma o participación en el sistema de justicia penal (SAMHSA, 2020).

7.4-Hombres

En los hombres también existen diversas barreras que pueden impedir que accedan al tratamiento (Marel et al., 2022), entre las que pueden mencionarse:

- Sentirse incómodo o tener dificultades para hablar de sus problemas y sentimientos.
- No querer parecer débil, sentirse avergonzado, temeroso o avergonzado de su angustia.
- Ser muy consciente del estigma asociado a la PD y al acceso a los servicios.
- No reconocer los sentimientos de angustia emocional.
- Preferir resolver las cosas por sí mismos.
- No considerar su salud mental como una prioridad.

- Creer que nadie puede ayudarlos.
- Intentos previos fallidos de buscar ayuda.
- Desconocer los servicios disponibles o no considerarlos "aptos para hombres".
- Tener tendencia a gestionar los problemas emocionales mediante el silencio o la evasión.
- Preferir salidas masculinas "aceptables" (como abuso de alcohol o agresión) para liberar sentimientos.
- Los padres también pueden tener dificultades para equilibrar el tratamiento con las necesidades de sus hijos dependientes (Queensland Health, 2010).

Para reducir estas barreras, se puede (adaptado de SAMHSA, 2020):

- Ofrecer la posibilidad de terapeuta hombre.
- Ofrecer intervenciones basadas en la evidencia, investigadas específicamente en poblaciones masculinas.
- Garantizar la capacitación y las competencias del personal en relación con los problemas específicos de los hombres.
- Proporcionar grupos exclusivos para hombres.
- Utilizar evaluaciones específicas de género para que el tratamiento sea sensible a las cuestiones de género y aborde las necesidades y barreras específicas de cada género para el tratamiento.
- Ofrecer capacitación parental y servicios relacionados con el cuidado infantil y las necesidades de los niños: cuidado infantil en el centro o, en entornos residenciales, alojamiento para niños, detección y evaluación de niños, asesoramiento infantil y familiar (o derivación a estos servicios) y atención coordinada con los servicios de bienestar/protección infantil.

- Si es necesario, considerar la práctica familiar inclusiva, que incorpora las relaciones familiares y comunitarias del paciente.

7.5-Personas mayores

Los servicios y profesionales deben comprender los problemas relacionados con la PD que afectan a las personas mayores y abordar las barreras para la prestación de servicios (Queensland Health, 2010). En general, es menos probable que las personas mayores busquen o perciban la necesidad de ayuda para la PD (Marel et al., 2022). Las barreras que pueden impedir que las personas mayores accedan al tratamiento son (Marel et al., 2022):

- Dificultades de transporte, movilidad, lenguaje, visión o audición, especialmente en personas frágiles o confinadas en sus hogares, en zonas rurales o remotas.
- Aislamiento social, el cual puede provocar que problemas graves pasen desapercibidos.
- Falta de tiempo. Las personas mayores pueden tener otras obligaciones, como el cuidado de otras personas (cónyuge, amigos o nietos).
- La naturaleza poco atractiva y escasamente acogedora de los servicios clínicos para personas de diferentes edades, que las personas mayores pueden encontrar caóticos.
- Discriminación por edad, estereotipos negativos y atribución de problemas al proceso de envejecimiento.
- Falta de concienciación sobre la salud mental y los problemas de consumo.
- Reticencia de los profesionales a hacer preguntas delicadas a las personas mayores que puedan resultarles incómodas.
- Percepción de que las personas mayores son demasiado mayores para cambiar su comportamiento.

- Creencia de que está mal privar a las personas mayores de los últimos placeres de la vida.
- Incapacidad para identificar síntomas de consumo y TM en personas mayores.
- Falta de disposición de la persona para dejar de consumir.

Por todo ello, puede ser útil para los profesionales que tratan a personas mayores con PD seguir las siguientes recomendaciones (Marel et al., 2022):

- Asegurarse de que los programas de tratamiento sean específicos para cada edad, de apoyo, sin confrontaciones, culturalmente sensibles, que tengan como objetivo desarrollar la autoestima y las habilidades de afrontamiento y fomenten un entorno de respeto.
- Asegurarse de que se realicen evaluaciones de riesgos y que se aborden la depresión, la soledad y la pérdida. Ayudar al paciente, en la medida de lo posible, a reconstruir sus redes sociales.
- Ser flexible y llevar a cabo las sesiones a un ritmo adecuado.
- Cuando corresponda, involucrar a las familias y cuidadores.
- Con el consentimiento del paciente, involucrar al personal interesado y con experiencia en el trabajo con personas mayores.
- Practicar la coordinación de la atención y procurar fomentar la conexión con servicios médicos, de envejecimiento y otros servicios relevantes. Ser proactivo en el seguimiento y la coordinación de la atención.
- Adoptar un enfoque holístico del tratamiento e incorporar problemas psicológicos, sociales y de salud específicos de la edad.

7.6-Personas jóvenes

Hay altas tasas de PD en jóvenes y estas aumentan en jóvenes de poblaciones diversas (Queensland Health, 2010). El consumo y los TM se presentan en diferentes contextos físicos, actitudinales, psicológicos y sociales para los jóvenes (Marel et al., 2022). Por lo tanto, hay factores éticos, de participación y de evaluación específicos para este grupo de edad (Queensland Health, 2010). Así, el tratamiento debe adaptarse en consecuencia para abordar los desafíos de desarrollo que enfrentan y para ello se propone (Marel et al., 2022; Queensland Health, 2010; Torales et al., 2019):

- Los servicios deben garantizar un enfoque integral que reduzca el impacto a corto y largo plazo de un diagnóstico dual sin tratamiento en el joven.
- El tratamiento debe ser integrado, multimodal y multidisciplinar.
- Los jóvenes pueden ser más propensos a acudir a tratamiento debido a presiones externas (familiares, escolares, legales), por lo que un enfoque en la participación, el desarrollo de la confianza, la minimización del daño y el uso de EM debe ser la clave de la atención.
- Deben evitarse las tácticas de intimidación y los enfoques confrontativos.
- Realizar seguimiento de las citas perdidas, facilitar el acceso, realizar detección y evaluación oportunas, posibilitar el acceso a consultas sin cita previa, ser flexibles, establecer vínculos sólidos con otros servicios relevantes para garantizar un tratamiento integral y usar intervenciones que reconocen las diferentes capacidades cognitivas, los retrasos en el desarrollo y la maduración.
- Los profesionales pueden necesitar modificar el proceso de tratamiento para evitar la distracción y la rebeldía del paciente

(por ejemplo, creando un entorno más activo e informal), además de poner especial énfasis en la participación, con un lenguaje apropiado y formulando preguntas para conectar con los jóvenes a su nivel.

- Las intervenciones de e-salud pueden ser especialmente útiles para involucrar a los jóvenes en el tratamiento y superar algunas de las barreras de la interacción presencial.
- En cuanto a la confidencialidad, si bien puede haber diferencias jurisdiccionales en relación con la operacionalización, la mayoría de los jóvenes se consideran "menores maduros" alrededor de los 14 o 15 años. En este caso, no existe la obligación de proporcionar información a los padres a menos que existan otras restricciones legales y de información y debe respetarse la confidencialidad.
- En la mayoría de las circunstancias, es útil involucrar a las familias (especialmente a los padres o cuidadores), lo cual debe discutirse con el joven al inicio del tratamiento y solicitar su consentimiento para la participación.
- Los padres y cuidadores pueden requerir apoyo, educación y empoderamiento para facilitar la atención continua y ayudar a prevenir las recaídas del paciente tras el alta.
- Son necesarios programas de intervención temprana y de prevención en contextos escolares y comunitarios.

7.7-Personas sin hogar

En las personas sin hogar, atender las necesidades básicas inmediatas suele ser más importante que diagnosticar un trastorno específico, ya que el éxito del tratamiento es difícil si estas no se satisfacen (Marel et al., 2022). El tratamiento debe guiarse por las necesidades percibidas del paciente y por el criterio del profesional de la salud, para ello es útil seguir las siguientes recomendaciones (Marel et al., 2022; SAMHSA, 2020):

- Atender las necesidades de vivienda.
- Enseñar habilidades para mantener su vivienda.
- Colaborar con los trabajadores de albergues y otros servicios para personas sin hogar.
- Familiarizarse con los programas de asistencia social en la calle o los servicios de reasentamiento que operan en su zona.
- Abordar inquietudes de la vida real, además de la vivienda, como el tratamiento de la PD, asuntos legales y de justicia penal, solicitudes de seguro y trámites administrativos, problemas relacionados con los niños si los hubiera y la atención médica.
- Ayudar a desarrollar habilidades y conocimientos en áreas con deficiencias evidentes, ya que ello puede proporcionarle habilidades prácticas para la vida diaria. Podría ser necesario leer documentos, ayudar a completar formularios y realizar otras tareas básicas debido a su bajo nivel de alfabetización u otras dificultades.
- Ser paciente y flexible, y tener en cuenta que es poco probable que las personas sin hogar asistan a todas las citas o completen las tareas. Los trabajadores deben mantenerse optimistas, sin prejuicios, orientados al proceso y centrados en los objetivos del tratamiento a largo plazo.
- Siempre que sea posible y beneficioso, animar a los pacientes a considerar las relaciones familiares y a interactuar con sus familias. Esto puede no ser fácil ni viable, así que hay que asegurarse de que los pacientes participen en la decisión de contactar a su familia.
- Sea proactivo en el seguimiento y colaborar con otros servicios para coordinar la atención.

7.8-Trabajadores/as sexuales

Existe poca investigación sobre el tratamiento con personas que ejercen el trabajo sexual, pero debe guiarse por los principios rectores para trabajar con personas con PD, la atención informada sobre el trauma, la evaluación de riesgos y la coordinación de la atención (Marel et al., 2022).

7.9-Personas en el sistema penal/forense

Las personas con trastornos mentales que se hallan en el sistema de justicia penal tienen una mayor prevalencia de PD (Queensland Health, 2010). Los profesionales deben considerar factores como mayor riesgo de violencia, problemas de salud física y déficits cognitivos que puedan afectar la prestación de servicios a este colectivo (Queensland Health, 2010). Pero también es fundamental con pacientes encarcelados que el terapeuta plantee positivamente la oportunidad de tratamiento y mantenga una actitud positiva, de esperanza y optimismo (Marel et al., 2022). Es importante destacar que cualquier límite de confidencialidad debe describirse claramente y desde el principio, ya que puede diferir de los límites en los entornos comunitarios (Marel et al., 2022).

Debido a los desequilibrios de poder y las estructuras inherentes de los entornos penitenciarios, los terapeutas pueden necesitar esfuerzos adicionales para involucrar a un paciente encarcelado y construir una relación terapéutica de confianza, la cual es clave para obtener buenos resultados (Marel et al., 2022). Los pacientes pueden tener dificultades para establecer un entorno de confianza y revelar información lentamente para evaluar la reacción de los trabajadores, por lo que las intervenciones educativas y motivacionales suelen requerir mayor atención. Además, dadas las altas tasas de exposición al trauma entre los pacientes encarcelados, se debe adoptar un enfoque basado en el trauma, teniendo en cuenta

la posibilidad de que los pacientes en entornos penitenciarios no se sientan seguros de revelar los detalles de su historial de trauma (Marel et al., 2022).

También existen desafíos significativos asociados con la liberación de la prisión, incluyendo la transición desde un entorno controlado con rutina y estabilidad, la búsqueda de alojamiento y empleo, la administración de las finanzas con bajos ingresos, el regreso a los mismos grupos de pares o a comunidades con pocas oportunidades y el riesgo de sobredosis (Marel et al., 2022).

Los tratamientos que aportan resultados positivos para las personas encarceladas con PD son el tratamiento integrado de trastornos duales (IDDT; Drake y Mueser, 2000; Mueser et al., 2003), los modelos de riesgo-necesidad-respuesta (RNR; Andrews et al., 2011) y la TCC (SAMHSA, 2020).

Los modelos IDDT (Drake y Mueser, 2000) integran el tratamiento del TUS y los servicios de salud mental en un solo entorno: profesionales con formación en ambos tipos de trastornos abordan todos los síntomas simultáneamente. Estos pueden adaptarse a las poblaciones encarceladas para abordar el pensamiento delictivo y reducir el riesgo de reincidencia (SAMHSA, 2020).

Los modelos RNR (Andrews et al., 2011) ajustan la intensidad del servicio al riesgo de recriminalización de los pacientes tras la liberación, que tiende a ser alto en personas con PD (SAMHSA, 2020). Los programas RNR suelen centrarse en la reducción del abuso de sustancias, que está estrechamente vinculado a la reincidencia. Otros factores de riesgo de reincidencia que se abordan incluyen la reducción de actitudes y creencias antisociales, el abordaje de problemas familiares y de pareja, la mejora de las habilidades

educativas y laborales, así como el fomento de actividades prosociales (SAMHSA, 2020).

La TCC puede adaptarse a las personas con PD que han cometido delitos abordando los pensamientos antisociales y las conductas desadaptativas, mejorando las habilidades de afrontamiento para reducir el consumo de sustancias (impulsos, *craving*) y la conducta delictiva, y la reestructuración cognitiva para disminuir el pensamiento delictivo (SAMHSA, 2020).

Siguiendo la guía de SAMHSA (2020), estos y otros enfoques de tratamiento para la PD pueden implementarse en diversos entornos y servicios de justicia penal, por ejemplo, programas de reinserción y supervisión de la libertad condicional. Muchos tratamientos en prisiones para personas que han delinquido y presentan PD han generado resultados positivos en la reincidencia, especialmente para comunidades terapéuticas. Además, ciertas intervenciones, como la gestión de casos a través de tribunales encargados de asuntos relacionados con drogas y salud mental, las EM combinadas con entrenamiento cognitivo y la TI, a menudo no muestran ningún efecto sobre la actividad delictiva y el consumo de drogas, posiblemente debido al pequeño tamaño de las muestras y la baja calidad de los estudios existentes (SAMHSA, 2020).

En resumen, algunas investigaciones han obtenido resultados positivos, lo que sugiere que el tratamiento de la PD no debe descartarse en este colectivo. Por ejemplo, una intervención complementaria para PD en los tribunales de drogas resultó en reducciones significativas en el promedio de noches en prisión y en el consumo de drogas, así como un aumento en el empleo a tiempo completo (SAMHSA, 2020).

7.10-Personas coaccionadas/obligadas a tratamiento

Los pacientes pueden hallarse coaccionados a aceptar el tratamiento a través de diversos canales: el sistema judicial, la familia y los amigos, las escuelas, los lugares de trabajo o los servicios de protección infantil (Marel et al., 2022). En estos casos, el terapeuta debe adoptar un rol de negociación o mediación y seguir seis pasos a modo de proceso (Marel et al., 2022):

1. Aclarar las relaciones con el paciente (presentarse con una actitud positiva y esforzarse por interactuar).
2. Identificar los intereses legítimos del paciente.
3. Identificar los aspectos no negociables de la intervención.
4. Identificar los aspectos negociables de la intervención.
5. Negociar el plan de tratamiento.
6. Acordar los criterios de progreso.

Otros factores importantes al trabajar con esta población (similares a los de población encarcelada) son: cualquier límite de confidencialidad debe describirse claramente y desde el principio, ya que puede diferir de los límites en los entornos comunitarios; los terapeutas pueden necesitar hacer esfuerzos adicionales para involucrar al paciente y construir una relación terapéutica de confianza, que son clave para obtener buenos resultados; y los pacientes pueden tener dificultades para establecer un entorno de confianza y pueden revelar información lentamente para evaluar la reacción de los terapeutas, por lo que el papel de las intervenciones educativas y motivacionales requiere mayor atención (Marel et al., 2022).

7.11-Personas con limitaciones cognitivas

Los profesionales deben tener en cuenta que los pacientes con PD suelen presentar limitaciones cognitivas, como dificultad para concentrarse (SAMHSA, 2020). En ocasiones, estas limitaciones son transitorias y mejoran durante las primeras semanas de tratamiento, pero, en otras ocasiones, los síntomas persisten durante largos periodos. En algunos casos, las personas con trastornos específicos (por ejemplo, esquizofrenia o TDAH) pueden manifestar estos déficits como parte de su trastorno (SAMHSA, 2020).

En comparación con las personas sin trastornos ni discapacidades adicionales, las personas con PD y déficits adicionales requieren más tratamiento del TUS para lograr y mantener la abstinencia (SAMHSA, 2020). Así que es necesario utilizar estrategias para afrontar los déficits cognitivos de los pacientes, entre las que cabe mencionar (SAMHSA, 2020):

- Dar más apoyo, proporcionando el tratamiento en pasos más pequeños con más práctica, ensayo y repetición.
- Ser más concreto y menos abstracto al comunicar ideas.
- Usar conceptos más simples.
- Mantener conversaciones más breves.
- Repetir los conceptos fundamentales varias veces.
- Presentar la información en múltiples formatos (verbal, visual y afectivamente a través de historias, música y actividades experienciales).
- Usar juegos de rol para practicar situaciones de la vida real.

8-Recomendaciones para futuras investigaciones

Teniendo en cuenta los contenidos desarrollados en este consenso, las recomendaciones para futuras investigaciones que mejoren el conocimiento actual son (Dass-Brailsford y Myrick, 2010; Murthy et al., 2019; Preuss et al., 2028; San et al., 2020; Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez, 2017; Subodh et al., 2018; Szerman y Peris, 2018):

1. Generar más investigación sobre el tratamiento integrado y su efectividad, así como el momento y el orden de aplicación de los diferentes tratamientos y/o componentes de los tratamientos psicológicos.
2. Aumentar el rigor metodológico de las investigaciones. Para ello se requiere realizar ensayos clínicos aleatorizados, especificar las variables e instrumentos de medida, utilizar muestras grandes con grupo control, controlar variables contaminadoras (como los tratamientos complementarios o la pobre delimitación de la gravedad de los sujetos), evaluar rigurosamente la adhesión al tratamiento y la potencial influencia de algunos aspectos de la intervención en las tasas de abandono.
3. Unificar los criterios y métodos empleados para cuantificar el consumo de sustancias, la adicción comportamental o la sintomatología psiquiátrica.
4. Especificar qué sustancias concretas se consumen, qué adicciones comportamentales se presentan, qué TM o síntomas psiquiátricos específicos presenta la muestra, en qué entorno de tratamiento se encuentran los pacientes y desglosar los resultados en base a esto.

5. Realizar ensayos clínicos aleatorizados controlados utilizando diferentes comparadores (placebo, lista de espera, tratamiento estándar, distintos tratamientos psicológicos, farmacoterapia, etc.).
6. Llevar a cabo estudios en poblaciones específicas. Considerar comorbilidades específicas (incluyendo todos los TM, todas las sustancias y las adicciones comportamentales), diferentes edades, géneros diversos, poblaciones geográficas, culturales y lingüísticas diversas (diferentes países, etnias, comunidades, población rural versus urbana, etc.), personas en el sistema penal, en tratamiento obligatorio, sin hogar, con limitaciones cognitivas, etc. En su defecto, desglosar los resultados obtenidos especificando los de estas poblaciones.
7. Dejar de excluir en los estudios sobre TM o TUS a las personas con PD y desglosar los resultados especificando los de las personas con y sin PD.
8. Especificar en los estudios los tratamientos utilizados y detallar sus componentes. Por ejemplo, ¿de qué hablamos cuando hablamos de TCC? y ¿cuáles son sus componentes?, ¿de qué hablamos cuando hablamos de tratamiento estándar? y ¿cuáles son sus componentes? En lo posible, usar terapias manualizadas y/o especificar siempre los componentes incluidos en las mismas.
9. Estudiar el efecto aislado y combinado de los diferentes componentes terapéuticos, comprobando los beneficios que ofrecen o no al resultado final.
10. Especificar, sistematizar, consensuar e incluir en los estudios diversos indicadores de resultados, tanto de los TM y los TUS como de calidad de vida, aparición de efectos indeseados, adherencia y progresión de los trastornos. Estudiar la eficacia y seguridad a largo plazo. También es

importante la evaluación de la satisfacción con el tratamiento psicológico y sus resultados, así como los valores y preferencias de los pacientes respecto a las diferentes opciones terapéuticas.

11. Estudiar los factores comunes a la eficacia de los distintos tratamientos psicológicos.
12. Realizar estudios que permitan la individualización de los tratamientos teniendo en cuenta la variabilidad interpersonal para lograr la respuesta más eficiente y favorable al tratamiento para cada paciente.
13. Realizar estudios de coste-eficacia y coste-efectividad.
14. Estudiar las barreras y facilitadores de la adopción de las recomendaciones respecto al tratamiento psicológico de la PD.
15. Diseñar y evaluar intervenciones en entornos con recursos limitados y en contextos no especializados.
16. Diseñar y evaluar intervenciones para abordar experiencias traumáticas.
17. Evaluar el uso de la tecnología y la e-salud para facilitar un tratamiento más integral.
18. Considerar la perspectiva, preferencias y experiencias de los pacientes.

9-Conclusiones

Las principales conclusiones de este consenso son:

1. El tratamiento psicológico es efectivo.
2. El tratamiento psicológico integrado es más efectivo.
3. La EM, la TCC y la PR son las intervenciones psicológicas con la mayor evidencia empírica.
4. La mejor alternativa son las estrategias multicomponentes.
5. En autismo dual, las intervenciones para los TUS han de ser adaptadas a las características de esta población.
6. Para el TDAH dual, se recomienda tratamiento multicomponente (PE, TCC y apoyo de pares o familiares).
7. Los TMG más estudiados son la esquizofrenia y la depresión.
8. Para la esquizofrenia dual, se recomienda EM y TCC integrada combinadas con otros componentes.
9. Para la depresión dual, se recomienda TCC con PR o EM.
10. Para el TB dual, se recomienda TG con PE o PR e inclusión de la familia, MC e intervención familiar.
11. Para los trastornos de ansiedad duales, la TCC es el tratamiento de primera línea.
12. Para el TEPT dual son efectivas la TCC (TPC y TE prolongada), ACT, entrenamiento en inoculación del estrés y EMDR.
13. Para los TP duales, la evidencia es escasa.
14. Para el TLP dual, son prometedoras la TDC, la psicoterapia deconstructiva dinámica y la terapia de esquemas con doble foco.
15. Para el TPA dual, TCC, MC y asesoramiento sobre estilos de vida impulsivos pueden ser útiles.
16. Se necesita más evidencia empírica e investigación en los trastornos esquizoafectivos, de ansiedad social, de pánico,

obsesivo-compulsivo, síntomas somáticos y de la alimentación, para los que la TCC es la más usada.

17. Se necesitan más ensayos clínicos aleatorizados para superar las actuales limitaciones metodológicas.

Epílogo: ¿y ahora qué?

Después de leer este libro me debo congratular del magnífico trabajo realizado por las autoras, todas psicólogas integrantes de la Sociedad Española de Patología Dual y la World Association on Dual Disorders, que pertenecen a equipos de investigación punteros tanto a nivel nacional como internacional, en el que aúnan una gran experiencia clínica, docente e investigadora. Debo felicitarlas por preparar y ejecutar el trabajo, profundamente necesario para el progreso de esta área de conocimiento, y que hicieran este esfuerzo de plantear consensos cuando las pruebas o evidencias no son suficientes, ya que el histórico nihilismo y el abandono terapéutico ha generado muchos pacientes que no han podido recibir la respuesta adecuada a sus necesidades.

El área de la patología dual, que se encarga y estudia a las personas que presentan un trastorno adictivo y otro trastorno mental, es un claro ejemplo de un campo en el que es necesario investigar no solo la eficacia, sino la eficiencia y la factibilidad de la aplicación real de las distintas intervenciones psicoterapéuticas, que en ocasiones son generadas en otros contextos, en las que los pacientes duales son excluidos.

El avance de la ciencia requiere el estudio sistemático y riguroso de los distintos factores asociados tanto a las indicaciones, como al éxito terapéutico en grupos de pacientes con unas características y criterios relativamente homogéneos. Sin embargo, en ocasiones, esta metodología se contrapone con la validez ecológica y con la complejidad del mundo real de la patología dual, en el que la variabilidad y las dificultades en la aplicación de las terapias son muy altas.

Ello explica por qué no siempre tenemos estudios con un número de pacientes suficiente que generen respuestas e indicaciones de máxima evidencia. Además, estamos inmersos en un mundo en constante ebullición y permanentes cambios tanto en los patrones de consumo, como en los tipos y variedades de conductas adictivas, como en sus correlatos psicopatológicos, lo que aún más dificulta el tener respuestas definitivas y genera permanentemente nuevos retos.

Por ello, es imprescindible seguir investigando y generando nuevas evidencias, por lo que esta obra nace con la necesidad de ser revisada y actualizada con periodicidad, continuando con el ejercicio de consenso, cuando las evidencias y las pruebas aún no sean las suficientes o los resultados no sean totalmente claros o unívocos. Conociendo a las autoras estoy convencido que esta necesidad será cubierta en el futuro y que se irá ampliando y actualizando el equipo y las personas implicadas en el consenso, lo que permitirá tener una obra de referencia, que sea útil tanto a clínicos como investigadores no solo del ámbito hispanohablante.

Desde las sociedades impulsoras de este consenso, la WADD y la SEPD, estamos convencidos de la necesidad y utilidad de esta obra para los profesionales y para la sociedad, todo ello sin perder la perspectiva que el fin último es tener las herramientas y estrategias más adecuadas para dar respuesta a cada paciente específico y sus condicionantes biopsicosociales.

Prof. Carlos Roncero

Presidente Sociedad Española de Patología Dual 2021-2027

Bibliografía

Adan, A., Torrens, M. (2021). Special issue: Diagnosis and management of addiction and other mental disorders (dual disorders). *Journal of Clinical Medicine*, 10, 1307. <https://doi.org/10.3390/jcm10061307>

Alsuhaibani, R., Smith, D.C., Lowrie, R., Aljhani, S., Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Andrews, D. A., Bonta, J., Wormith, J. S. (2011). The Risk–Need–Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminology & Public Policy*, 10(3), 475–493. doi:10.1111/j.1745-9133.2011.00731.x

Antai-Otong, D., Theis, K., Patrick, D.D. (2016). Dual diagnosis: Coexisting substance use disorders and psychiatric disorders. *Nursing Clinics of North America*, 51(2), 237–247. doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.007

Arias, F., Rentero, D., Fernández-Artamendi, S., Balcells-Oliveró, M.M. (2017b). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cannabis y trastorno mental comórbido. *Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Socidrogalcohol: Valencia*.

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurete, I., Rentero, D. (2017a). Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. *Adicciones*, 29, 186–195. <https://doi.org/10.20882/adicciones.782>

Asua, J. (2005). Entre el consenso y la evidencia científica. *Gaceta Sanitaria*, 19(1), 65–70.

Back, S. E., Dansky, B. S., Carroll, K. M., Foa, E. B., Brady, K. T. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Description of procedures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 35–45. doi:10.1016/S0740-5472(01)00181-7

Back, S. E., Foa, E. B., Killeen, T. K., Mills, K. L., Teesson, M., Cotton, B. D., Carroll, K. M., Brady, K.T. (2014). *Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE)*. New York: Oxford University Press.

Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. New York, NY, USA: Oxford University Press.

Bean, C.A.L., Aurora, P., Maddox, C.J., Mekota, R., Updegraff, A. (2022). A comparison of telehealth versus in-person group therapy: Results from a DBT-based dual diagnosis IOP. *Journal of Clinical Psychology*, 78(11):2073-2086. doi: 10.1002/jclp.23374

Bechdorf, A., Pohlmann, B., Geyer, C., Ferber, C., Klosterkötter, J., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2005). Motivationsbehandlung bei patienten mit der doppeltdiagnose psychose und sucht [Motivational interviewing for patients with comorbid schizophrenia and substance abuse disorders: a review]. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 73(12), 728-735. doi: 10.1055/s-2004-830258

Becoña, E., Cortés, M. (Coords), Pedrero, E.J., Fernández, J.R., Casete, L., Bermejo, M.P., Secades, R., Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Soci drog alcohol.

Becoña, E., Cortés, M. (Coords). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Soci drog alcohol.

Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>

Bellack, A.S., DiClemente, C.C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(1), 75-80. doi: 10.1176/ps.50.1.75

Benito, A., Jiménez-Murcia, S., Tirado-Muñoz, J., Adan, A. (2026). WADD-SEPD consensus on psychological treatment of dual disorders I: General recommendations, most used therapies, and severe mental disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 15(2), 730. doi: 10.3390/jcm15020730

Benito, A., Jiménez-Murcia, S., Tirado-Muñoz, J., Adan, A. (2026). WADD-SEPD consensus on psychological treatment of dual disorders II: neurodevelopmental, anxiety, post-traumatic stress, somatic symptom, eating, and personality disorders and recommendations for future research. *Journal of Clinical Medicine*, 15(3), 1105. doi: 10.3390/jcm15031105

Bernardy, N. C., Hamblen, J. L., Friedman, M. J., Kivlahan, D. R. (2011). Co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorder: Recommendations for management and implementation in the Department of Veterans Affairs. *Journal of Dual Diagnosis*, 7(4), 242–261. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.620446>

Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 47–54. doi:10.1016/S0740-5472(01)00182-9

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Substance abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 47. DHHS Publication No. (SMA) 06-4182. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Centre for Addiction and Mental Health. (2002). Best practices concurrent mental health and substance use disorders. Ottawa, ON, Canada: Health Canada.

Chetty, A., Guse, T., Malema, M. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA Gesondheid*, 28(0), a2094. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094>

Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 238–258. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04879.x

Courbasson, C. M., Nishikawa, Y., Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 434–449. <https://doi.org/10.1002/cpp.748>

Courbasson, C. M., Nishikawa, Y., Shapira, L. B. (2010). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17–33. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533603>

Crockford, D., Addington, D. (2017). Canadian schizophrenia guidelines: Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 624-634. doi: 10.1177/0706743717720196

Crowe, B.H., Salt, A.T. (2015). Autism: The management and support of children and young people on the autism spectrum (NICE Clinical Guideline 170). *Arch Dis Child Educ Pract*, 100, 20–23. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305468>

Crowe, M., Inder, M., Swartz, H.A., Murray, G., Porter, R. (2020). Social rhythm therapy-A potentially translatable psychosocial intervention for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 22(2), 121-127. doi: 10.1111/bdi.12840

Crunelle, C.L., van den Brink, W., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F.R., van de Glind, G., Demetrovics, Z., Coetzee, C., Luderer, M., Schellekens, A., ICASA consensus group, Matthys, F. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *European Addiction Research*, 24(1), 43-51. doi: 10.1159/000487767

Dalrymple, R.A., McKenna Maxwell, L., Russell, S., Duthie, J. (2020). NICE guideline review: Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NG87). *Archives of Disease in Childhood-Education and Practice Edition*, 105(5), 289-293. doi: 10.1136/archdischild-2019-316928

Dass-Brailsford, P., Myrick, A.C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need for an integrated approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 11, 202–213. <https://doi.org/10.1177/1524838010381252>

Deady, M., Teesson, M., Kay-Lambkin, F. (2014). Treatments for co-occurring depression and substance use in young people: A systematic review. *Current Drug Abuse Reviews*, 7, 3-17. <https://doi.org/10.2174/1874473707666141015220608>

Dom, G., Moggi, F. (Eds.). (2015). Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective. Springer.

Drake, R. E., Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105–118. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033432

Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138. doi: 10.1016/j.jsat.2007.01.011

Durvasula, R., Miller, T.R. (2014). Substance abuse treatment in persons with HIV/AIDS: challenges in managing triple diagnosis. *Behavioral Medicine*, 40(2), 43-52. doi: 10.1080/08964289.2013.866540

Fantuzzi, C., Mezzina, R. (2020). Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 300-310. <https://doi.org/10.1177/0020764019899975>

Fernández, R., Henche, A.I. (2007). Tratamientos psicosociales en esquizofrenia dual. En: Szerman N., Álvarez A., Casas M. *Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas*. Madrid: Editorial Glosa.

Fernández, J.J., Orengo, T., Díaz S. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. *Trastorno por uso de opioides y otros trastornos mentales. Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales*. Valencia: Socidrogalcohol.

Fernández-Artamendi, S., Cortés, M.T., Pascua F. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. *Trastorno por juego y otros trastornos mentales. Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales*. Valencia: Socidrogalcohol.

Ferré, F., Sevilla, J., Basurte, I. (2016). Adicciones comportamentales y patología dual. En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. *Protocolos de intervención en patología dual*. Barcelona: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).

Flórez, G., Balcells, M., Uzal, C. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. *Trastorno por uso de alcohol y trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales*. Valencia: Socidrogalcohol.

Foa, E.B., Hembree, E., Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.

- Foa, E. B., Yuskos, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Oslin, D., ..., Peterson, A.L. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(5), 488–495. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8268>
- Frank, E., Swartz, H.A., Kupfer, D.J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 593-604. doi: 10.1016/s0006-3223(00)00969-0
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., Kulkarni, J., McGorry, P., Nielssen, O., Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410-472. doi: 10.1177/0004867416641195
- Garrido, N., Piedra, P., Rosa, J. (2019). Dual diagnosis: An integrated approach to treatment: Evidence-based clinical practice guidelines. *Journal of Drug Abuse*, 5(2), 4.
- Gibbon, S., Khalifa, N. R., Cheung, N. H.-Y., Völm, B. A., McCarthy, L. (2020). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9), CD007668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007668.pub3>
- Gilchrist, G., Blazquez, A., Torrens, M. (2011). Psychiatric, behavioural and social risk factors for HIV infection among female drug users. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1834-43. doi: 10.1007/s10461-011-9991-1
- Goikolea, J.M., Vieta, E. (2016). Trastorno bipolar y patología dual. En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. *Protocolos de intervención en patología dual*. Barcelona, Spain: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).
- Gordon, A. (2008). Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician. Adelaide, Australia: Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA).

Goti J, Díaz R, Arango C. (2016). Adolescentes y patología dual. En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. *Protocolos de intervención en patología dual*. Barcelona: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).

Gregory, R.J., Remmen, A.L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 45, 15–27. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.15>

Guardia, J., Flórez, G. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de ansiolíticos e hipnóticos y otros trastornos mentales. Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Valencia: Socidrogalcohol.

Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W.G., Schutz, C.G. (2020). Concurrent disorder management guidelines. Systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2406. doi: 10.3390/jcm9082406

Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W.F., Thibaut, F., Möller, H.J., WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. (2015). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry*, 16(3), 142-170. doi: 10.3109/15622975.2015.1009163

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.

Hellem, T.L., Lundberg, K.J., Renshaw, P.F. (2015). A review of treatment options for co-occurring methamphetamine use disorders and depression. *Journal of Addictions Nursing*, 26(1), 14-23; quiz E1. doi: 10.1097/JAN.0000000000000058

- Hien, D.A., Fitzpatrick, S., Saavedra, L.M., Ebrahimi, C.T., Norman, S.B., Tripp, J., Ruglass, L.M., Lopez-Castro, T., Killeen, T.K., Back, S.E., Morgan-López, A.A. (2021). What's in a name? A data-driven method to identify optimal psychotherapy classifications to advance treatment research on co-occurring PTSD and substance use disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2001191. doi: 10.1080/20008198.2021.2001191
- Humphreys, E., Ladner, T., van Draanen, J. (2023). A qualitative assessment of the treatment needs of women with concurrent eating and substance use disorders in a residential setting. *Journal of Dual Diagnosis*, 19(2-3):153-165. doi: 10.1080/15504263.2023.2192175
- Hunt, G.E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. Art. No.: CD001088. doi: 10.1002/14651858.CD001088.pub4
- Jegade, O., Rhee, T.G., Stefanovics, E.A., Zhou, B., Rosenheck, R.A. (2022). Rates and correlates of dual diagnosis among adults with psychiatric and substance use disorders in a nationally representative U.S sample. *Psychiatry Research*, 315, 114720. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114720>
- Jorgenson, A.G., Hsiao, R.C., Yen, C.F. (2016). Internet addiction and other behavioral addictions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 509-20. doi: 10.1016/j.chc.2016.03.004
- Karapareddy, V. A. (2019). Review of integrated care for concurrent disorders: Cost effectiveness and clinical outcomes. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(1), 56-66. doi: 10.1080/15504263.2018.1518553
- Khalsa, J.H., Treisman, G., McCance-Katz, E., Tedaldi, E. (2008). Medical consequences of drug abuse and co-occurring infections: research at the National Institute on Drug Abuse. *Substance Abuse*, 29(3), 5-16. doi: 10.1080/08897070802218661
- Kienast, T., Stoffers, J., Birmphohl, F., Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt international*, 111(16), 280-286. doi: 10.3238/arztebl.2014.0280
- Klerman, G., Weissman, M.M., Rounsaville, B., Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Linehan, M. M., Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 365–420). The Guilford Press.

Linehan, M.M., Schmidt, H., III, Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279–292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>

Magill, M., Helminen, E.C., Lynch-Gadaleta, B., Allen, K., Kiluk, B.D., Ray, L.A. (2025). Cognitive-behavioral interventions for co-occurring substance use and mental health disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 274, 112756. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112756>

Marel, C., Siedlecka, E., Fisher, A., Gournay, K., Deady, M., Baker, A., Kay-Lambkin, F., Teesson, M., Baillie, A., Mills, K.L. (2022). *Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings* (3rd edition). Sydney, Australia: Matilda Centre for Research in Mental Health and Substance Use, The University of Sydney.

Martínez, J.M. (2010). Psychological intervention in patients with comorbid cocaine and alcohol and personality disorders. *Trastornos Adictivos*, 12(4), 140-143. doi: 10.1016/S1575-0973(10)70027-1

Martínez-González, J. M., Trujillo, H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Martínez-Raga, J., Knecht, C., Martín-Navarrete, R. (2016). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. *Protocolos de intervención en patología dual*. Barcelona: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).

Matthys, F., Stes, S., van den Brink, W., Joostens, P., Möbius, D., Tremmery, S., Sabbe B. (2014). Guideline for screening, diagnosis and treatment of ADHD in adults with substance use disorders. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 12(2), 113-226. DOI 10.1007/s11469-014-9496-z

McCallum, S., Mikocka-Walus, A., Turnbull, D., Andrews, J.M. (2015). Continuity of care in dual diagnosis treatment: definitions, applications, and implications. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(3-4), 217-232. doi: 10.1080/15504263.2015.1104930

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I., Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 34(10), 892–897. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.009

Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.

Mental Health Branch. (2009). *NSW clinical guidelines for the care of persons with comorbid mental illness and substance use disorders in acute care settings*. New South Wales, Australia: NSW Department of Health.

Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., Tonigan, J.S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308. doi: 10.1016/s0899-3289(99)00003-6

Miller, W.R., Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Ed. Paidós.

Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., Ewer, P. L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA*, 308(7), 690–699. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9071>

Miranda-Olivos, R., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M.T., Gearhardt, A.N., Fernández-Aranda, F. (2023). The Role of Food Addiction and Lifetime Substance Use on Eating Disorder Treatment Outcomes. *Nutrients*, 15(13), 919. doi: 10.3390/nu15132919

Mocanu, V., Wood, E. (2022). Alcohol use disorder with comorbid anxiety disorder: a case report and focused literature review. *Addiction Science & Clinical Practice*, 17(1), 62. doi: 10.1186/s13722-022-00344-z

Morozova, M., Rabin, R.A., George, T.P. (2015). Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *American Journal of Addiction*, 24(8), 687-694. doi: 10.1111/ajad.12277

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. (2003). Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: Guilford Press.

Murthy, P., Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 194–200. doi: 10.1097/YCO.0b013e328351a3e0

Murthy, P., Mahadevan, J., Chand, PK. (2019). Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(4), 293–299. doi: 10.1097/YCO.0000000000000510

Najavits, L. M. (2002). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. New York: Guilford Press.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., Muenz, L. R. (1998). “Seeking safety”: Outcome of a new cognitive behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437–456. doi:10.1023/A:1024496427434

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management. London, UK: NICE.

Newton-Howes, G., Foulds, J. (2018). Personality disorder and treatment outcome in alcohol use disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 50–56. doi: 10.1097/YCO.0000000000000375

Ochoa, E., Molins, S., Seijo, P. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cocaína y trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Valencia: Socidrogalcohol.

Pascual-Pastor, F., Fernández-Miranda, J. J., Díaz-Fernández, S., Sala-Añó, C. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Valencia: Socidrogalcohol.

Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N.K., Hall, K., Lubman, D.I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(4), 363–373. doi: 10.1016/j.jsat.2011.05.004

Pereiro, C., Fernández, J.J (Coords). (2018). Guía de adicciones para especialistas en formación. Valencia: Socidrogalcohol.

Peris L. (2016). Patología dual en trastornos de personalidad. En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. Protocolos de intervención en patología dual. Barcelona: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).

Preuss, U.W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Havemann-Reinecke, U., Schäfer, I., Beutel, M., Hoch, E., Mann, K.F. (2018). Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(3), 219-229. doi: 10.1007/s00406-017-0801-2

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984). Transteoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

Queensland Health. (2010). Dual diagnosis clinical guidelines. Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems. Brisbane, Australia: Queensland Health.

Resick, P. A., Monson, C. M., Chard, K. M. (2016). Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual. New York, NY, USA; London, UK: Guilford Publications.

Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., Berking, M., Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: A meta-analysis. *Addiction*, 109, 394-406. doi:10.1111/add.12441

Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Casas, M. (2016). Patología dual en esquizofrenia. En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. Protocolos de intervención en patología dual. Barcelona: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).

Roncero, C., Szerman, N., Terán, A., Pino, C., Vázquez, J.M., Velasco, E., García-Dorado, M., Casas, M. (2016). Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1855-1868. doi: 10.2147/PPA.S108678

Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T.H., Mann, K., Batra, A., Gorwood, P., Möller, H.J., European Psychiatric Association. (2014). EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry*, 29(2), 65-82. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.11.002

Saiz, P., Jiménez-Treviño, L., Menéndez, I., García-Portilla, M.P., Bobes, J., Flórez, G., Gómez-Trigo, J. (2016). Patología dual en ansiedad. En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. *Protocolos de intervención en patología dual*. Barcelona: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).

Saiz, P.A., Jiménez, L., Díaz, E.M., García-Portilla, MP, Marina, P., Al-Halabí, S., Szerman, N., Bobes, J., Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico [Dual diagnosis in anxiety disorders: pharmacologic treatment recommendations]. *Adicciones*, 26(3), 254-274.

San, L., Bernardo, M., Arrojo, M. (2020). Guía de práctica clínica. Tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Saunders, E.C., McGovern, M.P., Capone, C., Hamblen, J. (2019). Integrated cognitive-behavioral therapy (ICBT) for co-occurring PTSD and substance use disorders: Overview and new applications. En Vujanovic, A.A., Back, S.E., Eds. *Posttraumatic Stress and Substance Use Disorders*, 1st ed. New York, NY, USA: Routledge; pp. 220–238.

Schulte, S.J., Meier, P.S., Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64. doi: 10.1186/1471-244X-11-64

Scott, K.D., Gorey, K.M. (2025). Concurrent disorders and treatment outcomes: A meta-analysis. *Journal of Dual Diagnosis*, 21, 251–265. <https://doi.org/10.1080/15504263.2025.2515015>

Secades-Álvarez, A., Fernández-Rodríguez, C. (2017). Review of the efficacy of treatments for bipolar disorder and substance abuse. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 113-124. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.10.003

- Shaner, A., Eckman, T., Roberts, L.J., Fuller, T. (2003). Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(9), 1287-1289. doi: 10.1176/appi.ps.54.9.1287
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Simpson, T.L., Lehavot, K., Petrakis, I.L. (2017). No wrong doors: Findings from a critical review of behavioral randomized clinical trials for individuals with co-occurring alcohol/drug problems and posttraumatic stress disorder. *Alcohol, Clinical and Experimental Research*, 41(4), 681-702. doi: 10.1111/acer.13325
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Sofuoglu, M., DeVito, E.E., Waters, A.J., Carroll, K.M. (2016). Cognitive function as a transdiagnostic treatment target in stimulant use disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(1), 90-106. doi: 10.1080/15504263.2016.1146383
- Somohano, V.C., Bowen, S. (2022). Trauma-integrated mindfulness-based relapse prevention for women with comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder: A cluster randomized controlled feasibility and acceptability trial. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 28(9), 729-738. doi: 10.1089/jicm.2021.0306
- Somohano, V.C., Cameron, D., Lewis, M., Denneson, L.M., Lovejoy, T.I., O'Neil, M.E. (2024). Characterizing and comparing evidence-based psychotherapy utilization among veterans with co-occurring PTSD and substance use disorder. *Substance Use & Misuse*, 59(3), 425-431. doi: 10.1080/10826084.2023.2275566
- Stevens, J., Kliethermes, M., Cohen, J. A. (2017). Risk reduction through family therapy (RRFT) for adolescent trauma and substance use: A clinical review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 327–341.
- Suarez, L. M., Belcher, H. M. E., Briggs, E. C., Titus, J. C. (2012). Supporting the need for an integrated system of care for youth with co-occurring traumatic stress and substance abuse problems. *American Journal of Community Psychology*, 49(3-4), 430–440.

Subodh, B.N., Sharma, N., Shah, R. (2018). Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis. *Indian J Psychiatry*, 60(4), S494-S500. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_18_18

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Sugarman, D. E., Meyer, L. E., Reilly, M. E., King, B. R., Dechant, E., Weigel, T., Tarbox, P., Greenfield, S. F. (2020). The women's recovery group for individuals with co-occurring substance use and eating disorders: Feasibility and satisfaction in a residential eating disorders program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 38(4), 446–456. <https://doi.org/10.1080/07347324.2020.1746213>

Szerman, N., Basurte, I., Vega, P., Mesías, B., Martínez-Raga, J., Torrens, M., ..., NIDA-ESPAÑA Working Group. (2017). Joint statement on dual disorders: Addiction and other mental disorders. *Salud Mental*, 40(6), 245–247. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.033>

Szerman, N., Peris, L. (2018). Precision psychiatry and dual disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 14(4), 237-246. doi: 10.1080/15504263.2018.1512727

Szerman, N., Parro-Torres, C., Didia-Attas, J., El-Guebaly, N. (2019). Dual disorders: Addiction and other mental disorders. Integrating mental health. En A. Javed & K. N. Fountoulakis (Eds.). *Advances in psychiatry* (Vol. 3, pp. 109–127). Springer.

Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Balhara, Y.P.S., Salom, C., Maremmani, I., Sher, L., Didia-Attas, J., Chen, J., Baler, R., World Association on Dual Disorders (WADD). (2022). Addictive and other mental disorders: A call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry*, 12(1), 446. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5>

Taylor, M., Petrakis, I., Ralevski, E. (2017). Treatment of alcohol use disorder and co-occurring PTSD. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 391-401. doi: 10.1080/00952990.2016.1263641

Temmingh, H., Williams, T., Siegfried, N., Stein, D. (2018). Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD011057. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011057.pub2>

Thylstrup, B., Hesse, M. (2011). The impulsive lifestyle counseling program for antisocial behavior in outpatient substance abuse treatment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60, 919–935. <https://doi.org/10.1177/0306624X11416331>

Tirado-Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., Torrens, M. (2018). Dual diagnosis in depression: treatment recommendations. *Adicciones*, 30(1), 66-76. doi: 10.20882/adicciones.868

Todd, F.C. (2010). *Te ariari o te oranga: the assessment and management of people with co-existing mental health and substance use problems*. Wellington: Ministry of Health.

Tomáš, J., Lenka, Š. (2023). Prevalence of dual diagnoses among children and adolescents with mental health conditions. *Children (Basel)*, 10(2), 293. <https://doi.org/10.3390/children10020293>

Tonigan, J.S., Pearson, M.R., Magill, M., Hagler, K.J. (2018). AA attendance and abstinence for dually diagnosed patients: a meta-analytic review. *Addiction*, 113(11), 1970-1981. doi: 10.1111/add.14268

Torales, J., Castaldelli-Maia, J.M., da Silva, A.G., Campos, M.W., González-Urbiet, I., Barrios, I. (2019). Even more complex.... When mental disorder meets addiction in youth: Dual pathology. *Current Drug Research Reviews*, 11(1), 40-43. doi: 10.2174/2589977511666181128165358

Torrens, M., Adan, A. (2023). Recent advances in dual disorders (addiction and other mental disorders). *Journal of Clinical Medicine*, 12, 3315. <https://doi.org/10.3390/jcm12093315>

Torrens, M., Farré, A., Tirado-Muñoz, J. (2016). Depresión y patología dual. En Szerman, N., Roncero, C., Casas, M., Eds. *Protocolos de intervención en patología dual*. Barcelona: Edikamed. Disponible online: <https://patologiadual.es/protocolos-de-intervencion/> (Recuperado el 2 de enero de 2026).

Torrens, M., Rossi, P. C., Martínez-Riera, R., Martínez-Sanvisens, D., Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 1005–1014.

Triffleman, E. G., Carroll, K., Kellogg, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy: An integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1–2), 3–14. doi:10.1016/S0740-5472(98)00067-1

van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Koeter, M.W., de Bruijn, K., Dekker, J.J., van den Brink, W., et al. (2013). Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 132.

Vujanovic, A.A., Meyer, T.D., Heads, A.M., Stotts, A.L., Villarreal, Y.R., Schmitz, J.M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 402–415. doi: 10.1080/00952990.2016.1199697

Watkins, K.E., Cuellar, A.E., Hepner, K.A., Hunter, S.B., Paddock, S.M., Ewing, B.A., de la Cruz, E. (2014). The cost-effectiveness of depression treatment for co-occurring disorders: A clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 128–133. doi: 10.1016/j.jsat.2013.08.006

Watkins, K. E., Hunter, S. B., Hepner, K. A., Paddock, S.M., de la Cruz, E., Zhou, A. J. y Gilmore, J. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, 68, 577–584. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.53

Weiss, R.D., Griffin, M.L., Jaffee, W.B., Bender, R.E., Graff, F.S., Gallop, R.J., Fitzmaurice, G.M. (2009). A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(3), 212–219. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.04.018

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A., Walker, D. (2005). Mindfulness based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211–228.

Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY, USA: Guilford Press.

Young, K.S. (2007). Cognitive behavior therapy with internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & Behavior*, 10(5), 671–679. doi: 10.1089/cpb.2007.9971

Young, S., Woodhouse, E. (2021). Assessment and treatment of substance use in adults with ADHD: A psychological approach. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 1099-1108. doi: 10.1007/s00702-020-02277-w

Ziedonis, D.M., Smelson, D., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., Montoya, I., Parks, J., Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(5), 315-339. doi: 10.1097/00131746-200509000-00005

Ziedonis, D.M., Stern, R. (2001). Dual recovery therapy for schizophrenia and substance abuse. *Psychiatric Annals*, 31, 255-264. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20010401-09>



WADD
World Association
on Dual Disorders

