

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**UNIVERSITAT
JAUME • I**

**EFICACIA DE LA TERAPIA PSICOEDUCATIVA MOTIVACIONAL BREVE
DUAL (TPMB-D) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRASTORNO
POR USO DE SUSTANCIAS Y PATOLOGÍA DUAL**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Ana Benito Delegido

Dirigida por:

Dr. Juan Vicente Sánchez Andrés

Dr. Gonzalo Haro Cortés



UNIVERSITAT JAUME I

El Doctor D. Juan Vicente Sánchez Andrés, Catedrático de Fisiología y Director del Departamento de Medicina de la Universitat Jaume I-UJI y el Doctor D. Gonzalo Haro Cortés, Profesor Asociado del grado de Medicina de la Universidad CEU-Cardenal Herrera de Castellón y Coordinador del programa de patología dual grave del Hospital Provincial de Castellón,

Certifican:

Que la Tesis Doctoral presentada por D. Ana Benito Delegido con el título “Eficacia de la terapia psicoeducativa motivacional breve dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual”, ha sido realizada bajo su dirección. Tras haberla examinado hacen constar su autorización para que se realicen los trámites conducentes a su defensa.

Y para que conste a los efectos oportunos, firman el presente certificado en

Castellón a 30 de enero de 2015.

Fdo: Dr. Juan Vicente Sánchez Andrés

Fdo: Dr. Gonzalo Haro Cortés

AGRADECIMIENTOS

Muchísimas gracias a mis directores de tesis, Dr. Haro y Dr. Sánchez, por su diligencia y celeridad, por resolver mis dudas y facilitarme el trabajo. Mención especial a Gonzalo por aguantar las aristas de mi carácter, ya sabes lo que dicen de la confianza.

Quiero agradecer al Hospital Provincial de Castellón haber prestado el marco y los medios para la investigación.

Enormes gratitud y reconocimiento a los pacientes por su colaboración, sabiduría y paciencia.

Gracias mil a Sonia (mi becaria favorita), Begoña y María por colaborar con el trabajo de campo.

Gracias a los/as compañeros/as del grupo de investigación TXP por todos estos años de reuniones y cenas, esa combinación de ciencia y ocio en la proporción justa.

Muchísimas gracias a familiares, amigos y los que están en ambas categorías por el cariño y las risas.

Gracias especialmente a Pascual, por ser mi centro de gravedad. Sabes que tengo mucho que agradecerte, incluso los agradecimientos.

Gracias a todos porque, a pesar de las dificultades, ahora que acabo el proceso de elaborar la tesis puedo decir: me lo he pasado bien.

La realización de la presente tesis doctoral ha sido posible gracias a la financiación de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana (Orden de Septiembre de 2011, Referencia SM I 27/2011) y la Fundación C.V. de Investigación del Hospital Provincial de Castellón.

El formato de la presente tesis sigue las normas APA recogidas en: American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association. Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. México: Manual Moderno. En las tablas se han marcado con * las probabilidades menores de α : 0,05 y con ** las probabilidades menores de α : 0,01.

ÍNDICE

Resumen y palabras clave	13
1-Introducción	15
1.1-Concepto de patología dual (PD)	15
1.2-Epidemiología de la PD	19
1.2.1-Trastornos de la personalidad y trastornos por uso de sustancias (TUS)	22
1.2.2-Esquizofrenia y TUS	24
1.2.3-Trastornos del estado de ánimo y TUS	26
1.2.4-Trastornos de ansiedad y TUS	27
1.2.5-Otros trastornos mentales y TUS	28
1.3-Consecuencias de la PD	31
1.4-Etiología de la PD	36
1.5-Evaluación de la PD	39
1.6-Tratamiento de la PD	42
1.6.1-Tratamiento integrado	48
1.6.2-Tratamiento farmacológico	51
1.6.3-Intervenciones psicosociales	54
1.6.4-Tratamiento psicológico	59
1.6.4.1-Psicoeducación	62
1.6.4.2-Intervenciones para potenciar la continuidad de cuidados	64
1.6.4.3-Terapia motivacional	64
1.6.4.4-Intervenciones basadas en etapas	68
1.6.4.5-Prevención de recaídas	70
1.6.4.6-Terapia grupal	71
1.6.4.7-Terapia psicoeducativa motivacional breve (TPMB)	74
1.7-Justificación	75
2-Hipótesis	77
3-Objetivos	79

4-Material y métodos	81
4.1-Creación e implementación de la terapia psicoeducativa motivacional breve dual (TPMB-D)	81
4.2-Validación de la TPMB-D	84
4.2.1-Muestra	85
4.2.2-Diseño	85
4.2.3-Pruebas psicométricas	86
4.2.4-VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO	87
4.2.4.1-Descriptivos sociodemográficos	87
4.2.4.2-Descriptivos clínicos	88
4.2.4.3-Variable independiente	89
4.2.4.4-VARIABLES DEPENDIENTES EVALUADAS PRE Y POSTEST	89
4.2.4.5-Variable dependiente evaluada solo posttest	89
4.2.4.6-VARIABLES CALCULADAS POSTERIORMENTE PARA EVALUAR LOS FACTORES que influyen en la efectividad de la TPMB-D	89
4.2.5-Procedimiento	90
4.2.6-Análisis de datos	93
5-Resultados	97
5.1-Análisis del cuestionario de conocimientos	97
5.2-Análisis exploratorio	101
5.3-Abandonos	102
5.4-Descriptivos sociodemográficos y clínicos de la muestra	103
5.5-Diferencias según el tipo de pacientes: TUS versus PD	113
5.6-Diferencias según el grupo de tratamiento: TPMB-D versus terapia ocupacional (TO)	129
5.7-Comparaciones entre los grupos de tratamiento (TPMB-D versus TO) en las variables dependientes	133
5.7.1-Conocimientos	133
5.7.2-Puntuaciones en motivación	134

5.7.3-Fase motivacional en la que se encuentran los sujetos	137
5.7.4-Satisfacción con la terapia	138
5.8-VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA EFECTIVIDAD DE LA TPMB-D	138
5.8.1-Diferencia en conocimientos	138
5.8.2-Diferencia en precontemplación	139
5.8.3-Diferencia en contemplación	139
5.8.4-Diferencia en acción	140
5.8.5-Diferencia en fase motivacional	140
5.8.6-Satisfacción	141
6-Discusión	143
6.1-Limitaciones relacionadas con el uso del cuestionario de conocimientos ...	143
6.2-Limitaciones relacionadas con los pacientes que abandonan el estudio	144
6.3-Descriptivos sociodemográficos y clínicos y la extrapolación de los resultados	148
6.4-Diferencias entre los tipos de pacientes (TUS versus PD) y su posible influencia en la eficacia de la TPMB-D	152
6.5-Eficacia comparada de la TPMB-D versus TO	157
6.5.1-Conocimientos sobre la adicción y la PD	159
6.5.2-Motivación para el cambio	160
6.5.3-Satisfacción con la terapia	166
6.5.4-Aspectos que se relacionan con la eficacia de la TPMB-D	167
7-Conclusiones	175
8-Bibliografía	177
Apéndice A	219
Apéndice B	223

RESUMEN

Patología dual (PD) es la comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias (TUS) con trastornos mentales graves. Se asocia con peores resultados de tratamiento que cada uno de estos trastornos por separado, por lo que es importante desarrollar terapias específicas para estos pacientes. El Hospital Provincial de Castellón adaptó la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (efectiva en pacientes con TUS en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) para pacientes con PD (TPMB-D), incluyendo a pacientes con TUS y con PD en los mismos grupos terapéuticos.

Este estudio experimental doble ciego usó dos grupos aleatorios para evaluar la eficacia de la TPMB-D comparada con terapia ocupacional (TO) en pacientes hospitalizados con TUS y con PD. Ciento sesenta y tres pacientes completaron el estudio, de los que el 68.7% presentaban PD y el 31,3% TUS. Se evaluaron pre y postest su nivel de conocimientos sobre adicciones y PD (cuestionario ad hoc) y su motivación para el cambio (cuestionario SOCRATES 8D de Miller y Tonigan) y la satisfacción con la terapia recibida (Cuestionario de Percepciones del Tratamiento de Marsden et al.) se evaluó postest.

La TPMB-D aumenta la motivación para el cambio y los conocimientos sobre adicciones y PD más que la TO, generando también niveles más altos de satisfacción.

PALABRAS CLAVE

Patología dual; trastornos por uso de sustancias/trastornos relacionados con sustancias; motivación para el cambio; terapia ocupacional; terapia psicoeducativa motivacional breve dual (TPMB-D).

1-INTRODUCCIÓN

1.1-CONCEPTO DE PATOLOGÍA DUAL

El término *patología dual* (PD) se usa cuando a un paciente se le diagnostican uno o varios trastornos por uso de sustancias (TUS) y uno o varios trastornos mentales diferentes al abuso/dependencia de sustancias (García-Campayo y Sanz, 2002). Se refiere al diagnóstico actual, simultáneo, de un TUS y otro trastorno mental en un individuo (Arias et al., 2013; Volkow, 2007).

Según López-Muñoz, Álamo y Rubio (2010), hasta el siglo XIX el estudio de la conexión entre el consumo de sustancias y los trastornos mentales era más bien anecdótico, limitándose al empleo de las sustancias de abuso con intención terapéutica en los sujetos alienados; entre otras cosas porque los conceptos de *locura* y *droga de abuso* y su implicación social y sanitaria no eran similares a los actuales. Estos autores consideran que el proceso de biologización de la psiquiatría a mediados del siglo XIX, con el modelo de Griesinger de psicosis unitaria (todos los trastornos mentales constituyen un proceso evolutivo de una sola patología, que se iniciaría con manifestaciones afectivas y acabaría en demencia), la obra de Emil Kraepelin (psiquiatría organicista y positivista), el degeneracionismo de la escuela francesa (los trastornos mentales como alteraciones morbosas degenerativas transmitidas hereditariamente o como consecuencia de la acción de ciertos tóxicos, fundamentalmente alcohol, sobre el organismo) y el positivismo criminológico de la escuela italiana (la influencia negativa del consumo de alcohol sería determinante para la génesis de criminales), supone la primera aproximación histórica desde el punto de vista etiológico al concepto de comorbilidad psiquiátrica o diagnóstico dual, considerando que una etiología única se podría manifestar con diversas facetas a lo largo de la vida del paciente (López-Muñoz, Álamo et al., 2010).

Para referirse a la comorbilidad entre los trastornos mentales y los TUS, en los años 70 se hablaba de *nuevo paciente crónico* y a principios de los 80 de *paciente crónico adulto joven* (Drake y Wallach, 2000) para referirse a pacientes psiquiátricos de puerta giratoria, resistentes al tratamiento, que presentaban uso o abuso de alcohol u otras drogas (López-Muñoz, Álamo et al., 2010). A lo largo de los años 80 aparecieron términos como *abusador químico mentalmente enfermo* o *enfermo mental abusador químico* y a finales de los 80 se empezaron a usar los términos *patología dual* y *diagnóstico dual*, que actualmente son los más usados y se consideran sinónimos de *trastornos comórbidos o concurrentes o comorbilidad psiquiátrica* (Drake y Wallach, 2000; López-Muñoz, Álamo et al., 2010). En esa época los investigadores empezaron a afrontar el diagnóstico y tratamiento de las personas con PD, mientras se ponían de manifiesto las barreras administrativas, organizacionales, financieras y clínicas que estos pacientes encontraban al tratar de obtener tratamiento tanto de salud mental como del uso de sustancias (Drake y Wallach, 2000). Simultáneamente, clínicos, políticos e investigadores intentaban averiguar cómo unir conceptualmente y en la práctica los servicios de salud mental y drogodependencias (Drake y Wallach, 2000).

A lo largo del siglo XX se han propuesto diferentes clasificaciones de los trastornos mentales, variando el estatus otorgado a los TUS (López-Muñoz, Álamo et al., 2010). Todas estas clasificaciones han cristalizado finalmente en las dos clasificaciones diagnósticas más usadas actualmente: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APA). La OMS incluyó los trastornos mentales en la CIE-6 (OMS, 1949) y como respuesta la APA elaboró el DSM-I (APA, 1952), con fuerte carga psicoanalítica y donde los TUS se consideraban una manifestación de los trastornos de

personalidad (López-Muñoz, Álamo et al., 2010). Fue en el DSM-III (APA, 1980), que sirvió de base para la CIE-10 (OMS, 1992), cuando los TUS se sitúan en el mismo nivel que el resto de trastornos mentales (López-Muñoz, Álamo et al., 2010).

La CIE-10 (OMS, 1992) incluye 9 clases de sustancias y 9 grupos de trastornos mentales no relacionados con sustancias. El DSM-IV-TR (APA, 2002) incluye 11 clases distintas de sustancias psicoactivas dentro de los TUS y 13 grupos de trastornos mentales no relacionados con sustancias en el adulto, lo que da idea del amplio rango de sustancias y condiciones psiquiátricas que abarca el trastorno dual (López-Muñoz, Álamo et al., 2010).

Por su parte, el reciente DSM-5 (APA, 2013) cambia la denominación de TUS por trastornos relacionados con sustancias e incluye 9 clases de sustancias psicoactivas (más una categoría residual) y 18 grupos de trastornos no relacionados con sustancias. En la tabla 1 se puede comprobar el gran número de posibles combinaciones existentes. En esta tesis se mantiene la denominación TUS por coherencia con el título, formulado antes de la publicación del DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 1. *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos no relacionados con sustancias incluidos en el DSM-5.*

Trastornos relacionados con sustancias en el DSM-5	Trastornos no relacionados con sustancias en el DSM-5
Trastornos relacionados con el alcohol	Trastornos del desarrollo neurológico
Trastornos relacionados con la cafeína	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos relacionados con el cannabis	Trastorno bipolar y trastornos relacionados
Trastornos relacionados con los alucinógenos	Trastornos depresivos

Trastornos relacionados con sustancias en el DSM-5	Trastornos no relacionados con sustancias en el DSM-5
Trastornos relacionados con los inhalantes	Trastornos de ansiedad
Trastornos relacionado con los opiáceos	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados
Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
Trastornos relacionados con los estimulantes	Trastornos disociativos
Trastornos relacionados con el tabaco	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas)	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
	Trastornos de la excreción
	Trastornos del sueño-vigilia
	Disfunciones sexuales
	Disforia de género
	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta
	Trastornos neurocognitivos
	Trastornos de la personalidad
	Trastornos parafílicos

Dado el gran número de posibles combinaciones de cada uno de los trastornos mentales de los ejes I y II del DSM-IV-TR (APA, 2002) o de los trastornos recogidos en el reciente DSM-5 (APA, 2013) con todos los TUS o trastornos relacionados con sustancias, el término PD principalmente se usa para referirse a la comorbilidad de los TUS (abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, trastornos relacionados con sustancias) con trastornos mentales graves, incluyendo esquizofrenia, trastornos

psicóticos, trastorno bipolar, depresión mayor (Horsfall, Cleary, Hunt y Walter, 2009; Thylstrup y Johansen, 2009) y trastornos de la personalidad (Martínez, 2011; Moggi, Giovanoli, Buri, Moos y Moos, 2010).

Es importante destacar que el término PD puede inducir a confusión, fundamentalmente por tres razones:

- Pueden coexistir más de dos trastornos (por ejemplo esquizofrenia, dependencia de opiáceos y dependencia de cannabis o trastorno límite de la personalidad, depresión mayor y dependencia de benzodiazepinas).
- Los individuos que presentan comorbilidad entre enfermedad mental grave y TUS típicamente presentan múltiples discapacidades en lugar de sólo dos enfermedades (Drake, Mueser, Brunette y McHugo, 2004). Se trataría de la comorbilidad de más de dos tipos de enfermedades, por ejemplo, triple comorbilidad entre esquizofrenia, dependencia de opiáceos y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Existen otros grupos de pacientes con doble diagnóstico o PD (Drake et al., 2004; Drake y Wallach, 2000), como las personas con trastornos del desarrollo y enfermedad mental o las que presentan retraso mental y TUS.

En el marco de esta tesis se utilizará el término PD para referirse a la comorbilidad entre los TUS y los trastornos mentales graves.

1.2-EPIDEMIOLOGÍA DE LA PD

La existencia a partir del DSM-III (APA, 1980) de unos criterios diagnósticos operativos permitió realizar en Estados Unidos dos estudios epidemiológicos claves para el desarrollo de la PD como entidad patológica propia: el *Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA) (Regier et al, 1990; Robins y Regier, 1991), que evaluó

entre 1980 y 1984 a 20.291 sujetos, y el *National Comorbidity Survey* (NCS) (Kessler, 1995; Kessler et al., 1996), que evaluó entre 1990 y 1992 a 8.098 sujetos (López-Muñoz, Álamo et al., 2010).

Estos estudios epidemiológicos pioneros en PD encontraron una elevada comorbilidad entre los TUS y otros trastornos mentales. El ECA (Regier et al, 1990; Robins y Regier, 1991) encontró que el 28,9% de los sujetos con trastorno mental había padecido también un trastorno por uso de sustancias ilegales y que el 36,5% de los sujetos con dependencia al alcohol y el 53,1% de aquellos con abuso o dependencia de otras drogas ilegales presentaban otro trastorno mental comórbido. El NCS (Kessler, 1995; Kessler et al., 1996) reflejó que el 42,7% de los sujetos con TUS presentaba un trastorno mental comórbido. Desde entonces, numerosos estudios han confirmado esta importante comorbilidad, cuyo rango oscila entre el 15% de prevalencia hallado en población general al 80% en muestras clínicas (Flynn y Brown, 2008).

Según Torrens (2008), las amplias variaciones en las prevalencias encontradas pueden deberse a varios factores: la heterogeneidad de las muestras (población general o clínica), lugar en que son atendidos (unidades de conductas adictivas, unidades de salud mental, centros penitenciarios, etc.), factores relacionados con la sustancia de abuso (efectos farmacológicos sobre el sistema nervioso central, situación legal, disponibilidad y accesibilidad), factores relacionados con la PD que a su vez también se asocian a psicopatología (por ejemplo, infección por VIH) y las dificultades diagnósticas que serán expuestas más adelante.

Martínez (2011) señala como causas de la variabilidad aspectos metodológicos como la selección de muestras y sus criterios de exclusión, los instrumentos de evaluación usados y la experiencia de los profesionales para la identificación de la psicopatología. Por su parte, Schulte, Meier, Stirling y Berry (2008) también atribuyen

la variabilidad encontrada en la prevalencia a diferencias metodológicas entre los estudios: diferentes instrumentos de evaluación, sesgos en la selección de la muestra, diferencias en el contexto geográfico y particularmente el uso de diferentes definiciones de PD. También se ha apuntado la posibilidad de que factores metodológicos de muestreo, informe de resultados y medición podrían llevar a la sobrestimación de la comorbilidad (Kessler, 2004).

Incluso considerando estos factores, casi el 40% de los pacientes con un trastorno por uso de alcohol y más del 50% de los diagnosticados de trastornos por consumo de otras drogas recibe también, en algún momento de su vida, un diagnóstico de otro tipo de trastorno mental (García-Campayo y Sanz, 2002), siendo los más frecuentes los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de personalidad (Hasin, Nunes y Meydan, 2004).

Igualmente, alrededor del 50% de los individuos con trastornos mentales cumplirán criterios DSM-IV (APA, 2000) para abuso/dependencia de alcohol u otros tóxicos en algún momento de su vida (George y Krystal, 2000; Rodríguez-Jiménez, Bagny, Peñas, Gómez y Aragües, 2010). Se considera que entre el 30 y el 50% de los pacientes de los servicios de salud mental presentan enfermedad mental y adicción (Becoña y Cortés, 2008; Ziedonis, 2004), siendo los TUS más frecuentes nicotina, alcohol, cannabis y cocaína (Green, Canuso, Brenner y Wojcik, 2003; Murthy y Chand, 2012).

Es importante destacar que gran parte de los estudios excluyen la dependencia de tabaco de los análisis (Szerman et al., 2011). Aunque muchos estudios epidemiológicos omiten la nicotina, es importante considerar esta sustancia debido a su alta prevalencia y la extensión del daño médico causado por el tabaco (Lybrand y Caroff, 2009).

Entre los fumadores hay mayor riesgo de primera aparición de depresión mayor, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada y, a la inversa, las escalas dimensionales de ansiedad y depresión rasgo evaluadas en muestras de adolescentes predicen el posterior inicio de fumar, aunque algunos estudios no replican esta asociación (Kessler, 2004).

1.2.1-Trastornos de la personalidad y TUS

Entre los usuarios que acuden a redes asistenciales por consumo de sustancias y/o trastornos de personalidad, alrededor del 60% presentan comorbilidad, concentrándose en un 60-70% en los trastornos antisocial y límite, seguidos de los trastornos evitativo y paranoide, y siendo mucho menos frecuentes en los restantes trastornos de personalidad (Szerman, Basurte, Vega y Arias, 2010). Otros estudios encuentran que los trastornos de personalidad más frecuentes en drogodependientes son el límite, el antisocial y el dependiente (Fassino, Abbate, Delsedime, Rogna y Boggio, 2004) y en indigentes consumidores de drogas los del cluster A y el trastorno obsesivo-compulsivo (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa y O'Neal, 2005).

El 16,4% de los sujetos con al menos un trastorno de personalidad presenta a la vez un trastorno por uso de alcohol, mientras que el 6,5% tiene a la vez diagnóstico de trastorno por uso de otras drogas (Thylstrup y Johansen, 2009). El 28,6% de los sujetos con abuso de alcohol presentan al menos un trastorno de personalidad, mientras que el 47,7% de los sujetos con trastornos por uso de otras drogas presentan al menos un trastorno de personalidad (Thylstrup y Johansen, 2009).

El trastorno límite de personalidad entre los sujetos que buscan tratamiento por TUS presenta una prevalencia entre el 5,2 y el 65,1%, mientras que la prevalencia de TUS entre los sujetos en tratamiento por trastorno límite oscila entre el 25 y el 67% (Rizvi, Dimeff, Skutch, Carroll y Linehan, 2011).

La prevalencia del trastorno antisocial de personalidad entre los sujetos en tratamiento por TUS es del 27% (Rounsaville et al., 1998), aunque en otros estudios dicha prevalencia oscila entre el 1,7 y el 13,7% (Verheul, 2001) o entre el 20 y el 53% entre aquellos sujetos que presentan abuso de alcohol y drogas (Petry, 2002). Más concretamente, la prevalencia del trastorno antisocial es del 14,3% entre los individuos con abuso o dependencia de alcohol (Odds ratio (OR): 21) y del 17,8% en sujetos con abuso o dependencia de otras sustancias (OR: 13,4). A la inversa, entre sujetos que presentan trastorno antisocial de personalidad se han encontrado una prevalencia del 83,6 % de TUS (OR: 29,6) (San, 2004) y tasas de abuso de alcohol de más del 80% (Petry, 2002). Incluso cuando se controlan las características sociodemográficas y la presencia de otros trastornos mentales, los trastornos por uso de drogas continúan relacionándose alta y significativamente con el trastorno antisocial de la personalidad, con una OR de 2,9 (Mariani et al., 2008).

El trastorno evitativo de personalidad presenta entre los sujetos tratados por TUS una prevalencia que oscila entre el 12,8 y el 45% (Verheul, 2001). Cuando se controlan las características sociodemográficas, los sujetos con trastorno evitativo presentan una OR de 1,8 de presentar un trastorno por uso de alcohol, aunque cuando se controlan también otras comorbilidades la OR baja y deja de ser significativa (Hasin et al., 2007).

Entre los sujetos en tratamiento por TUS, la prevalencia del trastorno dependiente de personalidad oscila entre el 6,2 y el 33,5% (Verheul, 2001). La OR entre este trastorno de personalidad y el trastorno por uso de alcohol es de 2,7, aunque disminuye y deja de presentar significación si se controlan otras comorbilidades además de las variables sociodemográficas (Hasin, Stinson, Ogburn y Grant, 2007).

La prevalencia del trastorno paranoide de personalidad entre los sujetos en tratamiento por TUS oscila entre el 1,7 y el 25% (Verheul, 2001). Controlando las

variables sociodemográficas la OR de presentar un trastorno por uso de alcohol es de 2,4, aunque si también se controlan otras comorbilidades disminuye y deja de ser significativa (Hasin et al., 2007).

Respecto al resto de trastornos de la personalidad, entre los sujetos en tratamiento por TUS la prevalencia del trastorno histriónico oscila entre el 3,1 y el 28,6%; la del trastorno narcisista entre el 3,8 y el 28,5% (Verheul, 2001); la del trastorno depresivo de personalidad es del 27,9% (Arias et al., 2013); la del trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad oscila entre el 3,4 y el 20% (Verheul, 2001), encontrándose en nuestro país tasas del 24% (Arias et al., 2013); la del trastorno pasivo-agresivo entre el 5,5 y el 14,3%; la del trastorno esquizoide entre el 0 y el 6,5%; y la del trastorno esquizotípico entre el 1 y el 18,5% (Verheul, 2001).

1.2.2-Esquizofrenia y TUS

El consumo de sustancias es más frecuente en los pacientes con esquizofrenia que en la población general, considerándose que aproximadamente la mitad presentan a lo largo de la vida un diagnóstico de TUS (Blanchard, Brown, Horan y Sherwood, 2000; Tsuang y Fong, 2004). Las tasas de comorbilidad son de aproximadamente el 30% en pacientes en tratamiento ambulatorio y hasta del 60% en pacientes hospitalarios (López-Muñoz, Rubio y Álamo, 2010), llegando incluso a considerarse que alrededor del 70-80% de los pacientes con esquizofrenia tienen un TUS comórbido (Westermeyer, 2006).

Las personas con esquizofrenia tienen una OR de 3,3 de desarrollar abuso o dependencia de alcohol y de 6,2 de desarrollar otros TUS (Murthy y Chand, 2012). Para estos pacientes, el riesgo de presentar un TUS a lo largo de la vida es 4,6 veces el de la población general, con una probabilidad 3,6 veces mayor para el alcohol, 5 veces para cannabis, 6,5 para opiáceos y 13 para la cocaína (San, 2004). La probabilidad de que una persona con esquizofrenia presente un TUS se asocia a los mismos factores que la

presencia de TUS en población general: adultos jóvenes, sexo masculino, desempleo, bajo nivel educativo, historia de personalidad antisocial, trastornos de conducta y problemas familiares (San, 2004)

La prevalencia del tabaco entre personas con esquizofrenia está entre el 50 y el 90% o, dicho de otro modo, de 2,5 a 4,5 veces la prevalencia en la población general (Lybrand y Caroff, 2009). Además, el 40% de las personas con esquizofrenia fuman más de 40 cigarrillos al día (Fowler, Carr, Carter y Lewin, 1998).

Entre los pacientes dependientes de sustancias, el 7% presentan también esquizofrenia; aunque hay que considerar la dificultad de diferenciar los auténticos cuadros esquizofrénicos de los síntomas psicóticos inducidos por las propias sustancias (López-Muñoz, Rubio et al., 2010). De los pacientes dependientes de sustancias, han presentado algún síntoma psicótico inducido el 85% para los alucinógenos, 82% para PCP, 80% para cocaína, 64% para cannabis, 56% para anfetaminas, 54% para opiáceos, 41% alcohol y 32% para sedantes (Thirhalli y Benegal, 2006). Aún así, se considera que el 3,8% (OR: 3,3) de los pacientes con trastorno por uso de alcohol y el 6,8% (OR: 6,2) de los que presentan trastorno por uso de otras sustancias presentan esquizofrenia (San, 2004).

Se ha estudiado especialmente la relación del cannabis con la esquizofrenia, encontrando que su consumo antes de los 20 años aumentaba un 30% el riesgo de desarrollar esquizofrenia y que el riesgo de psicosis entre consumidores de cannabis es dos veces superior al de la población no consumidora (López-Muñoz, Rubio et al., 2010).

1.2.3-Trastornos del estado de ánimo y TUS

El 32% de sujetos con trastornos afectivos presentan también TUS (OR: 2,6) y el 13,4% de los sujetos con trastorno por uso de alcohol (OR: 1,9) y el 26,4% de aquellos con trastorno por uso de otras sustancias (OR: 4,7) presentan algún trastorno afectivo comórbido (San, 2004).

Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida de abuso o dependencia de sustancias encontradas en pacientes con trastorno bipolar oscilan entre el 14 y el 65% (Brown, Suppes, Adinoff y Thomas, 2001). La comorbilidad con TUS en pacientes ingresados por manía o episodios mixtos de trastorno bipolar tipo I es del 60% (Cassidy, Ahearn y Carroll, 2001; Martínez et al., 2010). En pacientes con trastorno bipolar tipo I se han hallado prevalencias del 58% para los trastornos por uso de alcohol y de 38% para los trastornos por uso de otras drogas (Martínez et al., 2010). Por su parte, el 39% de los pacientes con trastorno bipolar tipo II presentan TUS (Chengappa, Levine, Gershon y Kupfer, 2000).

En pacientes con dependencia de alcohol la OR de padecer un diagnóstico de manía a lo largo de la vida es de 12 para los hombres y 5,3 para las mujeres (Martínez et al., 2010), siendo la prevalencia de manía del 2,8% y la prevalencia vida de trastorno bipolar del 6 al 8% (Saavedra, 2001). En pacientes dependientes de cocaína la prevalencia vida de trastorno bipolar se encuentra entre el 10 y el 30% y en pacientes con dependencia a opiáceos la prevalencia vida de la manía es del 0,4 al 0,6% (Saavedra, 2001).

Los pacientes con trastorno depresivo mayor en tratamiento presentan una prevalencia de TUS comórbido del 8,6 al 25% y del 30 al 42,8% de prevalencia a lo largo de la vida (Abraham y Fava, 1999; Martínez et al., 2010; McDermut, Mattia y Zimmerman, 2001; Melartin et al., 2002; Salloum et al, 1995; Sanderson, Beck y Beck,

1990; Torrens et al., 2011; Zimmerman, Chelminski y McDermut, 2002). Los individuos con TUS tienen una probabilidad de dos a cuatro veces mayor de presentar una depresión mayor que la población general (Osilla, Hepner, Muñoz, Woo y Watkins, 2009). Hasta el 70% de los pacientes dependientes de alcohol o de otras sustancias presentan un trastorno depresivo al iniciar el tratamiento de desintoxicación o en las etapas iniciales de la abstinencia (San, 2004).

1.2.4-Trastornos de ansiedad y TUS

La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los TUS se ha observado en torno al 18% (Clark, Samnaliev y McGovern, 2009; Grant et al., 2005). Otros estudios han encontrado que el 50% de las personas diagnosticadas de TUS presentan también un trastorno de ansiedad comórbido (Kessler et al., 1996; Regier et al., 1990) y que el 23,7% de los pacientes con trastornos de ansiedad presentan también TUS (OR: 1,7) (San, 2004).

El 43% de los sujetos con estrés postraumático cumplen criterios de TUS a lo largo de la vida (Back, 2010) y se ha descrito que hasta el 75% de los pacientes veteranos de guerra con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático cumplían criterios de abuso o dependencia de alcohol (San, 2004). A su vez, de las personas en tratamiento por adicción entre el 35 y el 50% tienen un diagnóstico a lo largo de la vida de trastorno por estrés postraumático y entre el 25 y el 42% presenta diagnóstico actual (McGovern et al., 2009).

En el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) (Grant, Stinson et al., 2004) presentar un diagnóstico de trastorno de pánico y de fobia social aumentaba el riesgo de presentar un TUS asociado, con una OR respectivamente de 3,7 y 8,3 para alcohol y otras drogas y de 2,3 y 4,6 para trastorno de pánico y fobia social (Martínez et al., 2010). Por otra parte, el trastorno de ansiedad

generalizada se ha asociado con mayor riesgo de padecer dependencia de alcohol (Baigent, 2012).

1.2.5-Otros trastornos mentales y TUS

Respecto al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se considera que uno de cada cinco sujetos con TDAH presentaría TUS (Wilens y Upadhyaya, 2007), teniendo el 33% de los adultos con TDAH historia de trastorno por uso de alcohol y el 20% de trastorno por uso de otras drogas (Kessler et al., 1996; Wilens et al., 2008). A la inversa, entre el 17 y el 50% de los sujetos con TUS presentarían TDAH comórbido (Waid, Johnson y Anton, 1998).

En las personas con un trastorno de la conducta alimentaria la prevalencia del abuso de alcohol y drogas es aproximadamente del 50% (Krug et al., 2008; The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2003). Esta prevalencia de TUS varía según el trastorno alimenticio, siendo mayor en los cuadros con sintomatología bulímica (Krug et al., 2009; Root et al., 2010). Alrededor del 35% de los sujetos con TUS presentan un trastorno alimenticio (Krug et al., 2008; The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2003), presentando el 8-41% bulimia nerviosa y el 2-10% anorexia nerviosa (San, 2004).

Otros trastornos mentales relacionados con los TUS han sido los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales (San, 2004) y el *burnout* en profesionales de la salud (Didia, Dorpinghaus, Patrizzi y Greif, 2010).

Considerando que la prevalencia de los TUS en la población general es aproximadamente 14-17% (Drake y Mueser, 2000; Kessler et al., 2005), en la tabla 2 se puede observar las prevalencias de los TUS en los diferentes trastornos mentales.

Tabla 2. Prevalencias de los trastornos por uso de sustancias en los trastornos mentales.

Trastorno mental	Prevalencia de TUS	Referencia
Trastornos de personalidad (principalmente trastornos antisocial y límite, seguidos de evitativo y paranoide)	60%	Szerman et al. (2010)
Esquizofrenia	30% en pacientes ambulatorios 60% en pacientes hospitalarios 50% a lo largo de la vida	Blanchard et al. (2000); López-Muñoz, Rubio et al. (2010); Tsuang y Fong (2004)
Trastorno bipolar	14-65% 60% en pacientes hospitalarios	Brown et al. (2001); Cassidy et al. (2001); Martínez et al. (2010)
Trastorno depresivo mayor	9-25% en pacientes en tratamiento 30-43% a lo largo de la vida	Abraham y Fava (1999); Martínez et al. (2010); McDermut et al. (2001); Melartin et al. (2002); Salloum et al. (1995); Sanderson et al. (1990); Zimmerman et al. (2002)
Trastorno por estrés postraumático	43%	Back (2010)
Trastorno de pánico y fobia social	Aumenta 3,7 veces el riesgo de TUS por alcohol y 8,3 veces el de TUS por otras drogas	Martínez et al. (2010)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	20%	Wilens y Upadhyaya (2007)
Trastornos de la conducta alimentaria	Varía según el trastorno, mayor en los cuadros con sintomatología bulímica	Krug et al. (2009); Root et al. (2010)

A la inversa, en la tabla 3 se pueden observar las prevalencias entre pacientes con TUS de los diferentes trastornos mentales comparadas con las prevalencias en población general.

Tabla 3. Prevalencias de los trastornos mentales en los trastornos por uso de sustancias y en la población general.

Trastorno mental	Prevalencia en TUS	Prevalencia en población general	Referencia
Trastornos de personalidad	29% en trastorno por uso de alcohol 48% en trastorno por uso de otras drogas	10-15%	Fernández y Gutiérrez (2005); Grant, Hasin et al. (2004); Thylstrup y Johansen (2009)
Esquizofrenia	7%	0,5-1,5%	APA (2002); López-Muñoz, Rubio et al. (2010)
Trastorno bipolar	6-8% en dependencia de alcohol 10-30% en dependencia de cocaína	1% trastorno bipolar tipo I 1,1% trastorno bipolar tipo II	Merikangas et al. (2007); Saavedra (2001)
Trastorno depresivo mayor	70% 2-4 veces más probabilidad	10-25% en mujeres 5-12% en hombres	APA (2002); Osilla et al. (2009); San (2004)
Trastorno por estrés postraumático	35-50%	8%	APA (2002); McGovern et al. (2009)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	17-50%	3-7%	APA (2002); Waid et al. (1998)

Trastorno mental	Prevalencia en TUS	Prevalencia en población general	Referencia
Trastornos de la conducta alimentaria	35%	0,5-1% anorexia nerviosa 1-3% bulimia nerviosa 3% trastorno de la conducta alimentaria no especificado	Peláez, Labrador y Raich (2005); The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (2003)

Para finalizar con los datos epidemiológicos, destacar que el diagnóstico dual suele ser más común en aquellos pacientes con enfermedad mental grave que son jóvenes, varones, solteros y con menor nivel de educación; en aquellos con antecedentes de trastorno de conducta; y en aquellos con historias familiares de TUS (Drake y Mueser, 2000). Los que están sin techo o en la cárcel o aquellos que se encuentran en una sala de emergencia u hospitalizados también tienen más probabilidad de padecer un TUS comórbido (Drake y Mueser, 2000).

1.3-CONSECUENCIAS DE LA PD

Según Drake y Mueser (2000), las semejanzas del TUS en los trastornos mentales graves y el TUS en la población general son:

- El alcohol es la sustancia de abuso más común, seguida de cannabis y cocaína.
- El TUS suele ser un comportamiento social y se asocia con problemas de desinhibición e inestabilidad psicosocial.
- Las razones autoinformadas para el consumo: combatir la soledad, la ansiedad social, el aburrimiento y el insomnio.

- El TUS tiende a ser un trastorno crónico con recaídas, persistiendo durante muchos años.

Mientras que, según los mismos autores, las diferencias del TUS en los trastornos mentales graves y el TUS en la población general serían:

- Los enfermos mentales presentan mayor sensibilidad a los efectos de las sustancias psicoactivas.
- Los enfermos mentales presentan mayor probabilidad de encontrarse con sustancias psicoactivas, experimentan una tasa alta de exposición a tales sustancias y a la presión social para usarlas.
- Los individuos con trastornos mentales graves previsiblemente sufren consecuencias adversas de algún modo diferentes a las encontradas en población general: la PD se asocia con altas tasas de resultados negativos específicos, mientras que muchos problemas comunes relacionados con el TUS en la población general, tales como dificultades maritales y vocacionales, son menos frecuentes en las personas con trastornos mentales graves.

El consumo de sustancias, además de ser un factor de riesgo independiente para desarrollar un trastorno mental (Barkus y Murray, 2010), también altera el curso de la enfermedad mental y, a la inversa, un empeoramiento del estado mental puede inducir recaída o aumento en el consumo de sustancias (Kessler, 2004).

En la población general, las personas que presentan comorbilidad a lo largo de su vida tienen más probabilidad de experimentar mayor deterioro en el ámbito económico (por ejemplo, desempleo y problemas financieros), asilamiento social y conflictos interpersonales que los que tienen un solo trastorno (Kessler, 1995). Además, la PD es altamente predictiva de resultados de tratamiento negativos (Donat y

Haverkamp, 2004; Gonzalez y Rosenheck, 2002) y se relaciona con peor calidad de vida (Benaiges, Prat y Adan, 2012).

En los pacientes con TUS la gravedad de los síntomas psiquiátricos se asocia con peores resultados y entre los pacientes de salud mental, especialmente los que padecen esquizofrenia, un TUS comórbido se asocia con aumento del tratamiento en salud mental, más medicación, mayor número de re-hospitalizaciones y atenciones en urgencias, ser *sin techo*, criminalidad y violencia, intentos de suicidio, mayor fluctuación y gravedad de los síntomas psiquiátricos, problemas legales, estrés familiar e infecciones por VIH y hepatitis C (Magura, 2008).

Los sujetos con trastorno de la personalidad y TUS, comparados con los que sólo presentan TUS, presentan problemas más graves en la admisión y al final del tratamiento y necesitan más recursos de tratamiento para llegar a similares resultados en uso de sustancias y funcionamiento social, incluyendo periodos más largos de tratamiento, más sesiones de tratamiento, tratamientos para el TUS más estructurados y atención más continuada (Moggi et al., 2010).

Xie, Drake, McHugo, Xie y Mohandas (2010) encontraron que la comorbilidad entre trastornos mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar y el abuso o dependencia de alcohol se asocia con importantes resultados negativos, como recaídas de la enfermedad mental, ser sin techo y episodios de violencia.

Según Usieto, Pernia y Pascual (2006), la comorbilidad entre la psicosis y el TUS implica importantes problemas para el abordaje terapéutico: baja adherencia al tratamiento, incumplimiento de las prescripciones, carencia de recursos asistenciales específicos, necesidad de cuidados continuos en pacientes que suelen haber perdido los apoyos sociales, elevada frecuencia de trastornos de conducta en el seno familiar, alta

incidencia de problemas legales e interferencias entre los tratamientos específicos para ambos trastornos, las drogas y los síntomas.

En individuos con esquizofrenia el abuso de sustancias es frecuentemente causa de empeoramiento o recaída de los síntomas psicóticos y presentar un TUS comórbido se asocia a peores resultados de tratamiento e incapacidad para mantener una estabilidad funcional, aumentando la probabilidad de estar en paro, tener limitadas relaciones sociales e incremento del estrés familiar (Ziedonis y Stern, 2001). También se relaciona con mayor número de intentos de suicidio y hospitalizaciones y con ocho veces más probabilidad de no cumplimentar la medicación (Tsuang y Fong, 2004). Además, se considera que el TUS podría ser un importante factor en la tasa de mortalidad de los individuos con esquizofrenia (el doble que la población general), ya que aumentaría el riesgo de suicidio y enfermedades médicas graves (Stroup, Gilmore y Jarskog, 2000). En comparación con los sujetos que presentan solo TUS, los sujetos con psicosis y TUS comórbidos presentan menor motivación para el cambio, son más difíciles de adherir al tratamiento, abandonan más fácilmente los programas a largo plazo y tienen un progreso más lento (Horsfall et al., 2009).

Entre individuos con TUS, presentar una depresión mayor comórbida se asocia con peor calidad de vida, mayor grado de discapacidad y mayor riesgo de suicidio (Worley et al., 2012). La comorbilidad entre la depresión y el TUS se asocia con aumento de la morbilidad y la mortalidad, peores resultados de tratamiento y mayores costes de tratamiento (Hunter et al., 2012). La depresión también tiene un impacto negativo en el tratamiento del TUS: los pacientes dependientes de alcohol con depresión mayor tienen más probabilidad de recaídas, los dependientes de cocaína con depresión mayor tienen peores resultados en la terapia cognitivo-conductual y los síntomas depresivos predicen el uso futuro de estimulantes (Worley et al., 2012). Más aún, el

estado de ánimo deprimido es frecuentemente citado como precipitante de la recaída entre los sujetos con TUS (Hunter et al., 2012).

La comorbilidad entre los TUS y el trastorno por estrés postraumático aumenta la gravedad de los problemas de funcionamiento psiquiátrico, médico, social y de empleo. En el tratamiento del TUS, los pacientes que además presentan trastorno por estrés postraumático responden peor a los tratamientos rutinarios, usan más servicios de tratamiento, es más probable que abandonen el tratamiento y es menos probable que permanezcan en atención continuada (McGovern et al., 2009).

En resumen, además de las consecuencias específicas que provocan por separado las enfermedades mentales y los TUS, la PD se asocia a mayor presencia de ideación suicida (Van den Bosch y Verheul, 2007), conductas antisociales y violentas, problemas familiares, mal cumplimiento del tratamiento, mayores tasas de recaídas, atenciones en urgencias (Martín-Santos et al., 2006), hospitalización, utilización de los recursos sanitarios (Ziedonis, 2004), conductas de riesgo e infecciones por VIH y hepatitis C (Carey, Carey, Maisto, Gordon y Vanable, 2001; King, Kidorf, Stoller y Brooner, 2000; López-Muñoz, Álamo et al., 2010; Rosenberg et al., 2001), patología cardiovascular, hepática y gastrointestinal (Horsfall et al., 2009), mayor comorbilidad orgánica general (Torrens, Rossi, Martínez-Riera, Martínez-Sanvisens y Bulbena, 2012), mayores tasas de desempleo y marginación (Caton et al. 1994; Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997) y mayor probabilidad de llegar a ser sin techo (Tsuang y Fong, 2004).

Como síntesis, los pacientes con trastorno mental grave con TUS comórbido presentan peor evolución que los que no presentan TUS (Brunette y Mueser, 2006) y lo mismo ocurre con los que presentan TUS y trastorno mental grave comórbido respecto a los que sólo presentan TUS (Lana, 2001).

1.4-ETIOLOGÍA DE LA PD

Se han propuesto cinco modelos sobre la relación etiológica entre los distintos trastornos comórbidos que integran la PD (Batel, 2000; Blanchard et al., 2000; Gregg, Barrowclough y Haddock, 2007; Kavanagh y Connolly, 2009; López-Muñoz, Álamo et al., 2010; Mueser, Drake y Wallach, 1998; Rodríguez-Jiménez et al., 2010):

I- Las distintas combinaciones de TUS y otros trastornos mentales pueden representar dos o más condiciones independientes con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento, ocurriendo esta combinación por casualidad (Torrens, 2008). Habría mínima interrelación entre ambos trastornos, los dos podrían a veces co-ocurrir por azar en casos individuales y habría poca o ninguna relación entre ellos (Kavanagh y Connolly, 2009).

II- Modelo de factores comunes: ciertos trastornos mentales y la dependencia constituirían dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso de base, con componentes genéticos y neurobiológicos (vulnerabilidad) similares (López-Muñoz, Álamo et al., 2010). Los trastornos mentales y los TUS compartirían una vulnerabilidad común, que podría ser biológica, psicológica o social (Rodríguez-Jiménez et al., 2010). La mayor parte de los estudios se han centrado en la vulnerabilidad biológica, pero también otras circunstancias como la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad, el bajo nivel socioeconómico, haber padecido experiencias traumáticas en la infancia o presentar disfunción cognitiva se han propuesto como posibles factores de vulnerabilidad común (Rodríguez-Jiménez et al., 2010). Como factores predisponentes comunes se han considerado también el estrés, la personalidad, factores ambientales en la infancia, vulnerabilidad genética y alteraciones neurobiológicas (Torrens, 2008).

III- Modelo del trastorno mental secundario al TUS: la administración continuada de drogas provocaría cambios neuroadaptativos que llevarían a un trastorno mental (López-

Muñoz, Álamo et al., 2010). Por ejemplo, el consumo de drogas puede precipitar una predisposición a la psicosis o causar un cambio fisiológico permanente que origine un trastorno permanente (Torrens, 2008). El TUS llevaría al inicio o la persistencia del trastorno mental probablemente a través de una combinación de mecanismos biológicos (como los efectos de activación cerebral del uso intensivo de cocaína que causan ataques de pánico) y mecanismos ambientales por los que los TUS causarían aumento de la exposición al estrés y disminución del acceso a recursos de afrontamiento del estrés (Kessler, 2004). La mayor parte de los estudios sobre este modelo se han centrado en la relación entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia (Rodríguez-Jiménez et al., 2010), encontrando una fuerte asociación entre el uso intensivo precoz y el desarrollo de esquizofrenia (Horsfall et al., 2009). Por otro lado, algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias (psicosis en intoxicaciones por estimulantes) o abstinencia (depresión en la abstinencia de estimulantes) (Torrens, 2008).

IV- Modelo del TUS secundario a un trastorno mental: durante la enfermedad mental se puede desencadenar una conducta de consumo que derive en un TUS que evolucione de forma independiente (Torrens, 2008). El trastorno mental llevaría al inicio o la persistencia del TUS mediante procesos como aumento de la exposición al uso de drogas (muy asociada a trastornos de conducta), desinhibición para experimentar con drogas (asociada a trastornos de control de impulsos) y automedicación del estado de ánimo disfórico (Kessler, 2004). En este modelo se incluiría la hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1985; Khantzian, 1997): las drogas intentarían revertir las anomalías basales de la patología mental o las provocadas como consecuencia del consumo continuado de drogas de abuso (López-Muñoz et al., 2010). Los pacientes psiquiátricos consumirían tóxicos en un intento de paliar determinados síntomas

relacionados con su enfermedad (Rodríguez-Jiménez et al., 2010). El consumo de sustancias podría paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no ha sido diagnosticado o tratado convenientemente (Torrens, 2008).

V- Modelos bidireccionales: cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad al otro (López-Muñoz, Álamo et al., 2010). Ambos trastornos tendrían una influencia mutua a lo largo del tiempo, donde un mayor uso de sustancias desencadenaría un aumento de los síntomas psicológicos y viceversa (Kavanagh y Connolly, 2009). Estos modelos proponen una interacción continua entre la patología mental y el TUS, donde cada uno de los trastornos podría contribuir a desencadenar, perpetuar o agravar al otro, de una manera dinámica (Rodríguez-Jiménez et al., 2010).

Añadiendo complejidad a la investigación etiológica, podrían existir diferencias en los efectos de los factores de riesgo según el género o la edad y el contexto social también puede tener un poderoso efecto en la comorbilidad (Kessler, 2004). La mayor parte de los estudios publicados sobre la etiología de la PD se han centrado en la comorbilidad entre los TUS y la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Mueser et al., 1998), pero en la actualidad ninguna hipótesis explica por completo la relación entre los trastornos mentales y los TUS, ya que aún no se ha descrito y validado empíricamente un modelo con una capacidad explicativa suficiente para abarcar el complejo fenómeno clínico de la PD (Rodríguez-Jiménez et al., 2010). Dado que la población con PD es un grupo heterogéneo, es probable que diferentes modelos expliquen la comorbilidad en diferentes grupos de sujetos y que múltiples modelos puedan ser aplicados a algunos sujetos, por lo que si queremos ser capaces de desarrollar tratamientos más efectivos el reto es identificar qué modelos aplicar a qué personas (Gregg et al., 2007).

Los modelos causales tienen importantes implicaciones para el tratamiento (Kavanagh y Connolly, 2009), por lo que es un reto para los epidemiólogos

preocupados por las oportunidades de intervención mejorar la comprensión de los procesos causales lo suficiente para guiar la focalización de la intervención (Kessler, 2004). Según Hall, Degenhardt y Teesson (2009), para comprender mejor la comorbilidad entre las enfermedades mentales y los TUS es necesario realizar más estudios epidemiológicos prospectivos, estudios epidemiológicos de gemelos y genéticos y estudios longitudinales de neuroimagen, evaluar los efectos de las intervenciones preventivas y realizar mejores evaluaciones de los tratamientos de los trastornos comórbidos.

1.5-EVALUACIÓN DE LA PD

Evaluar la comorbilidad entre los TUS y otros trastornos mentales es complicado, según Torrens (2008), fundamentalmente por dos razones: 1) los efectos agudos y crónicos de las drogas sobre el sistema nervioso central simulan síntomas de muchos trastornos mentales, dificultando diferenciar los síntomas psicopatológicos propios de los efectos del consumo o la abstinencia de los propios de un trastorno mental independiente y 2) los trastornos mentales son más *síndromes* (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que *enfermedades* con una fisiopatología conocida y con unos marcadores biológicos claros que sirvan como *patrón oro* para validar los diagnósticos. Así mismo, Szerman et al. (2011) opinan que el diagnóstico es complejo por el solapamiento de síntomas, la dificultad en la distinción entre trastornos primarios e inducidos y la ausencia de una exploración adecuada del trastorno comórbido una vez establecido un diagnóstico principal.

Schulte et al. (2008) encontraron que más de la mitad de los servicios de salud mental y drogodependencias no evaluaban la comorbilidad. Esto es alarmante pues, dada la elevada comorbilidad entre los trastornos mentales y los TUS, todos los pacientes con síntomas psiquiátricos deberían ser evaluados sobre uso de sustancias y

posible TUS, ya que el uso de sustancias por sí solo puede causar psicosis, manía, ansiedad, depresión o deterioro cognitivo (Ziedonis et al., 2005). Esta evaluación debe incluir preguntas de *screening* que interroguen directamente sobre los patrones de uso (cantidad, frecuencia, vía de administración, edad de inicio y último uso) de todas las sustancias, sin olvidar preguntar por la cafeína y el tabaco (Ziedonis et al., 2005). Es muy útil dibujar una línea temporal de la vida del paciente, identificando el uso de sustancias y los problemas de salud mental, rastreando el inicio de los síntomas o patrones de uso, cambios en los síntomas, diagnósticos y tratamientos previos y períodos sin síntomas o consumo (Ziedonis, 2004). También es recomendable usar tests objetivos (por ejemplo, análisis de orina) e instrumentos de screening del uso problemático de sustancias para, posteriormente, evaluar las consecuencias negativas del consumo y la motivación para el cambio (Ziedonis et al., 2005).

Los instrumentos estandarizados de screening de consumo de sustancias más usados son el cuestionario para la identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol *AUDIT* (Saunders, Aasland, Amundsen y Grant, 1993; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993) y el test de screening para el abuso de drogas *DAST* (Skinner, 1982; validación española de Pérez, García, de Vicente, Oliveras y Lahoz, 2010).

La motivación para el cambio se puede evaluar formal o informalmente (Ziedonis, 2004). Informalmente se puede evaluar de las siguientes maneras: a) regla de cambio: solicitar al paciente que evalúe en una escala de 0 a 10 la importancia del cambio, su disposición al cambio y su confianza en cambiar (Ziedonis, 2004); b) balance decisional: revisar el número de pros versus contras del paciente en relación al cambio o el uso de sustancias (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Ziedonis y

Fisher, 1996); c) evaluar la voluntad de comprometerse con una fecha de abandono o de cambio y d) evaluar señales no verbales.

Los instrumentos formales usados para evaluar la motivación para el cambio son el cuestionario de uso personal de drogas *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996), que evalúa las fases ambivalencia, reconocimiento y adopción de medidas, y la *Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA*, de McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Tejero y Trujols, 2003), que tiene una estructura de cuatro factores: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Los estudios apoyan el uso de medidas como éstas asociadas al modelo transteórico de las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente (1982; 1986; 1992) en pacientes duales (Nidecker, DiClemente, Bennett y Bellack, 2008).

También debería ser rutinario evaluar en todos los sujetos consumidores de sustancias la posible comorbilidad psiquiátrica. Un instrumento específicamente diseñado para este fin es la entrevista *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)* (Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez y Martín-Santos, 2004), que muestra validez y fiabilidad adecuadas (Torrens, 2008).

Para evaluar los trastornos de personalidad en drogodependientes los instrumentos más usados son la *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II*, de First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999), la *Entrevista Internacional para los trastornos de personalidad (IPDE*, de Loranger et al, 1994; versión española validada por López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio, 1996) y el *Inventario Multiaxial Clínico de Millon-III (MCMI-III*, de Millon y Davis, 1997; adaptación española de Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007).

1.6-TRATAMIENTO DE LA PD

A pesar de las altas prevalencias de la PD, hay estudios que encuentran que sólo el 61% de estos pacientes reciben algún tratamiento de salud mental o para el TUS y sólo el 11% reciben tratamiento para ambos trastornos (Office of Applied Studies, 2009). Un estudio de 2010 en Estados Unidos encontró que, de los 8,9 millones de adultos con PD en el año anterior, el 44% recibió tratamiento para el TUS o la enfermedad mental, el 13,5% ambos tipos de tratamiento y el 37,6% no recibió ningún tratamiento (Matusow et al., 2013). En esta línea, se ha observado que hasta el 46% de los sujetos con PD afirma no recibir ningún tipo de tratamiento, mientras que sólo el 7% recibía tratamiento para ambos trastornos (Hunter et al., 2012).

Además, las estrategias terapéuticas empleadas en estos pacientes no están suficientemente contrastadas, por lo que esta patología se presenta, dada su elevada prevalencia y su escaso conocimiento etiopatogénico, como un auténtico problema socio-sanitario (López-Muñoz, Álamo et al., 2010). Debido a las complejas características clínicas de los pacientes con PD, es necesario un enfoque multidisciplinar que aúne las perspectivas psicopatológica, médica y social (Torrens et al., 2012).

Siguiendo a Drake et al. (2004), la historia del tratamiento de la PD es corta y presenta las siguientes etapas:

I-La PD se empezó a tratar como tal a principios de los años 80 intentando añadir tratamientos tradicionales para el TUS (como los grupos de 12 pasos) a los programas estándar de salud mental.

II-Estas primeras intervenciones tuvieron resultados decepcionantes, por lo que a finales de los años 80 se empezaron a desarrollar programas más comprehensivos que incorporaban tratamiento asertivo comunitario, intervenciones motivacionales y

competencia cultural. Estos programas comenzaron a mostrar mejores resultados y fueron críticos para identificar la necesidad de tratar la adherencia, la motivación y la retención.

III-A principios de los años 90 las intervenciones empezaron a incorporar estos componentes fundamentales, a menudo dentro de la estructura de equipos multidisciplinares de tratamiento. Varios estudios pilotos no controlados sobre estos tratamientos mostraron resultados positivos, incluyendo tasas sustanciales de remisión estable del abuso de sustancias.

IV-A mediados de los años 90 empezaron a aparecer estudios controlados de los programas comprensivos, mientras las propias intervenciones específicas estaban todavía siendo refinadas, modificadas y testadas. Además, los investigadores comenzaron a estudiar intervenciones breves como la psicoterapia motivacional limitada en el tiempo.

V-En la actualidad, en España disponemos de dos redes asistenciales donde tratar a estos pacientes: las unidades de conductas adictivas y las unidades y servicios de salud mental. Los recursos asistenciales disponibles actualmente con frecuencia presentan dificultades para la atención de este tipo de pacientes: son pacientes rechazados o con mala evolución en los dispositivos asistenciales específicos de drogodependencias, las unidades de psiquiatría ambulatorias u hospitalarias con frecuencia fallan en el manejo de su problema adictivo y es frecuente la falta de coordinación entre estos equipos que, en ocasiones, perjudica la evolución del paciente (Rubio, Torrens, Calatayud y Haro, 2010; San, 2004).

Los tres modelos de tratamiento que han sido utilizados en PD son (Schulte et al., 2008):

- Tratamiento secuencial: derivaciones secuenciales a tratamiento en diferentes servicios. Se gestionan los trastornos de uno en uno (Kavanagh y Connolly, 2009).
- Tratamiento paralelo: tratamiento simultáneo para ambos problemas desde diferentes servicios. Se tratan simultáneamente ambos trastornos pero se divide la gestión entre dos agentes o servicios diferentes (Kavanagh y Connolly, 2009).
- Tratamiento integrado: tratamiento simultáneo para ambos problemas proporcionado por un único servicio. La integración puede ocurrir cuando múltiples tratamientos son proporcionados por diferentes miembros de un solo equipo y/o cuando un solo tratamiento aborda ambos trastornos (Hunter et al., 2012).

El modelo de tratamiento integrado, que integra conceptualmente los elementos de los tratamientos de trastornos mentales graves y de los TUS, es el paradigma en el contexto estadounidense, mientras que en Europa se ha tendido al tratamiento en paralelo, donde el sujeto es atendido simultáneamente en la red de salud mental y en la red de drogodependencias. En este último, recae sobre los profesionales un sobreesfuerzo para instaurar canales de coordinación eficaces (Rubio et al., 2010; San, 2004).

Se considera que el tratamiento en paralelo produce fragmentación de los servicios, no adherencia a las intervenciones, abandonos y expulsiones de los servicios debido a que los programas de tratamiento están focalizados rígidamente en los trastornos individuales y los sujetos con trastornos duales son incapaces de gestionar los sistemas separados y dar sentido a los mensajes dispares sobre el tratamiento y la recuperación (Drake et al., 2004).

En cambio, para Donald, Dower y Kavanagh (2005), algunas ventajas del tratamiento integrado serían: a) evita al sujeto las dificultades asociadas con gestionar dos programas de tratamiento, tales como tener que gestionar citas en dos sistemas o mayor carga financiera a través de los costes asociados con múltiples proveedores; b) disminuye la posibilidad de recibir mensajes contradictorios de varios proveedores de servicios; c) reduce el potencial conflicto entre proveedores de servicios y d) aumenta el potencial para la retención de información, evitando la pérdida de la misma inherente en un sistema de dos servicios.

Aunque los estudios sobre tratamientos integrados no han evaluado largos períodos de tiempo, las revisiones muestran una reducción muy significativa del consumo (en algunos casos con remisión total), reducción de las hospitalizaciones y mejora de diversas medidas de adaptación personal y social (Becoña y Cortés, 2008; Rubio et al., 2010; San, Arranz, Ramírez y Salavert, 2009).

Gouzoulis-Mayfrank (2008) concluye en su revisión que los programas de tratamiento integrado son más efectivos, ya que tienen en cuenta los múltiples déficits de los pacientes comórbidos, ajustan y adaptan individualmente los diferentes componentes terapéuticos y establecen objetivos realistas. Murthy y Chand (2012) también concluyen que la intervención integrada es el tratamiento de elección para los pacientes con PD, consistiendo en el uso de medicaciones para el trastorno mental y el TUS, psicoterapia coordinada y tratamientos psicosociales para la enfermedad mental y el consumo de sustancias según la motivación del paciente. De igual modo, Van den Bosch y Verheul (2007) consideran que el tratamiento de los pacientes con diagnóstico dual ha de incluir ambos focos: el TUS y el trastorno mental comórbido. En esta línea, Brunette y Mueser (2006) y Drake y Mueser (2000) afirman que el tratamiento integrado ha mostrado ser más efectivo que tratamientos separados ofrecidos en paralelo

o secuencialmente. También Ziedonis et al. (2005) consideran el tratamiento integrado como el estándar de tratamiento basado en la evidencia para esta población, afirmando Ziedonis (2004) que hay fuerte evidencia de su eficacia y efectividad. Igualmente, Tsuang y Fong (2004) consideran que la mayor evidencia para el manejo efectivo de estos pacientes la tiene la utilización de servicios de tratamiento integrado. En nuestro país, Usieto et al. (2006) consideran que el tratamiento integrado es más eficaz, permitiendo una intervención precoz y coordinada en caso de reagudización, aumentando la adhesión al tratamiento ambulatorio y disminuyendo las hospitalizaciones y los problemas legales y sociales.

Como hemos visto, varios estudios apoyan la eficacia y efectividad de los tratamientos integrados (Back, 2010; Baker et al, 2010; Brunette y Mueser, 2006; Drake y Mueser, 2000; Gouzoulis-Mayfrank, 2008; Moggi, Hirsbrunner, Brodbeck y Bachmann, 1999; Morrens et al, 2011; Murthy y Chand, 2012; Torrens et al., 2012; Tsuang y Fong, 2004; Van den Bosch y Verheul, 2007; Ziedonis, 2004; Ziedonis et al, 2005) pero, a pesar de estos indicios prometedores, algunos autores encuentran que faltan programas de tratamiento integrado (Van den Bosch y Verheul, 2007) y estudios sobre los tratamientos y sus resultados (Donald et al., 2005; Lana, 2001; Murthy y Chand, 2012; Tiet y Mausbach, 2007).

En esta línea, varias revisiones sistemáticas han concluido que la evidencia sigue siendo inconsistente sobre si el tratamiento integrado es más efectivo que el paralelo o el secuencial (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried y Walter, 2008; Donald et al., 2005; Drake et al., 2004; Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo y Bond, 1998; Drake, O'Neal y Wallach, 2008; Hesse, 2009; Schulte, Meier y Stirling, 2011; Tiet y Mausbach, 2007). Además, el gran número de potenciales combinaciones de trastornos mentales y TUS comórbidos y el correspondiente número de enfoques de gestión y

cuidado hacen que la evidencia sobre combinaciones específicas de trastornos comórbidos y su tratamiento efectivo sea bastante limitada (Donald et al., 2005).

No obstante, Kavanagh y Connolly (2009) realizan las siguientes recomendaciones para el tratamiento de la PD:

- La alta prevalencia obliga al screening rutinario y la intervención breve respecto al consumo de sustancias.
- Los programas deben incorporar grupos de alto riesgo (por ejemplo, jóvenes).
- Los servicios deben incluir comorbilidades múltiples.
- Todos los usos problemáticos de sustancias deben ser tratados, incluido fumar tabaco.
- Los modelos de tratamiento de la comorbilidad deben reflejar las relaciones causales entre trastornos.
- Los servicios de PD deben ser coherentes, accesibles y continuados.
- El tratamiento integrado es necesario y los profesionales deben tener habilidades en PD.
- Los incentivos para el cambio deben ser tratados.
- El paciente puede necesitar soporte hasta que las ganancias del tratamiento se estabilicen.
- Se debe considerar el estrés, incluido el conflicto social.

También Merkes, Lewis y Canaway (2010) efectúan unas recomendaciones sobre buena práctica en PD: a) desarrollo y mantenimiento de vínculos y compañerismo con una diversa gama de servicios afines para asegurar el tratamiento especializado coordinado y la continuidad del cuidado; b) personal bien cualificado y generosa provisión de supervisión y entrenamiento profesional; c) tener normas y procedimientos

explícitos, incluyendo los relacionados con admisión, screening de la comorbilidad, guías de tratamiento, derivación, planificación del alta y *feedback* al usuario y d) es preferible el tratamiento integrado.

Por último, para Drake et al. (2004), los componentes esenciales del tratamiento efectivo de la PD son: tratamiento integrado, tratamiento por etapas, intervenciones de enganche, intervenciones de psicoterapia motivacional, intervenciones de tratamiento activo, intervenciones de prevención de recaídas, retención a largo plazo, servicios comprehensivos e intervenciones para los que no responden al tratamiento. En este sentido, es importante destacar que la mayoría de los pacientes con PD consiguen la remisión total o una reducción sustancial del uso de alcohol y drogas en un período de 10 años, pero las trayectorias de recuperación varían, con algunos mejorando rápidamente y otros sufriendo numerosos ciclos de recaída (Henwood, Padgett, Smith y Tiderington, 2012).

1.6.1-Tratamiento integrado

El planteamiento básico de un tratamiento integrado es aunar en un programa especial los elementos tanto del tratamiento del trastorno mental como del tratamiento del TUS y que dicho programa tenga una garantía de continuidad tanto en el entorno comunitario (centros de atención ambulatoria y estructuras intermedias como centros de día, unidades residenciales, apoyo socio-laboral, etc.) como en el medio hospitalario, con la creación de unidades de ingreso específicas para pacientes duales (Rubio et al., 2010; San, 2004). Se trata de una combinación flexible de tratamientos procedentes de los campos de la salud mental y las adicciones que se combinan en el tratamiento de un individuo con enfermedad mental y adicción comórbidas (Ziedonis et al., 2005). Es un abordaje a medio-largo plazo insertado en un proceso de rehabilitación psicosocial, en el que se incluyen los siguientes componentes: evaluación y diagnóstico preciso,

formulación de objetivos terapéuticos adaptados y no focalizados exclusivamente en la abstinencia (puede combinarse con programas de reducción del daño) y tratamiento combinado orgánico-psicopatológico (Rubio et al., 2010; San, 2004; Usieto et al., 2006). El objetivo del tratamiento es recuperarse de dos enfermedades graves, donde la palabra *recuperación* significa que el individuo aprenda a manejar ambas enfermedades de manera que pueda alcanzar objetivos vitales significativos (Drake et al., 2001).

El tratamiento integrado considera las vulnerabilidades biológicas, cognitivas, afectivas e interpersonales de los individuos con trastorno mental grave, incluyendo la necesidad de medicaciones y tratamientos psicosociales dirigidos a la baja motivación y autoeficacia, los déficits cognitivos y las habilidades interpersonales desadaptativas (Ziedonis, 2004). Es fundamental tratar el TUS, ya que la mayoría de intervenciones terapéuticas, incluidas las psicofarmacológicas, son ineficaces mientras persista el consumo de sustancias, aunque el objetivo terapéutico principal no ha de ser necesariamente la abstinencia total, pudiendo ser la reducción del consumo (Lana, 2001). Los tres propósitos básicos del tratamiento integrado son: mejorar el acceso al tratamiento de los pacientes duales, mejorar su tratamiento individualizado y combinar los recursos psicofarmacológicos y las herramientas psicosociales de un modo coherente (Torrens et al., 2012).

En esta línea, Brunette y Mueser (2006) consideran que las principales estrategias del tratamiento integrado para la PD serían: a) integrar los tratamientos para la enfermedad mental y la adicción; b) este tratamiento integrado será proporcionado por un equipo multidisciplinar y será comprehensivo, utilizando una gama de intervenciones psicosociales y farmacológicas disponibles en una variedad de modalidades; c) uso de estrategias para adherir al tratamiento; d) uso de intervenciones

farmacológicas y psicosociales que estén ligadas a la etapa de cambio del paciente y e) uso de una perspectiva a largo plazo.

Por su parte, Ziedonis et al. (2005) consideran que el manejo clínico efectivo de la PD implica: a) evaluación exhaustiva de la línea base; b) cuidadoso screening de los problemas por uso de sustancias y las consecuencias médicas del uso de sustancias, c) monitoreo continuo del estado clínico y la adherencia al tratamiento y d) coordinación de los cuidados. Estos autores postulan que todos los pacientes con PD probablemente requieran estabilización aguda y crónica de su trastorno mental mediante medicación, intervenciones psicosociales y gestión de casos. Además, en algunos casos también serán necesarias medicaciones para manejar los síntomas de intoxicación y abstinencia.

Así mismo, para Drake et al. (2001) los componentes críticos de un programa de tratamiento integrado efectivo son: a) un enfoque de la recuperación comprensivo, a largo plazo y basado en etapas, b) captación asertiva; c) intervenciones motivacionales; d) proporcionar ayuda a los pacientes en la adquisición de habilidades y apoyos para manejar ambas enfermedades y para alcanzar objetivos funcionales y e) sensibilidad y competencia cultural.

El tratamiento debe ser individualizado y requiere la colaboración de varios profesionales de la salud integrados en un único equipo multidisciplinar y debidamente capacitado para efectuar ambas intervenciones (Drake y Mueser, 2000; Minkoff, 2001; Negrete, 2007; Usieto et al., 2006). Los profesionales necesitan conocimientos tanto de los trastornos mentales como de los TUS y tener acceso a los recursos necesarios para integrar y modificar aquellos enfoques de tratamiento que históricamente se han enseñado y proporcionado por separado (Ziedonis et al. 2005). Es fundamental la educación del personal para paliar prejuicios, información insuficiente, actitudes

estereotipadas, resistencia al cambio y falta de confianza y habilidades para tratar la enfermedad mental o los TUS (Horsfall et al., 2009).

Drake et al. (2004) consideran que integrar es modificar además de combinar los tratamientos para ambos trastornos y que cada componente del tratamiento debe ayudar a la persona a manejar ambos trastornos. Ponen los siguientes ejemplos: a) el entrenamiento en habilidades sociales, que típicamente enfatiza el desarrollo de relaciones, también se dirige a la necesidad de evitar la presión social y las situaciones sociales que podrían llevar al uso de sustancias; b) la psicoterapia sobre el abuso de sustancias es más lenta, menos confrontativa, más repetitiva, más focalizada en la motivación y más conductual que la tradicional; c) las intervenciones familiares psicoeducativas se dirigen a las enfermedades mentales, el abuso de sustancias y sus interacciones y d) las intervenciones farmacológicas permiten ayudar al control de los síntomas de ambas enfermedades y se modifican debido al potencial de abuso de algunas medicaciones y sus interacciones con el alcohol y otras sustancias.

1.6.2-Tratamiento farmacológico

Según Lana (2001), el tratamiento de la PD debe tener los siguientes objetivos: a) establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica, b) vigilancia del estado clínico del paciente, c) tratamiento de los estados de intoxicación y abstinencia, d) desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado, e) prevención de las recaídas, f) educación sanitaria individual y familiar, g) reducción de la comorbilidad y las secuelas de la PD y h) integración de las intervenciones realizadas, lo cual supone coordinarse con profesionales de otras disciplinas, organismos comunitarios y programas y organizaciones no profesionales.

La medicación es fundamental en el tratamiento integrado de la PD y hay fuerte evidencia procedente de ensayos clínicos apoyando el uso de fármacos para tratar por

separado la enfermedad mental y para manejar TUS específicos (Ziedonis, 2004). A pesar de la escasez de ensayos clínicos específicos para pacientes con PD, expertos de nuestro entorno consideran que el tratamiento psicofarmacológico constituye uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la PD, teniendo como objetivo principal restaurar las funciones psíquicas básicas, disminuir los trastornos del curso y contenido del pensamiento, controlar las alteraciones conductuales, así como abordar el síndrome de abstinencia y el *craving* (Esfors et al., 2014). A menudo los equipos de tratamiento trabajan con los pacientes en desarrollar la motivación para manejar su enfermedad mental con medicación antes de trabajar en otros intentos de rehabilitación y tratamiento, ya que la estabilización psicopatológica con fármacos aumenta la participación en los tratamientos rehabilitadores y para la adicción (Brunette y Mueser, 2006).

En pacientes con PD, el tratamiento de los trastornos psicóticos muestra mejor resultado cuando se usan antipsicóticos atípicos, aunque no hay evidencia en apoyo de ningún agente en concreto (Brady, Verduin y Tolliver, 2007). Respecto al tratamiento farmacológico de los TUS en pacientes con PD, para la dependencia de opiáceos el tratamiento de mantenimiento con metadona es el más efectivo (Baigent, 2012). Según San (2004), algunas recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico de la psicosis y el TUS comórbidos son:

- En las intoxicaciones o abstinencia de sustancias con síntomas psicóticos, los fármacos de elección son las benzodiazepinas (diazepam, lorazepam o midazolam).
- En los trastornos psicóticos inducidos, los fármacos de elección son los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina o ziprasidona).

- Para la esquizofrenia del paciente con PD el tratamiento farmacológico es, en general, similar al de la esquizofrenia sin TUS, aunque deben considerarse la alta sensibilidad a los antipsicóticos que presentan estos pacientes, las interacciones recíprocas entre los antipsicóticos y las sustancias de abuso y las altas tasas de incumplimiento terapéutico.
- La utilización combinada de sustitutivos de nicotina a dosis altas podría ser eficaz y segura en la deshabituación tabáquica en pacientes con psicosis crónicas.
- Los programas de metadona se consideran tratamiento de primera elección en pacientes dependientes de opiáceos con psicosis.
- La olanzapina y la risperidona pueden ser eficaces en la disminución del consumo de psicoestimulantes en pacientes esquizofrénicos.

Según los protocolos de intervención de la Sociedad Española de Patología Dual (2014), algunas recomendaciones para el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comórbidos con TUS serían:

- El valproato es un tratamiento de primera línea para los pacientes con trastorno bipolar y dependencia a alcohol, al ser eficaz para ambas patologías.
- El litio puede ser una opción de tratamiento para los pacientes bipolares duales, especialmente en fases iniciales del trastorno bipolar y/o cuando existen antecedentes familiares de bipolaridad.
- Puede ser útil la adición de naltrexona al tratamiento eutimizante, especialmente al valproato, para tratar la dependencia a alcohol en los pacientes bipolares duales.
- Los antipsicóticos atípicos que han demostrado su eficacia en el trastorno bipolar pueden ser de utilidad en los pacientes duales, aunque aún no han

demostrado mejorar la adicción. En cualquier caso, son preferibles a los típicos tanto desde el punto de vista afectivo como del adictivo.

- En la depresión con TUS, a pesar de la menor eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) frente a los antidepresivos tricíclicos, aspectos como la mayor seguridad en sobredosis y la mejor tolerabilidad son una justificación suficiente para el empleo de los ISRS. Hay que tener precaución especial con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) por su interacción, con resultados fatales, con la tiramina de algunas bebidas alcohólicas, estando también totalmente contraindicados con el consumo de cocaína.
- Para el trastorno límite de la personalidad comórbido con TUS se han mostrado útiles los antidepresivos (ISRS), los anticonvulsivos (valproato, topiramato, oxcarbazepina, gabapentina o lamotrigina) y los antipsicóticos a dosis bajas (atípicos: risperidona, quetiapina, olanzapina, amisulpride, ziprasidona o aripiprazol).

Una revisión amplia de este tema supera los límites de esta tesis, pero sirvan como ejemplos los proyectos *Texas Medication Algorithm Project* y *Co-Occurring Disorders Medication Algorithm Project* (Miller, Hall y Buchanan, 2004), que ofrecen recomendaciones sobre el uso de fármacos basándose en la evidencia y el consenso de expertos, y las revisiones de Kelly, Daley y Douaihy (2012) y Murthy y Chand (2012).

1.6.3-Intervenciones psicosociales

La APA (1997) y varios autores (Rubio et al., 2010; San, 2004; Ziedonis et al., 2005) sostienen que los tratamientos psicosociales basados en la evidencia son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de la PD. Las intervenciones psicosociales son aquellas que no son farmacológicas, pueden ser

ofertadas en varios emplazamientos y variar en intensidad y duración (Cleary, Hunt, Matheson y Walter, 2009). Estos tratamientos enfatizan la necesidad de mejorar el funcionamiento diario, crear apoyos ambientales y manejar los problemas con orientación hacia objetivos (Ziedonis et al., 2005).

El tratamiento inicial focaliza en la adherencia y el desarrollo de una relación terapéutica continuada marcada por el optimismo, el respeto y la empatía, mientras que el tratamiento posterior se ocupa de aumentar la motivación mediante el aumento del deseo de cambio, desarrollar la autoeficacia de que el cambio es posible, manejar las limitaciones cognitivas y mejorar las habilidades interpersonales (Ziedonis et al., 2005).

Los tratamientos psicosociales más usados (Lybrand y Caroff, 2009; Ziedonis et al., 2005) son:

-Tratamiento comunitario asertivo: Un equipo multidisciplinar provee atención integral (tratamiento farmacológico, rehabilitación y soporte comunitario) continuada con intervenciones en el medio natural del paciente. Se usa metodología activa en cuanto a la provisión de cuidados y la evitación de abandonos, interviniendo sobre el sistema de soporte social y las redes naturales del usuario en su comunidad, con una planificación individualizada y centrada en las necesidades percibidas por el usuario (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

-Gestión de casos: Un gestor de casos asume individualmente la evaluación de las necesidades y la coordinación de las actuaciones de los pacientes que se le asignan (Servicio Andaluz de Salud, 2010). El gestor actúa tanto como provisor directo de cuidados como de gestor de los distintos profesionales y dispositivos que actúen sobre el paciente para la ejecución de su plan individualizado de tratamiento y cuidados adecuado a sus necesidades y con la participación de la propia persona (Hospital Carlos Haya, 2014).

-Psicoeducación: Es un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud, convirtiéndose en protagonistas del proceso de salud (Rojas, 2010). Puede ser dirigida a los individuos, las familias o la comunidad, en situaciones de salud o de enfermedad, con el objetivo de promover, desarrollar y fortalecer la autoestima, la responsabilidad por el autocuidado y la autonomía (Rojas, 2010).

-Intervenciones familiares: Desde el modelo cognitivo-conductual, van orientadas a la pareja y a la familia y 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 manejo de contingencias (Sociedad Española de Patología Dual, 2014). Desde la orientación sistémica se usan: a) la terapia familiar multidimensional, donde la conducta individual se contextualiza dentro de una red de interconexiones de sistemas sociales que pueden convertirse en factores protectores; b) la terapia familiar multisistémica, con un enfoque social y ecológico de la conducta humana para identificar factores de riesgo o protectores y c) la terapia familiar breve estratégica, que considera el uso de drogas como una señal de malestar en el funcionamiento familiar (Sociedad Española de Patología Dual, 2014).

-Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento: Sus componentes son: entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, rechazo de peticiones, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas y aprender a reforzar la conducta de los demás (Becoña y Cortés, 2011). Su objetivo en relación al TUS es que el sujeto adquiera o

refuerce las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales (Becoña y Cortés, 2011).

-Asegurar el apoyo social, de alojamiento y de empleo: Estas actividades son prestadas en coordinación con los servicios sociales y los recursos de la comunidad, como asociaciones, clubs, servicios de orientación y apoyo al empleo (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

-Psicoterapia: Según la OMS (2001), se trata de un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y los patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. Se han reconocido cinco grandes enfoques o modelos de psicoterapia: psicoanálisis (Freud) y sus derivaciones psicodinámicas (Jung, Adler, Lacan, Kemberg), conductismo (Watson, Skinner, Kazdin, Wolpe) y cognitivismo (Hayes, Kohleberg, Beck, Ellis), humanismo (Rogers, Frankl, Perls, Berne), construccionismo (Minuchin, Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto, Selvini, Grupo de Milán) y constructivismo (Guidano, Kelly, Linehan, Teasdale) (Becoña y Cortes, 2011).

Las intervenciones psicosociales en pacientes con PD pueden ser aplicadas en formato individual, familiar o grupal. Para Horsfall et al. (2009), las intervenciones individuales y grupales en pacientes con PD más efectivas son la entrevista motivacional, intervenciones activas y adaptadas a la etapa de cambio, terapia cognitivo-conductual, manejo de contingencias, prevención de recaídas, gestión de casos, entrenamiento en habilidades sociales y programas de 12 pasos modificados junto con educación y apoyo para la familia y los cuidadores. Estos autores también señalan que un pequeño grupo de pacientes puede requerir tratamiento residencial a

largo plazo junto con servicios comprensivos como entrenamiento vocacional, apoyo a la vivienda y, a veces, enlace con el sistema de justicia. También Drake et al. (2004) enfatizan la individualización de los servicios comprensivos según las necesidades, incluyendo apoyo de grupo de iguales, intervenciones familiares, servicios vocacionales, enlace con el sistema de justicia, gestión del dinero, intervenciones para traumas, soportes a la vivienda y otros apoyos para las personas que los necesiten.

De momento no hay suficiente evidencia que apoye un tratamiento psicosocial sobre otros en los pacientes con PD (Cleary et al., 2008; Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan y Cleary, 2013; Torrens et al., 2012), careciendo todavía de un tratamiento patrón de oro (Cleary et al., 2009; Drake et al., 2008). Ziedonis et al. (2005) consideran que los principios que han de guiar el tratamiento psicosocial de la PD son: a) construir una alianza terapéutica de apoyo y focalizar en los enfoques de aumento de la motivación durante la fase de enganche, b) integrar los tratamientos psicosociales basados en la evidencia para las adicciones (terapia motivacional, prevención de recaídas y facilitación de 12 pasos) con los tratamientos psicosociales de salud mental basados en la evidencia, c) ayudar al paciente a lograr la abstinencia y habilidades de recuperación, d) alentar el apoyo sano positivo de otros, incluyendo la asistencia a reuniones de 12 pasos y e) utilizar enfoques de gestión de casos a corto plazo durante los periodos vulnerables para promover la adherencia terapéutica y maximizar la retención.

Los programas efectivos proporcionan algún tipo de psicoterapia (grupal, individual, terapia familiar o una combinación) que promueva las habilidades cognitivas y conductuales necesarias para desarrollar habilidades y apoyos para controlar los síntomas y alcanzar un estilo de vida abstinentes (Drake et al., 2001).

1.6.4-Tratamiento psicológico

Para Ziedonis (2004), las metas de la psicoterapia en pacientes con PD serían: a) aumentar la motivación interna para el cambio resolviendo la ambivalencia y elicitando un discurso de cambio positivo, b) proporcionar educación al sujeto y sus familiares sobre la historia natural, opciones de tratamiento y proceso de recuperación del trastorno mental y la adicción comórbidos, c) enseñar a los sujetos a identificar las situaciones de alto riesgo y los signos de alarma tempranos de las recaídas tanto del trastorno mental como de la adicción, incluyendo maneras de afrontar mejor y manejar señales específicas y factores desencadenantes, d) ayudar al sujeto a identificar fuentes alternativas de refuerzo positivo y evitar o gestionar los refuerzos negativos actuales, e) ayudar al sujeto a identificar y manejar emociones difíciles y a afrontar la culpa, la vergüenza y el estigma, f) ayudar al individuo a mejorar su funcionamiento interpersonal y mejorar sus apoyos sociales, g) ayudar al individuo a desarrollar una perspectiva a largo plazo de la recuperación de la enfermedad mental y de la adicción, h) ayudarle a dirigirse a los posibles grupos de apoyo social, como los programas de 12 pasos, para apoyar sus esfuerzos de recuperación, i) ayudarle a potenciar su crecimiento espiritual y salud, j) mejorar la adherencia a la medicación y a otros componentes del tratamiento y k) tratar las conductas autodestructivas de larga evolución.

Se considera que la combinación de psicoterapia y farmacoterapia es más efectiva que cualquiera de las intervenciones por separado (Becoña y Cortés, 2008; Rubio et al, 2010; San, 2004). Las intervenciones conductuales se consideran fundamentales en la planificación del tratamiento (Goldsmith y Garlapati, 2004). El manejo de contingencias puede ser una herramienta básica en el plan de tratamiento para los pacientes con PD graves ya que los resultados de un proceso estímulo-respuesta

no necesitan el *insight*, que tarda tiempo en desarrollarse en psicoterapia (Kelly et al., 2012).

Las técnicas psicológicas más utilizadas en PD son: psicoeducación (Anderson, 2001), entrevista motivacional (Bechdolf et al., 2005; Cleary et al., 2009; Tsuang y Fong, 2004), técnicas cognitivo-conductuales como entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, modificación de conductas que mantienen el consumo o intervienen en el trastorno mental de base y manejo de contingencias (Esposito-Smythers, Spirito, Uth y LaChance, 2006; Helmus, Saules, Schoener y Roll, 2003; Horsfall et al., 2009; Shaner, Eckman, Roberts y Fuller, 2003), terapia cognitivo-conductual (Baker et al., 2010; Hides, Samet y Lubman, 2010; Hunter et al., 2012; Kavanagh y Mueser, 2007; Kienst y Foarster, 2008) terapia dialéctica (Linehan et al., 2002; Verheul et al., 2003), técnicas de prevención de recaídas (Ziedonis, 2004), terapias ocupacionales y recreativas (Borge, Røssberg y Sverdrup, 2013; Fernández, García y Martínez, 2011) programas de rehabilitación psicosocial (Rubio et al., 2010), terapia de esquemas con foco dual (Ball, 1998; Ball y Young, 2000), terapia de recuperación dual (Ziedonis y Fisher, 1996; Ziedonis y Stern, 2001), módulo de manejo de abuso de sustancias (Shaner y Eckman, 1999), terapia cognitivo-conductual modificada (McGovern et al. 2009; Ziedonis et al., 2005), terapia motivacional modificada (Ziedonis et al., 2005), terapia de grupo (Anderson, 2001; Weiss et al., 2007; Weis et al., 2009), terapia familiar (Lubman, King y Castle, 2010; Tsuang y Fong, 2004) y programas de 12 pasos modificados (Horsfall et al., 2009). Esta información se puede ver resumida en la tabla 4.

Tabla 4. Técnicas psicológicas más usadas en patología dual y estudios sobre su eficacia y efectividad

Técnica psicológica	Referencias sobre eficacia y efectividad
Psicoeducación	Anderson (2001)
Entrevista motivacional	Bechdolf et al. (2005); Cleary et al. (2009); Tsuang y Fong (2004)
Técnicas cognitivo-conductuales: entrenamiento en habilidades, resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, modificación de conductas que mantienen el consumo o intervienen en el trastorno mental de base, manejo de contingencias	Esposito-Smythers et al. (2006); Helmus et al. (2003); Hides et al. (2007); Horsfall et al. (2009); Shaner et al. (2003)
Terapia cognitivo-conductual	Baker et al. (2010); Hides et al. (2010); Hunter et al. (2012); Kavanagh y Mueser (2007); Kienst y Foarster (2008)
Terapia dialéctica	Linehan et al. (2002); Verheul et al. (2003)
Técnicas de prevención de recaídas	Ziedonis (2004)
Terapias ocupacionales y recreativas	Borge, Røssberg y Sverdrup (2013); Fernández et al. (2011)
Programa de rehabilitación psicosocial	Rubio et al. (2010)
Terapia de esquemas con foco dual	Ball (1998); Ball y Young (2000)
Terapia de recuperación dual	Ziedonis y Fisher (1996); Ziedonis y Stern (2001)
Módulo de manejo de abuso de sustancias	Shaner y Eckman (1999)
Terapia cognitivo-conductual modificada	Ziedonis et al. (2005); McGovern et al. (2009)
Terapia motivacional modificada	Ziedonis et al. (2005)
Terapia de grupo	Anderson (2001); Weiss et al. (2007); Weiss et al. (2009)
Participación familiar	Tsuang y Fong (2004); Lubman et al. (2010); Smeerdijk et al. (2012)
Programas de 12 pasos modificados	Horsfall et al. (2009)

Por otro lado, las intervenciones psicológicas que hasta ahora han recibido más apoyo empírico son: la entrevista motivacional (Cleary et al., 2009), la terapia grupal, el manejo de contingencias (Green, Noordsy, Brunette y O’Keefe, 2008; Kavanagh y

Connolly, 2009), la terapia cognitivo-conductual, la intervención familiar (Thylstrup y Johansen, 2009), la prevención de recaídas, el entrenamiento en habilidades sociales y programas de 12 pasos modificados (Horsfall et al., 2009). A pesar de la efectividad de los modelos psicoterapéuticos como tratamientos autónomos, las evidencias más recientes sugieren que combinando los tratamientos basados en la evidencia se obtienen las psicoterapias más efectivas para la comorbilidad (Kelly et al., 2012). No obstante, es necesario más conocimiento sobre cuáles son las terapias más eficaces y desarrollar terapias específicas para los pacientes duales (Torrens, 2008) y sus necesidades y comorbilidades específicas (Thylstrup y Johansen, 2009). Además, hay que tener en cuenta que sólo unos pocos de los datos disponibles proceden de ensayos clínicos de calidad (Barrowclough et al., 2001; Bellack, Bennett, Gearon, Brown y Yang, 2006; James et al., 2004).

A continuación se describen brevemente las intervenciones psicológicas más relevantes para contextualizar esta tesis doctoral.

1.6.4.1-Psicoeducación

En diferentes terapias se incluyen componentes psicoeducativos bajo el supuesto de que un aumento en el conocimiento o la conciencia puede favorecer una mejor comprensión del problema que se traduciría en una mayor sensación de control y autoeficacia percibida (Haro, Ramírez et al., 2006). La psicoeducación se define como una intervención sistemática didáctico-psicoterapéutica diseñada para informar a los pacientes y sus familiares sobre el trastorno y promover el afrontamiento (Prasko, Vrbova, Latalova y Mainerova, 2011). Puede realizarse en formato individual, familiar o grupal.

Según Rojas (2010), son elementos importantes de la psicoeducación: la transmisión de información (síntomatología de los trastornos, causas y conceptos del

tratamiento), la descarga emocional (entender para animar, cambio de experiencias con otros, preocupaciones y contactos), el apoyo al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico promoviendo la cooperación entre los profesionales y el paciente (conciencia de enfermedad, conformidad y adherencia) y el apoyo para la autoayuda.

Para Anderson (2001), la máxima de la psicoeducación es que las habilidades de la vida pueden ser enseñadas y las personas pueden aprender nuevas maneras de solucionar sus problemas. Este autor diseñó y manualizó una intervención psicoeducativa grupal de 10 sesiones de duración para paciente duales cuyos contenidos son: tipos y síntomas de enfermedad mental, tipos y síntomas de adicción, tratamiento de la enfermedad mental, tratamiento del consumo de sustancias, los problemas especiales de los pacientes con PD, conocer tus necesidades, cómo ofrecer y aceptar ayuda constructivamente, manejo de la ira, cuidar de tu cuerpo y permitirle cuidar de ti, así como establecimiento de metas.

La psicoeducación dirigida a los familiares del sujeto con PD tiene como objetivos: a) educar a los miembros de la familia en torno a la clínica de los trastornos, sus factores etiológicos, factores que alivian o exacerban los síntomas o la gravedad, opciones de tratamiento, evolución esperada y recursos de la comunidad; b) enseñar habilidades de afrontamiento y habilidades familiares para manejar los trastornos y sus efectos y minimizar la discapacidad y maximizar el funcionamiento; c) ofrecer un contexto para resolver problemas donde la familia aprenda a aplicar el conocimiento y d) proporcionar apoyo continuado a los miembros de la familia (Martínez-González, Albein-Urios, Munera y Verdejo-García, 2012).

1.6.4.2-Intervenciones para potenciar la continuidad de cuidados

DeMarce, Lash, Stephens, Grambow y Burden (2008) afirman que una mayor duración de la implicación en el cuidado continuo se relaciona con mejores resultados en el uso de sustancias, por lo que examinar maneras de aumentar la continuidad de cuidados en las personas con enfermedad mental comórbida llevaría también a mejorar los resultados en esta población.

Se han usado varias intervenciones para aumentar la continuidad de cuidados en el tratamiento de los TUS: sorteos o cupones de premios (Budney, Higgins, Radonovich y Novy, 2000; Higgins, Alessi y Dantona, 2002), contrato terapéutico (Ahles, Schlundt, Prue y Rychtarik, 1983), refuerzo social de la asistencia (Lash, Burden, Monteleone y Lehmann, 2004), avisos para asistir a terapia (Ossip, Van-Landingham, Prue y Rychtarik, 1984), orientaciones sobre el cuidado post-tratamiento y feedback sobre la asistencia (Lash y Blosser, 1999).

DeMarce et al. (2008) encuentran que una intervención para la adherencia a la continuidad de cuidados incluyendo contrato, aviso y refuerzo de la asistencia aumenta la duración del tratamiento y mejora las tasas de abstinencia al año, siendo estos efectos más pronunciados en las personas con PD.

1.6.4.3-Terapia motivacional

Respecto al consumo de sustancias, la motivación se considera un estado interno afectado por el deseo de cambiar, la percepción de la propia capacidad para el cambio, el número de razones que la persona tiene para cambiar, su percepción de la relación entre el uso de sustancias y sus problemas, así como el compromiso del sujeto con el cambio (Ziedonis et al., 2005). En PD se usa el Modelo Transteórico de las etapas del

cambio de Prochaska y DiClemente (1982; 1986; 1992), que consta de cinco etapas (Becoña y Cortés, 2008; Haro, Barea, Ramírez, López y Cervera, 2006):

-Precontemplación: El sujeto no cree que tenga un problema con el consumo, si acude a algún dispositivo asistencial será por presiones externas, no por iniciativa propia. No se tiene intención de cambiar, la persona no tiene conciencia del problema o desconoce las consecuencias de su conducta. Los pros de consumir son más que los contras.

-Contemplación: El sujeto toma conciencia de su problema con la sustancia, considera que ha perdido el control y que tiene un problema al que hay ponerle solución. Comienza a prestar atención y buscar información sobre el tratamiento, aunque se plantea el cambio a largo plazo, en los próximos seis meses. Se es consciente de que existe un problema pero todavía no hay un compromiso firme de cambio. Hay más conciencia de los pros de cambiar pero los contras aún influyen mucho.

-Preparación: Se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. La persona comienza a realizar los primeros intentos serios para abandonar el consumo. Acude a centros, compara diferentes alternativas y métodos. Reduce la frecuencia y la intensidad del consumo. Se está preparando para un cambio serio y duradero a corto plazo, en los próximos treinta días. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.

-Acción: El sujeto asume un compromiso serio, comienza a cambiar con éxito. Incluiría la desintoxicación (superar el síndrome de abstinencia) y la fase inicial de la deshabitación. Se realizan cambios importantes en la conducta adictiva. Es una etapa inestable con alto riesgo de recaída. Dura entre uno y seis meses.

-Mantenimiento: Se consolidan los cambios realizados manteniendo la abstinencia. El sujeto está sin consumir un tiempo significativo, seis meses o más.

Usando el modelo del cambio de Prochaska y DiClemente (1982; 1986; 1992), Miller y Rollnick (1991) diseñaron la entrevista motivacional, un estilo de psicoterapia directiva centrada en el paciente cuyo objetivo es ayudar al paciente a explorar y resolver su ambivalencia hacia el cambio de comportamiento (Rollnick y Miller, 1995). El enfoque de la entrevista motivacional es directivo, empático y centrado en el paciente, ayudándole a seleccionar una o varias conductas objetivo específicas; usando escucha reflexiva, respuestas empáticas, resúmenes y establecimiento de objetivos para ayudar al usuario a avanzar por el proceso de cambio (Ziedonis, 2004). Ayuda a resolver la ambivalencia y promueve el cambio poniendo el énfasis en la elección personal, la responsabilidad y la conciencia de los riesgos y beneficios del consumo (Martino, Carroll, Kostas, Perkins y Rounsaville, 2002; Tsuang y Fong, 2004).

Los conceptos clave de la entrevista motivacional son colaboración, evocación y respeto a la autonomía; sus principios expresar empatía, esquivar la resistencia, desarrollar discrepancia y apoyar la autoeficacia; y las habilidades requeridas son preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y resúmenes (Madson et al., 2013). Para Golsmith y Garlapati (2004), los cinco principios clave para el aumento de la motivación son: a) expresar empatía, b) señalar la discrepancia entre el comportamiento actual y el deseado, c) evitar la discusión, d) abstenerse de confrontar la resistencia directamente y e) alentar la autoeficacia, la creencia del individuo de que tiene la habilidad para cambiar.

La entrevista motivacional se ha aplicado como único tratamiento o combinada con terapia cognitivo-conductual (Torrens et al., 2012), obteniéndose mejores resultados con la terapia combinada que implementa entrevista motivacional, contingencias al análisis de orina y entrenamiento en habilidades sociales (Bellack et al., 2006). No obstante, los resultados también sugieren que en solitario puede ser efectiva para

aumentar la adherencia al tratamiento, tanto en el tratamiento psiquiátrico como en el de abuso de sustancias (Thylstrup y Johansen, 2009). Además, los pacientes duales que la reciben individualmente participan más activamente en su tratamiento y reducen el consumo de sustancias comparados con aquellos que no la reciben (Handmaker, Packard y Conforti, 2002). Kelly et al. (2012) encuentran en su revisión que la entrevista motivacional tiene fuerte apoyo como psicoterapia altamente efectiva para establecer una alianza terapéutica. Se considera esencial en las etapas tempranas del trabajo con la PD (Horsfall et al., 2009). También Cleary et al. (2009) encuentran en su revisión que la entrevista motivacional obtiene la evidencia de mejor calidad en la reducción del uso de sustancias a corto plazo y, cuando se combina con terapia cognitivo-conductual, también aparecen mejoras en el estado mental. En general, los programas efectivos de tratamiento de la PD incluyen intervenciones de psicoterapia motivacional que están diseñadas para aumentar la disposición a intervenciones más definitivas (Drake et al., 2004) y la investigación muestra que las personas con falta de motivación pueden ser identificadas fiablemente y ayudadas con efectividad mediante intervenciones motivacionales (Drake et al., 2004).

Se ha adaptado la entrevista motivacional en intervenciones breves (entre una y cinco sesiones) que incluyen diferentes componentes: evaluación, feedback, información, consejo y entrega de materiales de autoayuda (Goti et al., 2010). Una de estas adaptaciones es la terapia motivacional, diseñada como una terapia breve que combinaba la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) con instrumentos de feedback personalizados (Ziedonis y Krejci, 2003). Incluye una exhaustiva evaluación pre-tratamiento, seguida de cuatro sesiones de tratamiento, que consisten en dar feedback estructurado sobre la información de la evaluación, participación de alguien significativo para el paciente, ofrecer un menú de opciones de tratamiento y establecer

objetivos usando una hoja de plan de cambio (Miller, Zweben, DiClemente y Rychtarik, 1995; Ziedonis, 2004). En la misma línea, existen adaptaciones de la entrevista motivacional en formatos todavía más breves: sesiones únicas que oscilan entre los 5 minutos y una hora de duración (Becoña y Cortés, 2008).

Las intervenciones motivacionales breves parece que ayudan a algunas personas a desarrollar motivación para participar en el tratamiento y a algunas a disminuir su abuso de sustancias e incluso a desarrollar abstinencia (Drake et al., 2004). Hay fuerte evidencia de que las intervenciones breves son efectivas para el consumo excesivo de alcohol en personas con trastornos mentales comórbidos (Baker, Turner, Kay-Lambkin y Lewin, 2009). También hay evidencia acumulada de que las intervenciones breves de una o dos sesiones son más efectivas para el uso de cannabis que las condiciones de control (Baker et al., 2009).

1.6.4.4-Intervenciones basadas en etapas

Los programas de tratamiento efectivos, además de considerar las etapas de cambio del modelo de Prochaska y DiClemente (1982; 1986; 1992), incorporan, implícita o explícitamente, el concepto de etapas de tratamiento (Drake et al., 2001). Según Drake et al. (2004), el tratamiento constaría de las siguientes etapas:

-Compromiso: Involucrar a la persona en una relación de colaboración y confianza. Se usan las siguientes intervenciones: enganche en el propio ambiente del sujeto, asistencia práctica (comida, ropa, alojamiento, cuidado médico o beneficios), intervención en crisis y evaluación de la enfermedad mental y el TUS (Brunette y Mueser, 2006).

-Persuasión o motivación: Ayudar al individuo involucrado a desarrollar la motivación para llegar a estar comprometido en intervenciones orientadas a la recuperación. La tarea del clínico es persuadir al paciente de que los beneficios de la sobriedad o el

manejo de la enfermedad mental tienen mayor peso que los beneficios percibidos de continuar el uso de la sustancia o la conducta de enfermedad mental. Se usan estas intervenciones: educación sobre la enfermedad mental, las sustancias de abuso y sus interacciones, entrevista motivacional, estabilización psiquiátrica, actividades estructuradas, entrenamiento en habilidades y manejo de contingencias (Brunette y Mueser, 2006).

-Tratamiento activo: Ayudar al individuo motivado a adquirir habilidades y apoyos para manejar ambas enfermedades y conseguir objetivos, incluyendo reducir o parar su consumo de sustancias. Las principales intervenciones son auto-observación, terapia cognitivo-conductual, actividades sustitutivas, entrenamiento en habilidades sociales, programas de autoayuda o 12 pasos, manejo de contingencias y medicación (Brunette y Mueser, 2006).

-Prevención de recaídas: Ayudar a la persona que está en remisión estable a desarrollar y usar estrategias para prevenir recaídas. Las intervenciones que se usan son plan de prevención de recaídas, intervenciones cognitivo-conductuales y de apoyo, así como programas de autoayuda (Brunette y Mueser, 2006).

Los pacientes no se mueven linealmente a través de estas etapas y pueden estar en diferentes etapas con respecto a la enfermedad mental y el TUS (Drake et al., 2001). Diferentes estrategias son útiles a medida que los pacientes avanzan hacia la recuperación, por lo que han de ser elegidas basándose en las necesidades individuales del paciente, aunque la entrevista motivacional se usa durante todas las etapas (Brunette y Mueser, 2006).

1.6.4.5-Prevención de recaídas

El modelo teórico de prevención de recaídas (Marlatt, 1993; Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985) considera que la recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia (Becoña y Cortés, 2008).

La prevención de recaídas es una terapia cognitivo-conductual basada en que los patrones desadaptativos de comportamiento adictivo son aprendidos, por lo que el paciente puede aprender a identificar y corregir estos comportamientos problemáticos (Ziedonis, 2004). La terapia cognitivo-conductual enseña al paciente métodos más efectivos para afrontar los pensamientos, sentimientos y comportamientos problemáticos que pueden causar síntomas ansiosos, agresivos o depresivos (Lykke, 2001). Cuando se aplica a la PD incluye elaborar planes sobre cómo reducir o parar el consumo de sustancias e identificar y evitar las situaciones de alto riesgo de consumo (Carroll, 2004).

En la prevención de recaídas el terapeuta ayuda al paciente a aprender, entender e identificar factores desencadenantes y señales (personas, sitios, cosas y estados de ánimo específicos) para el uso de sustancias y a desarrollar habilidades para evitarlos o manejarlos (Ziedonis, 2004). Según Becoña y Cortés (2008), las claves de esta intervención son: a) aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas, b) aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída y c) aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

Por su parte, Lana (2001) sugiere las siguientes recomendaciones para la prevención de recaídas: a) incremento de la motivación, b) fomento de la participación en grupos terapéuticos o de autoayuda, c) estímulo para la formación de grupos con compañeros abstinentes, d) desarrollo de actividades que permitan la adquisición de técnicas para mejorar las relaciones interpersonales, familiares, sociales y laborales, e) aliento para la búsqueda de experiencias y actividades que posibiliten el desempeño de nuevos roles compatibles con una vida sin drogas, f) desaconsejar grandes cambios de vida y g) tratamiento médico psiquiátrico en caso de comorbilidad. Además, los enfoques realistas de prevención de recaídas deben ser adaptados a las habilidades y estilo de cada participante (Horsfall et al., 2009).

1.6.4.6-Terapia grupal

Mueser, Drake, Sigmon y Brunette (2005) consideran dos ventajas de usar interacciones grupales en PD: tienen potencial para cambiar actitudes y conductas sociales y son generalmente coste-efectivas. Se ha aplicado la psicoterapia grupal siguiendo una variedad de métodos (Torrens et al., 2012), mostrando impacto positivo en el TUS, mejorando la tasa de abstinencia (Drake y Mueser, 2000), antes que mejorar otros síntomas psiquiátricos.

Noordsy y Fox (1991) describen el uso de dos tipos de grupos para tratar el consumo de sustancias en pacientes duales: grupos de persuasión (psicoeducativos y de apoyo, para pacientes que todavía no han reconocido o aceptado que el uso de sustancias es un problema para ellos, con el objetivo de ayudarles a evaluar su consumo de sustancias) y grupos de tratamiento activo (para pacientes que han decidido dirigirse hacia la abstinencia, usan conceptos de los programas de autoayuda y principios comportamentales del tratamiento de abuso de sustancias y la prevención de recaídas).

Fisher y Bentley (1996) describen dos intervenciones grupales breves específicamente diseñadas para pacientes con PD: una basada en el modelo enfermedad-compensación que explica la psicopatología desde el modelo de enfermedad médica crónica, con los objetivos de estabilización, mejora de la educación sanitaria y aumento de la capacidad de autocuidado, usando técnicas de apoyo, confrontación y feedback y otra basada en el modelo cognitivo-conductual que incorpora la teoría de la automedicación y considera que el consumo es una conducta desadaptada aprendida que ha originado creencias distorsionadas sobre el poder de la sustancia y una dependencia de su uso como conducta de afrontamiento (Lana, 2001).

En los grupos estructurados de entrenamiento conductual en habilidades sociales se anima a los participantes a explorar los pensamientos y expectativas que son una ayuda o un obstáculo y a afrontar los estresores y apoyos interpersonales con el objetivo de mejorar sus habilidades conversacionales y el funcionamiento social y desarrollar habilidades de solución de problemas (Horsfall et al., 2009). Respecto al abuso de sustancias, en estos grupos se aprende a reconocer situaciones de alto riesgo y se participa en juegos de roles para desarrollar maneras personalizadas de evitarlas o librarse de ellas (Tsuang, Fong y Lesser, 2006). Se entrenan habilidades perceptivas, de solución de problemas y conductuales, con temas como el rechazo de alcohol y drogas, habilidades de conversación/amistad, asertividad y manejo del conflicto, prevención de recaídas y solución de problemas (Goldsmith y Garlapati, 2004). Este entrenamiento conductual de habilidades sociales es más efectivo cuando se trata de un enfoque por etapas que aborda cuestiones asociadas con el nivel actual de motivación de cada participante (Mueser et al., 2005).

Los grupos de autoayuda, especialmente los que reconocen la utilidad de la medicación psiquiátrica, proporcionan un elemento de cuidado continuado que mejora

los resultados del tratamiento de los pacientes duales (APA, 1995). Hay evidencia de que los grupos de 12 pasos, con los principios de Alcohólicos Anónimos (1952), son útiles para mantener la abstinencia de sustancias y contribuyen a la recuperación de la enfermedad mental; pero históricamente estos grupos con un solo foco han sido infrutilizados por los pacientes con PD (Magura et al., 2008). Aunque los pacientes duales se benefician de los grupos de 12 pasos focalizados únicamente en el consumo de sustancias (Bergman, Greene, Hoepner, Slaymaker y Kelly, 2014; Chi, Sterling, Campbell y Weisner, 2013), podrían beneficiarse más de los grupos de 12 pasos focalizados en la PD (diseñados para personas con TUS y enfermedad mental), con mejoría en el uso de sustancias, estado psiquiátrico, funcionamiento personal (Magura, 2008), funcionamiento global y vivienda, así como disminución de las hospitalizaciones (Hensley, 2004). En su revisión, Magura (2008) encontró que los grupos con foco dual tenían efectos directos e indirectos en la abstinencia de alcohol o drogas, la adherencia a la medicación psiquiátrica, la autoeficacia para la recuperación y la calidad de vida. En estos grupos, por ejemplo *Double Trouble in Recovery* o *Dual Recovery Anonymous*, se anima a los miembros a discutir sus adicciones, enfermedades mentales, medicaciones psicotrópicas, efectos secundarios de la medicación, hospitalizaciones psiquiátricas y experiencias con el tratamiento formal, sin la vergüenza o el estigma que pueden encontrar en los grupos tradicionales de un solo foco como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos (Magura, 2008; Magura et al., 2008).

Por otra parte, Santa Ana y Nietert (2007) aplicaron la entrevista motivacional en formato grupal a pacientes hospitalizados, encontrando que producía mejoras en el consumo de alcohol y a corto plazo en el de drogas ilegales, aunque no presentaba efectos en la asistencia posterior a tratamientos ni en la abstinencia total.

Las intervenciones grupales en PD son más efectivas si se ofrecen al menos una vez por semana, duran más de seis meses, incluyen educación y soporte de iguales, tienen enfoque simultáneo en el TUS y la enfermedad mental y tienen en cuenta la etapa de cambio de los individuos (Drake et al., 2008; Lubman et al., 2010). Además, pueden combinar varias intervenciones específicas: manejo de contingencias, terapia cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas y entrenamiento en habilidades de solución de problemas (Lubman et al., 2010).

1.6.4.7-Terapia psicoeducativa motivacional breve (TPMB)

La TPMB (Haro, Barea et al., 2006) fue diseñada para aplicarse a pacientes con TUS ingresados en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), integrando tres de los enfoques psicológicos más usados en PD: grupal, psicoeducativo y motivacional (Anderson, 2001; Santa Ana y Nietert, 2007). Se considera una intervención para potenciar la continuidad de cuidados entre el tratamiento hospitalario de desintoxicación y el tratamiento ambulatorio de la dependencia (Haro, Ramírez et al., 2006). Sus objetivos son (Haro, Barea et al., 2006):

- 1) Proporcionar a los pacientes información objetiva y útil sobre las drogas y las conductas adictivas.
- 2) Enseñar recursos personales que faciliten el proceso de deshabitación.
- 3) Preparar a los pacientes para afrontar situaciones de riesgo y prevenir futuras recaídas.
- 4) Fomentar un mayor sentimiento de autoeficacia y control sobre su adicción.
- 5) Promover la adquisición de unos nuevos hábitos y estilo de vida más saludables.

- 6) Aumentar la motivación para participar en programas de psicoterapia en sus centros ambulatorios y/o potenciar su adherencia en los que ya estén llevando a cabo.

La TPMB está manualizada (Haro, Barea et al., 2006) y consta de tres sesiones (Haro, Ramírez et al., 2006):

- 1) Definición de los conceptos básicos relacionados con las dependencias de drogas.
- 2) Etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.
- 3) Prevención de recaídas y promoción de hábitos de vida saludables.

Esta terapia breve ha mostrado efectividad en aumentar el conocimiento de los pacientes sobre las dependencias y aumentar su motivación para recibir psicoterapia, generando altos niveles de satisfacción en los usuarios (Haro, Ramírez et al., 2006). La adaptación y evaluación de esta terapia para ser usada en pacientes con PD constituye el objeto de esta tesis.

1.7-JUSTIFICACIÓN

En 2008 se creó en el Hospital Provincial de Castellón el Programa de Patología Dual Grave (PPDG) para un abordaje integral de la adicción y la psicopatología. Consta de tres subprogramas: Agudos, UDH y Ambulatorio (Rubio et al., 2010). Agudos y UDH coexisten en la misma sala del hospital junto con la Unidad de Hospitalización Breve (UHB). Esta nueva situación clínica ha resultado en la convivencia en un mismo espacio físico de:

- a) Pacientes que ingresan en la UDH para desintoxicación, que pueden presentar sólo TUS o TUS y enfermedad mental leve-moderada. La UDH dispone de cuatro camas.

- b) Pacientes que ingresan en la UHB para estabilización psicopatológica, que pueden presentar sólo trastorno mental grave o trastorno mental grave junto con TUS. La UHB cuenta con 30 camas.
- c) Pacientes que ingresan en el PPDG para estabilización psicopatológica y/o desintoxicación, presentando trastornos mentales graves junto con dependencia a una o varias sustancias. El programa de PPDG dispone de 6 camas.

Dado que la TPMB (Haro, Barea et al., 2006), que estaba siendo usada en la UDH, está dirigida sólo a pacientes con TUS, esta nueva situación asistencial planteó la necesidad de adaptar esta terapia para poder aplicarla también a los pacientes con PD, integrando en los mismos grupos terapéuticos a pacientes con TUS y con PD. Así, nos planteamos crear y validar una adaptación de la TPMB, la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D), cuyos objetivos son:

- 1) Proporcionar a los pacientes información objetiva y útil sobre las drogas y las conductas adictivas.
- 2) Proporcionar a los pacientes información objetiva y útil acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias cuando existe patología mental.
- 3) Aumentar la motivación para el cambio de los pacientes.
- 4) Enseñar recursos personales que faciliten el proceso de deshabituación.
- 5) Preparar a los pacientes para afrontar situaciones de riesgo y prevenir futuras recaídas.
- 6) Fomentar un mayor sentimiento de autoeficacia y control sobre su adicción.
- 7) Promover la adquisición de unos nuevos hábitos y estilo de vida más saludables.
- 8) Fomentar la continuidad de cuidados al alta.

2-HIPÓTESIS

CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA TPMB-D

- 1- Es posible adaptar los contenidos y procedimientos de la TPMB, diseñados para pacientes con TUS ingresados en UDH, para ser usados en un contexto hospitalario que incluye también pacientes con PD, creando la TPMB-D.
- 2- Es posible implementar la TPMB-D en un contexto hospitalario integrando en los mismos grupos terapéuticos a pacientes con TUS y con PD.

VALIDACIÓN DE LA TPMB-D

- 3- La TPMB-D aumenta el conocimiento sobre adicciones y PD.
- 4- La TPMB-D aumenta la motivación para el cambio.
- 5- Los pacientes tratados con la TPMB-D presentan mayores niveles de conocimientos sobre adicciones y PD que los tratados con terapia ocupacional (TO).
- 6- Los pacientes tratados con TPMB-D presentan mayores niveles de motivación para el cambio que los tratados con TO.
- 7- Los pacientes tratados con TPMB-D presentan mayores niveles de satisfacción con el tratamiento que los tratados con TO.

3-OBJETIVOS

Los objetivos generales de esta tesis son:

- 1- Crear la TPMB-D como una adaptación de la TPMB apta para ser usada tanto en pacientes con TUS como en pacientes con PD.
- 2- Evaluar la efectividad de la TPMB-D en pacientes hospitalizados con TUS y con PD, comparándola con la TO.

Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA TPMB-D

- 1- Adaptar los contenidos y procedimientos de la TPMB, diseñados para pacientes con TUS ingresados en UDH, para ser usados en un contexto hospitalario que incluye pacientes con PD, es decir, crear la TPMB-D.
- 2- Implementar la TPMB-D en un contexto hospitalario integrando en los mismos grupos terapéuticos a pacientes con TUS y con PD.

VALIDACIÓN DE LA TPMB-D

- 3- Evaluar el nivel de conocimientos sobre adicciones y PD antes y después de participar en la TPMB-D.
- 4- Evaluar la motivación para el cambio antes y después de participar en la TPMB-D.
- 5- Evaluar si los pacientes tratados con TPMB-D presentan mayores niveles de conocimientos sobre adicciones y PD que los tratados con TO.
- 6- Evaluar si los pacientes tratados con TPMB-D presentan mayores niveles de motivación para el cambio que los tratados con TO.
- 7- Evaluar si los pacientes tratados con TPMB-D presentan mayores niveles de satisfacción con el tratamiento que los tratados con TO.

4-MATERIAL Y MÉTODOS

4.1-CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA TPMB-D

Los contenidos y procedimientos de la TPMB (Haro, Barea et al., 2006) se adaptaron para poder ser utilizados también en pacientes con PD. Partiendo del manual de la TPMB (Haro, Barea et al., 2006), se diseñó el protocolo de la TPMB-D realizando fundamentalmente los siguientes cambios:

- En la presentación de la dinámica de la sala de hospitalización se incluyó información sobre los diferentes dispositivos que la forman, las diferentes modalidades de ingreso y las patologías que pueden presentar los participantes en el grupo.
- Se amplió la psicoeducación con conceptos relacionados con la PD.
- Se incluyó en el trabajo sobre motivación para el cambio el cuidado de la enfermedad mental.
- Se incluyeron los recursos de salud mental en el trabajo sobre adherencia al tratamiento y planificación del alta.

Con estos cambios, se manualizó la TPMB-D incluyendo el protocolo de aplicación, el guión para el terapeuta, el material usado en las sesiones y el material para entregar a los pacientes.

La TPMB-D resultante es una terapia breve (tres sesiones de aproximadamente una hora) e intensiva (una semana), diseñada para ser administrada como complemento al tratamiento hospitalario estándar a los pacientes con TUS o con PD ingresados en la sala de hospitalización. Los pacientes con TUS y los que presentan PD son incluidos en los mismos grupos terapéuticos, que han de contar con un mínimo de tres y un máximo de ocho participantes. Las sesiones son dirigidas por un/a psicólogo/a o médico

especialista en psiquiatría y puede actuar como coterapeuta un/a enfermero/a especialista en salud mental. El contenido de las tres sesiones que componen la TPMB-D es el siguiente:

Sesión 1

- Presentación de los terapeutas e integrantes del grupo.
- Descripción de la metodología de la terapia, pautas básicas de participación y resumen de los contenidos de las sesiones.
- Explicación de las normas y dinámica de la sala de hospitalización, incluyendo una descripción de las diferentes modalidades de ingreso (desde UDH, UHB o PPDG; voluntario o involuntario) y las patologías que pueden presentar los participantes del grupo (TUS y PD).
- Conceptos básicos relacionados con las drogas: concepto de droga; tipos de drogas; uso, abuso, dependencia, tolerancia, abstinencia, desintoxicación, deshabitación y reinserción.
- Conceptos básicos sobre las enfermedades mentales, su tratamiento, la PD y las consecuencias de la coexistencia de un trastorno mental con el consumo de sustancias.
- Descripción de los recursos asistenciales de la red de drogodependencias y de la de salud mental, así como los específicos de PD.

Sesión 2

- Se recuerdan brevemente los contenidos expuestos en la sesión 1.
- Se detallan las etapas motivacionales para el abandono del consumo según el modelo de Prochaska y DiClemente (1982; 1986; 1992): precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento.

- Significado y efectos de la recaída.
- Curso crónico de la adicción y la enfermedad mental, recordando los recursos al alta y la importancia de la continuidad del tratamiento.
- Refuerzo del esfuerzo y el deseo de cambio.
- Prevención de recaídas (I): habilidades personales y entrenamiento en técnicas de afrontamiento (relajación, respiración, técnicas de distracción, autoinstrucciones, aplazar la decisión y hacer balance costes/beneficios, asertividad).

Sesión 3

- Repaso de la sesión anterior.
- Prevención de recaídas (II):
 - Entrenamiento en solución de problemas.
 - Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores del consumo.
 - Situaciones de riesgo y cambios a realizar.
- Afrontamiento de la recaída.
- Importancia de desarrollar un estilo de vida y hábitos saludables.
- Planificación del alta hospitalaria: recuerdo de los diferentes dispositivos y fomento de la motivación y la adherencia al recurso al que ha de acudir cada paciente.

La TPMB-D se implementó en la sala de hospitalización del Hospital Provincial de Castellón en el año 2011. La inclusión en la terapia es solicitada por el psiquiatra responsable del paciente, siendo el único criterio de inclusión que el paciente presente un diagnóstico de TUS. Los criterios de exclusión son ser analfabeto, tener alguna incapacitación para realizar la terapia (como demencia o sintomatología psicótica aguda que pudiera interferir en la terapia grupal) y haber reingresado menos de 15 días después de su último ingreso. La asistencia es voluntaria pero recomendada.

4.2-VALIDACIÓN DE LA TPMB-D

Una vez implementada la TPMB-D, para validarla se tuvieron en cuenta los principios de la evaluación de programas. Se trata de un proceso metodológico para el estudio de los efectos causados por unas acciones sistemáticas, dirigidas y planificadas, que pretenden lograr unos objetivos bien definidos (López y Pérez-Llantada, 2005). Según López y Pérez-Llantada (2005), algunos de los términos usados para evaluar los tratamientos junto con sus definiciones son:

- Efectividad: Capacidad que tiene una acción para producir algún efecto.
- Eficacia: Capacidad que tiene una acción para producir el efecto que se busca.
- Eficiencia: Capacidad que tiene una acción para producir el efecto que se busca con una adecuada relación coste-beneficio.

La efectividad se suele evaluar en términos de mejoras en los resultados clínicos, pero recientemente la investigación también se ha empezado a centrar en la percepción del tratamiento del paciente (Schulte et al., 2011), resumida en el término *satisfacción con el tratamiento*, que se refiere a “la medida en que se percibe que un programa ha colmado los deseos y necesidades de tratamiento del individuo” (Marsden et al., 2000, p. 456). Esta variable se considera un indicador clave de la calidad y efectividad del tratamiento tanto en salud mental como en adicciones (Schulte et al., 2011), por lo que es fundamental considerarla en el tratamiento de la PD. Dos de los instrumentos más usados para evaluar satisfacción con el tratamiento en PD son el *Cuestionario de satisfacción del cliente* (CSQ-8) de Attkisson y Zwick (1982) y el *Cuestionario de percepciones del tratamiento* (TPQ) de Marsden et al. (2000).

De este modo, se evaluó la efectividad de la TPMB-D estudiando si producía algún efecto en los conocimientos sobre adicciones y PD, motivación para el cambio y satisfacción de los pacientes tratados con ella.

4.2.1-Muestra

Los 199 participantes entre 19 y 80 años se seleccionaron por muestreo consecutivo entre los pacientes que ingresaban en la unidad de hospitalización durante el año 2012 y cumplían los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión en el estudio eran que tuviesen diagnóstico de TUS, que su psiquiatra hubiera solicitado su inclusión en la TPMB-D y que hubiesen aceptado participar en el estudio firmando el consentimiento informado. Los criterios de exclusión eran ser analfabeto, tener alguna incapacitación para realizar la terapia (como demencia o sintomatología psicótica aguda) y haber reingresado menos de 15 días después de su último ingreso. De los 199 sujetos que aceptaron participar en el estudio, 16 lo abandonaron sin acabar la evaluación pretest y 20 sin acabar el postest, siendo la muestra final de 163 sujetos que acabaron el estudio (18,1% de abandonos).

4.2.2-Diseño

Estudio experimental doble ciego con dos grupos aleatorios: pacientes tratados con TPMB-D y pacientes tratados con TO. El diseño consta de una variable independiente, tratamiento (TPMB-D o TO), y seis variables dependientes: conocimientos sobre dependencias y PD, puntuaciones en precontemplación, contemplación y acción, fase motivacional en la que se encuentran los sujetos (las 5 evaluadas pre y postest) y satisfacción con la terapia recibida (evaluación sólo postest).

4.2.3-Pruebas psicométricas

La evaluación de los conocimientos sobre dependencias y PD se realizó mediante un cuestionario *ad hoc* de 12 preguntas sobre los contenidos de la TPMB-D con 6 alternativas de respuesta: una correcta, cuatro distractores y la opción *No lo sé* (ver Apéndice A). Se contabilizó el número de aciertos en el cuestionario.

La motivación para el cambio se evaluó mediante el cuestionario de uso personal de drogas *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996), inspirado en las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (1982; 1986; 1992). Está diseñado para evaluar la preparación para el cambio en sujetos con problemas de abuso o dependencia de sustancias. Consta de 19 ítems con respuesta tipo Likert de 5 categorías (*Muy en desacuerdo-Muy de acuerdo*) y se obtienen las puntuaciones centiles en tres dimensiones: ambivalencia, reconocimiento y adopción de medidas (correspondientes a las fases precontemplación, contemplación y acción). Las fiabilidades internas de sus tres escalas son 0,60 para ambivalencia, 0,85 para reconocimiento y 0,83 para acción, mientras que sus fiabilidades test-retest son 0,83, 0,94 y 0,93 respectivamente (Miller y Tonigan, 1996). Además de obtener las puntuaciones centiles en cada una de las tres escalas, se asignó a cada sujeto la fase de cambio en la que presentaba mayor puntuación centil y en caso de empate la más avanzada. Una precaución respecto a esta escala es que Salazar, Martínez y Ayala (2001) validaron en castellano una versión de 13 ítems obteniendo dos factores: reconocimiento y acción; repitiéndose este resultado en otros estudios (Burrow y Lundberg, 2007; Figlie, Dunn y Laranjera, 2004). No obstante, estudios en castellano con la versión de 19 ítems confirman la estructura de tres factores (Brandariz, 2009).

La satisfacción con la terapia recibida se evaluó con el *Cuestionario de Percepciones del Tratamiento* (Marsden et al., 2000; Mandersen et al., 2001). Está

diseñado para evaluar cuestiones críticas que influyen en la satisfacción con el tratamiento de los pacientes de programas de tratamiento de las adicciones: la percepción de los usuarios sobre la naturaleza e intensidad del contacto con el personal del programa y los aspectos del servicio de tratamiento y su aplicación, sus reglas y la normativa. Consta de 10 ítems de respuesta tipo Likert de 5 categorías (*Muy en desacuerdo-Muy de acuerdo*). Los autores informan de fiabilidad interna de 0,83, fiabilidad test-retest de 0,57 (baja pero aceptable) y adecuada validez discriminante. La versión española muestra fiabilidad interna de 0,73 y fiabilidad test-retest de 0,91. Se contabilizó la puntuación total en el cuestionario.

Todos los instrumentos usados en el estudio son autoaplicados, ya que los estudios muestran que los sujetos con TUS y con PD pueden ser evaluados con precisión mediante medidas de autoinforme (Houck, Forcehimes, Gutierrez y Bogenschutz, 2013).

4.2.4-VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

4.2.4.1-Descriptivos sociodemográficos

- Sexo: hombre o mujer.
- Edad: en años.
- Nacionalidad: español, rumano, árabe/magrebí, otra.
- Estado civil: soltero, casado/pareja de hecho, separado/divorciado, viudo.
- Nivel de estudios: sin estudios, enseñanza obligatoria incompleta, enseñanza obligatoria completa, enseñanza secundaria/FP1, diplomatura/FP2, licenciatura y superiores.
- Situación laboral: parado, contrato temporal, contrato indefinido/autónomo, incapacidad laboral transitoria, pensionista, estudiante, ama de casa y otros.

- Convivencia: solo, familia propia, familia origen, vivienda compartida, vivienda institucional y otra.

4.2.4.2-Descriptivos clínicos

- Derivación: Desde UDH, UHB o PPDG.
- Número de días hasta que se incorpora a la terapia: contados desde el ingreso en la sala.
- Total sesiones: número de sesiones de terapia a las que asiste.
- Diagnóstico al alta (diferente a dependencia de sustancias): no diagnóstico (pacientes solo con TUS), esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno personalidad y otros.
- Tipo de paciente: si presenta TUS o PD. Para codificar esta variable se usaba el diagnóstico o diagnósticos que presentaban al alta.
- Dependencia de alcohol: si presenta o no este diagnóstico.
- Dependencia de cocaína: si presenta o no este diagnóstico.
- Dependencia de cannabis: si presenta o no este diagnóstico.
- Dependencia de drogas de síntesis: si presenta o no este diagnóstico.
- Dependencia de benzodiacepinas: si presenta o no este diagnóstico.
- Dependencia de opiáceos: si presenta o no este diagnóstico.
- Dependencia de otras sustancias: si presenta o no este diagnóstico.
- Principal sustancia de consumo: la sustancia que el paciente considera su principal dependencia y problema, sin contar el tabaco.
- Número de dependencias: número de sustancias de las que el sujeto depende sin contar el tabaco.

4.2.4.3-Variable independiente

- Tratamiento: si el paciente recibe TPMB-D o TO.

4.2.4.4-Variables dependientes evaluadas pre y postest

- Conocimientos sobre dependencias y PD: número de aciertos en el cuestionario ad hoc sobre conocimientos sobre adicciones y PD.
- Puntuación en precontemplación: puntuación centil en ambivalencia en el cuestionario *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996).
- Puntuación en contemplación: puntuación centil en reconocimiento en el cuestionario *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996).
- Puntuación en acción: puntuación centil en adopción de medidas en el cuestionario *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996).
- Fase motivacional: si el sujeto está en precontemplación, contemplación o acción, asignándole la fase en la que haya presentado mayor puntuación centil en el cuestionario *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996) y en caso de empate la más avanzada.

4.2.4.5-Variable dependiente evaluada sólo postest

- Satisfacción: puntuación directa en el *Cuestionario de Percepciones del Tratamiento* (Marsden et al., 2000; Mandersen et al., 2001).

4.2.4.6-Variables calculadas posteriormente para evaluar los factores que influyen en la efectividad de la TPMB-D

- Diferencia en conocimientos: se restó a la puntuación postest en conocimientos la puntuación pretest en conocimientos.
- Diferencia en precontemplación: se restó a la puntuación postest en ambivalencia la puntuación pretest en ambivalencia.

- Diferencia en contemplación: se restó a la puntuación posttest en reconocimiento la puntuación pretest en reconocimiento.
- Diferencia en acción: se restó a la puntuación posttest en adopción de medidas la puntuación pretest en adopción de medidas.
- Diferencia en fase motivacional: -2 si el sujeto había retrocedido dos fases del pretest al posttest, -1 si el sujeto había retrocedido una fase del pretest al posttest, 0 si el sujeto estaba en la misma fase en el pretest y en el posttest, 1 si el sujeto había avanzado una fase del pretest al posttest y 2 si el sujeto había avanzado dos fases del pretest al posttest.

4.2.5-Procedimiento

Se obtuvo la autorización para llevar a cabo el estudio del comité ético del Hospital Provincial de Castellón. A los sujetos que cumplían los criterios de inclusión se les informaba de que se estaba realizando un estudio sobre la efectividad de las terapias usadas en la unidad de hospitalización, que serían asignados al azar a la terapia que debían realizar primero dado que por razones de espacio y número de pacientes no podían estar todos a la vez en la misma y que después realizarían la otra terapia. De este modo los pacientes desconocían cuál era la terapia en la que estaban interesados los investigadores (diseño ciego).

Los participantes fueron evaluados en el pretest una vez que firmaban el consentimiento informado. Se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos y se evaluaron sus conocimientos sobre adicciones y PD mediante el cuestionario creado a tal efecto y su motivación para el cambio mediante el cuestionario *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996).

Una vez realizada la evaluación, los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de TPMB-D o al de TO por una enfermera de la unidad. Se usaron bolitas numeradas para representar a cada paciente y se extraía cada vez una de las bolitas junto con otra bolita que representaba el grupo asignado (1 ó 2). La enfermera apuntaba el número del paciente junto con el número del grupo al que era asignado, aunque desconocía a qué paciente representaba cada número y qué grupo era el 1 ó el 2, manteniendo así la secuencia de aleatorización oculta. La psicóloga encargada de la evaluación era la que conocía la secuencia de aleatorización e informaba a los sujetos de a qué grupo debían asistir. De los 163 sujetos que acabaron el estudio 91 (55,8%) eran del grupo TPMB-D y 72 (44,2%) del grupo TO.

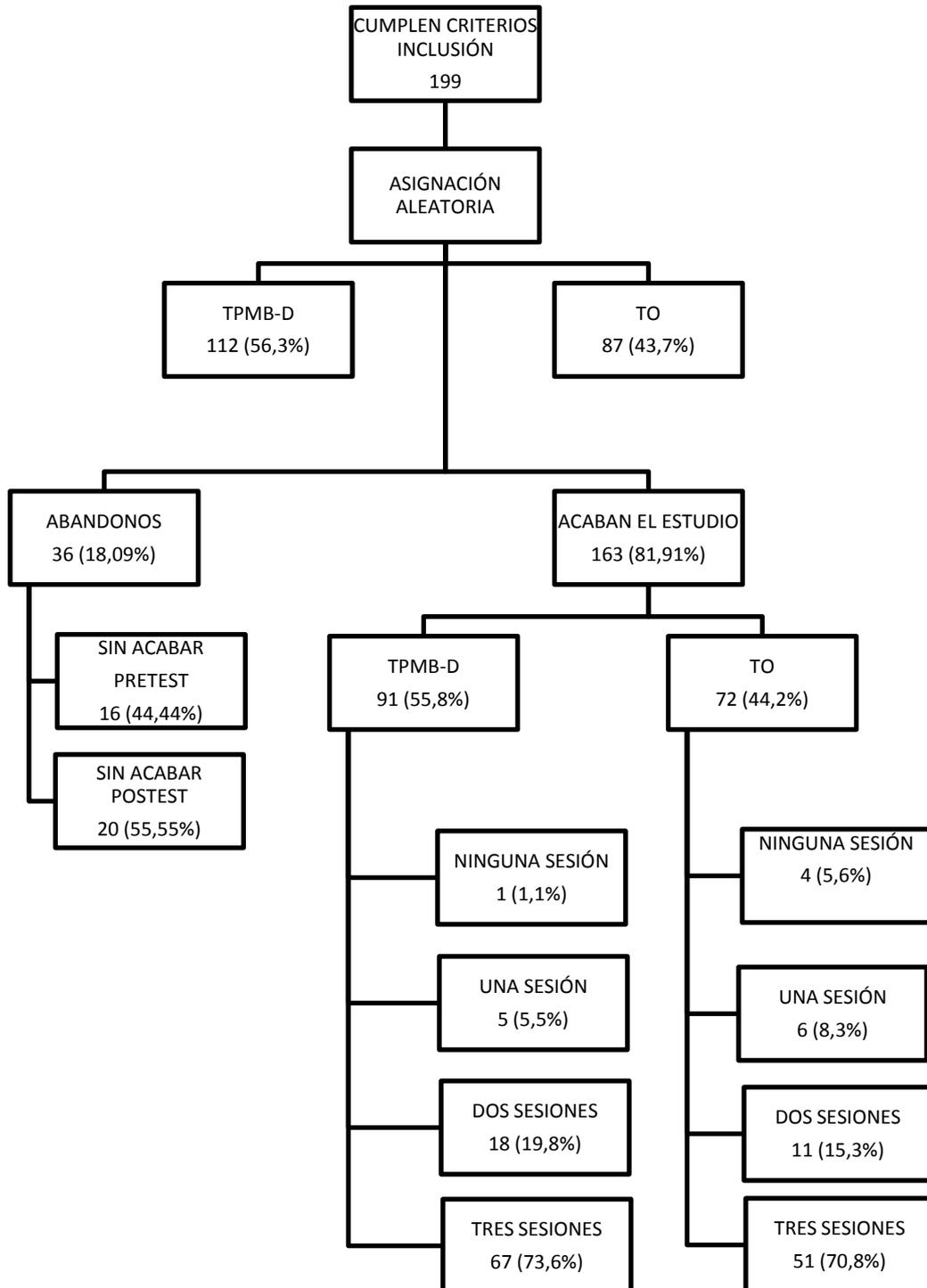
Durante una semana, los participantes tenían que acudir a las 3 sesiones de la TPMB-D o a 3 sesiones de TO (hacer manualidades, gimnasia, relajación o video fórum). De los 163 sujetos que acabaron el estudio el 3,06% (n: 5) no acudieron a ninguna de las sesiones, el 6,74% (n: 11) acudieron a una sesión, el 17,79% (n: 29) a dos y el 72,39% (n: 118) a tres sesiones. Se realizó el análisis por intención de tratar al incluir en el estudio a los pacientes que no cumplimentaron las terapias por completo.

Una psicóloga realizaba la evaluación, otra psicóloga y una enfermera especialista en salud mental (distinta a la que aleatorizaba) dirigían los grupos de TPMB-D y una terapeuta ocupacional implementaba la TO. Ambas terapeutas y la enfermera que en ocasiones codirigía desconocían el grupo al que estaban asignados los sujetos (diseño doble ciego). Todos los participantes recibían el tratamiento estándar durante su estancia en la sala de hospitalización.

Una vez finalizaban o abandonaban las terapias, se volvió a evaluar en el postest a los participantes con los cuestionarios de conocimientos y motivación y también se evaluó la satisfacción con la terapia recibida mediante el *Cuestionario de Percepciones*

del Tratamiento (Marsden et al., 2000; Mandersen et al., 2001). En la figura 1 se puede ver el diagrama con el flujo de los participantes en el estudio.

Figura 1. Flujo de los participantes en el estudio.



Después de la evaluación posttest que finalizaba el estudio, por razones éticas, para no alterar el funcionamiento habitual de la sala de hospitalización y para mantener el doble ciego, los grupos de pacientes recibían la terapia a la que no fueron asignados.

4.2.6-Análisis de datos

Dado que el cuestionario de conocimientos sobre adicciones y PD fue elaborado ad hoc, se realizó el análisis de sus propiedades psicométricas y de los ítems que lo componen mediante el programa CLM-1 (López, 2005), que realiza el análisis desde la Teoría Clásica de los Tests. El cuestionario se analizó factorialmente con el programa estadístico SPSS de IBM versión 19.0. Primero se realizó un análisis factorial exploratorio con el cuestionario pretest y posteriormente se comprobó la estructura factorial obtenida mediante análisis factorial confirmatorio con el cuestionario posttest. Dado que el cuestionario presentaba una estructura multidimensional, no pudo realizarse el análisis desde la Teoría de Respuesta al Ítem.

El resto de datos fueron analizados también mediante SPSS 19.0. Tras los análisis exploratorio y descriptivo, la comparación pre-post en conocimientos y motivación (puntuaciones centiles en precontemplación, contemplación y acción) se realizó mediante ANOVA factorial mixto, introduciendo como variable independiente intersujetos el tratamiento (TPMB-D o TO) y como variable independiente intrasujetos el momento de la evaluación (pre o posttest). La muestra necesaria para una potencia de 0,8 y α de 0,05 sería 30 sujetos por casilla (Wilson y Morgan, 2007), por lo que necesitaríamos 120 sujetos. Se decidió reclutar 200 participantes para que los posibles abandonos no dejaran la muestra insuficiente para realizar el análisis con garantías. SPSS proporciona el tamaño del efecto del ANOVA mediante eta cuadrado corregido (η^2), cuyos valores son: pequeño 0,01; mediano 0,06; grande 0,14 (San Luis, 2011). SPSS también proporciona la potencia ($1-\beta$).

La diferencia de proporciones en la fase motivacional en la que se encontraban los sujetos se analizó mediante χ^2 . El tamaño del efecto se calculó mediante phi de Cramer (ϕ). La fórmula es ϕ de Cramer = $\sqrt{\frac{\chi^2}{(N)gl_{menor}}}$ y sus valores se interpretan: 0,10 pequeño, 0,30 mediano y 0,50 grande (Coolican, 2005). La potencia se estimó a partir del número de sujetos y los grados de libertad (Coolican, 2005).

La satisfacción después de recibir las terapias se comparó mediante una prueba t. Se calculó el tamaño del efecto mediante la d de Cohen. La fórmula usada es $d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma}$, donde, asumiendo homocedasticidad de las varianzas, $\sigma = \sqrt{\frac{(n_1-1)*S_1^2 + (n_2-1)*S_2^2}{n_1+n_2-2}}$ y sus valores son: 0,2 pequeño, 0,5 mediano y 0,8 grande (Coolican, 2005). La potencia se estima a partir de $\delta = d \sqrt{\frac{N_{aj}}{2}}$, donde $N_{aj} = \frac{2N_1N_2}{N_1+N_2}$ (Coolican, 2005).

Para evaluar los factores que podían influir en la eficacia de la TPMB-D, restando a la puntuación posttest la pretest se calcularon las diferencias entre las puntuaciones pretest y posttest en conocimientos, precontemplación, contemplación y acción, creando cuatro variables que representaban el aumento en conocimientos y puntuaciones en precontemplación, contemplación y acción de los sujetos tratados con TPMB-D (n: 91). Con el mismo propósito se creó otra variable que representaba el número de fases motivacionales que habían avanzado o retrocedido los sujetos del pretest al posttest.

Estas cinco variables y la puntuación posttest en satisfacción se relacionaron con los descriptivos sociodemográficos y clínicos y con las puntuaciones pretest en las variables dependientes mediante correlaciones (R de Pearson) cuando se trataba de variables cuantitativas y mediante ANOVA cuando se trataba de cualitativas.

Mediante modelos lineales generalizados se crearon ecuaciones que permitieran predecir los resultados de la TPMB-D en conocimientos, motivación y satisfacción a partir de las variables relacionadas con la eficacia, representada por el aumento en conocimientos, puntuaciones en precontemplación, contemplación y acción y por el grado de satisfacción.

En todos los análisis se consideraron significativas las probabilidades inferiores a $\alpha=0,05$.

5-RESULTADOS

5.1-ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

En el pretest la media del test era 4,908 y la DT 1,968, mientras que en el postest la media era 6,012 y la DT 2,108. El porcentaje de sujetos que elegía cada una de las 6 alternativas se puede ver en la tabla 4, donde la respuesta correcta está marcada en verde. El análisis de los distractores mediante χ^2 en el pretest mostró diferencias significativas en los ítems 3 (χ^2 :17,226; p:0,001), 4 (χ^2 :11,053; p:0,011), 5 (χ^2 :15,828; p:0,001), 8 (χ^2 :14,421; p:0,002), 9 (χ^2 :13,077; p:0,004), 10 (χ^2 :10,690; p:0,014) y 11 (χ^2 :19,684; p<0,001). En el postest hubo diferencias significativas en los distractores de los ítems 3 (χ^2 :16,615; p:0,001), 4 (χ^2 :40,314; p<0,001), 5 (χ^2 :7,857; p:0,049), 8 (χ^2 :9,593; p:0,022) y 11 (χ^2 :17,529; p:0,001). En la tabla 5 se pueden ver marcados en naranja los distractores poco efectivos.

Tabla 5. Porcentaje de sujetos que elige cada una de las alternativas del cuestionario de conocimientos.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PRETEST	A	5.26	23.02	21.71	12.50	3.94	5.92	13.15	1.98	2.64	19.20	2.64	4.63
	B	13.15	13.15	19.73	3.94	1.97	48.68	13.15	6.62	1.32	5.29	3.31	3.97
	C	7.89	15.13	15.78	4.60	24.34	11.18	41.44	52.98	11.92	12.58	13.24	9.27
	D	42.10	15.78	21.71	15.78	6.57	9.86	3.94	17.88	68.87	20.52	18.54	70.86
	E	9.86	23.02	1.97	59.86	16.44	8.55	12.50	11.25	9.93	36.42	55.62	0
	F	21.71	9.86	19.07	2.63	46.71	15.78	15.78	9.27	5.29	5.96	6.62	11.25
POSTEST	A	3.90	14.06	17.18	3.90	4.68	3.93	9.44	1.57	4.72	14.96	2.36	4.83
	B	3.90	7.03	36.71	3.12	4.68	53.54	7.87	7.08	2.36	5.51	3.14	6.45
	C	8.59	35.15	7.03	3.12	46.09	11.02	64.56	71.65	8.66	18.11	12.59	8.87
	D	57.03	19.53	23.43	25	14.84	7.87	6.29	12.59	73.22	19.68	15.74	70.96
	E	10.15	14.84	4.68	61.71	10.15	7.87	5.51	4.72	7.87	37.79	59.84	1.61
	F	16.40	9.37	10.93	3.12	19.53	15.74	5.51	2.36	3.14	3.93	6.29	7.25

La fiabilidad test-retest del cuestionario fue 0,176. Los coeficientes de fiabilidad en el pretest y el postest pueden verse en la tabla 6. En la tabla 7a se pueden ver los resultados del análisis de ítems en el pretest y en la tabla 7b en el postest. En la tabla 8

se pueden observar las puntuaciones obtenidas por los sujetos junto con la frecuencia observada, los percentiles, las puntuaciones típicas y las puntuaciones T que corresponden a cada puntuación directa.

Tabla 6. Coeficientes de fiabilidad del cuestionario de conocimientos.

	PRETEST	POSTEST
Dos mitades	0,331	0,317
Spearman-Brown	0,497	0,482
Alfa de Cronbach	0,279	0,356
Flanagan-Rulon	0,497	0,481
Rulon	0,497	0,481
Flanagan	0,497	0,481
L1 de Guttman	0,256	0,326
L2 de Guttman	0,483	0,532
Error típico de medida	1,672	1,691
Error típico de estimación	0,883	1,009

Tabla 7a. Análisis de ítems en el pretest.

ÍTEM	MEDIA/INDICE DE DIFICULTAD	DESVIACION TÍPICA	INDICE DE HOMOGENEIDAD	INDICE CORREGIDO	INDICE FIABILIDAD
1	0,460	0,498	0,368	0,123	0,184
2	0,405	0,491	0,388	0,148	0,190
3	0,350	0,477	0,361	0,126	0,172
4	0,448	0,497	0,355	0,109	0,177
5	0,405	0,491	0,318	0,072	0,156
6	0,399	0,490	0,254	0,006	0,125
7	0,337	0,473	0,297	0,059	0,140
8	0,417	0,493	0,305	0,057	0,150
9	0,448	0,497	0,362	0,116	0,180
10	0,380	0,485	0,319	0,076	0,155
11	0,429	0,495	0,299	0,049	0,148
12	0,429	0,495	0,387	0,145	0,191

Tabla 7b. Análisis de ítems en el postest.

ÍTEM	MEDIA/ÍNDICE DE DIFICULTAD	DESVIACIÓN TÍPICA	ÍNDICE DE HOMOGENEIDAD	ÍNDICE CORREGIDO	ÍNDICE FIABILIDAD
1	0,534	0,499	0,344	0,113	0,172
2	0,497	0,500	0,279	0,044	0,140
3	0,485	0,500	0,262	0,026	0,131
4	0,460	0,498	0,363	0,134	0,181
5	0,509	0,500	0,285	0,050	0,143
6	0,479	0,500	0,391	0,165	0,195
7	0,534	0,499	0,361	0,133	0,180
8	0,540	0,498	0,432	0,212	0,215
9	0,497	0,500	0,425	0,203	0,213
10	0,485	0,500	0,355	0,126	0,178
11	0,479	0,500	0,414	0,191	0,207
12	0,515	0,500	0,309	0,075	0,154

Tabla 8. Puntuaciones directas (X), frecuencia (F), percentiles (P), puntuaciones típicas (z) y puntuaciones T (T).

X	PRETEST				POSTEST			
	F	P	z	T	F	P	z	T
0	4	4	-2,493	25	2	2	-2,853	21
1	8	5	-1,985	30	0			
2	7	10	-1,477	35	9	4	-1,904	31
3	19	17	-0,969	40	9	10	-1,429	36
4	23	30	-0,461	45	13	16	-0,955	40
5	32	47	0,047	50	30	29	-0,480	45
6	32	67	0,555	56	30	48	-0,006	50
7	29	86	1,063	61	35	68	0,469	55
8	7	97	1,571	66	18	84	0,943	59
9	2	99	2,079	71	10	93	1,418	64
10	0				3	97	1,892	69
11	0				4	99	2,367	74

En el cuestionario pretest el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue 0,60 y la prueba de esfericidad de Bartlett χ^2 : 164,892 ($p < 0,001$), lo que indica que es adecuado llevar a cabo el análisis factorial exploratorio. Se usó el método de extracción de

máxima verosimilitud y el de rotación Varimax. El análisis factorial y el gráfico de sedimentación recomendaron una solución de cuatro factores que explicaban el 51,59% de la varianza. La prueba de bondad de ajuste (χ^2 : 13,041; p: 0,965) indicaba que podíamos asumir que el modelo se ajustaba a los datos. Las saturaciones de cada ítem en los cuatro factores obtenidos se pueden ver en la tabla 9, donde se pueden ver coloreadas en verde las saturaciones mayores de 0,30 (García, Gil y Rodríguez, 2000).

Tabla 9. Saturaciones de los ítems del cuestionario pretest en los factores.

FACTOR	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12
1	0,220	- 0,014	- 0,097	0,362	- 0,133	0,064	- 0,053	- 0,145	0,273	0,506	0,781	0,698
2	0,139	0,730	0,733	0,442	- 0,015	- 0,200	0,279	0,034	0,197	- 0,366	0,020	0,022
3	0,081	- 0,105	0,124	0,082	0,023	0,686	0,511	0,647	0,526	- 0,059	0,188	- 0,129
4	0,688	0,179	0,036	- 0,279	0,786	- 0,006	0,380	0,007	0,028	- 0,069	- 0,095	0,258

En el cuestionario posttest el índice KMO fue 0,64 y la prueba de esfericidad de Barlett χ^2 : 226,538 (p<0,001), lo que permite llevar a cabo el análisis factorial confirmatorio forzando una solución de cuatro factores. Se usaron los mismos métodos de extracción y rotación. Los cuatro factores explican el 53,84% de la varianza y la prueba de bondad de ajuste (χ^2 : 24,956; p: 0,408) indica que el modelo se ajusta a los datos. En la tabla 10 se pueden ver las saturaciones de cada ítem en los factores (marcadas en verde las mayores de 0,30).

Tabla 10. Saturaciones de los ítems del cuestionario posttest en los factores.

FACTOR	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12
1	0,102	0,156	0,070	0,671	0,107	0,510	0,126	- 0,082	0,610	- 0,058	0,666	0,497
2	0,730	0,531	0,777	0,045	- 0,052	- 0,250	0,373	0,132	0,271	0,068	0,103	0,215
3	0,147	0,224	- 0,113	- 0,234	0,691	0,390	0,476	0,680	0,222	0,004	0,118	- 0,152
4	- 0,019	0,423	0,039	- 0,274	0,302	- 0,072	- 0,398	- 0,122	- 0,261	0,756	0,180	0,301

5.2-ANÁLISIS EXPLORATORIO

Se realizó el análisis exploratorio de los datos de la muestra de 163 sujetos que acabaron el estudio. Sólo había valores perdidos en las variables dependencia de alcohol (0,6%), principal sustancia de consumo (0,6%), número de días hasta que se incorpora a la terapia (1,2%) y satisfacción (1,2%).

Se realizó el análisis factorial del cuestionario *SOCRATES 8D* para asegurarnos de que no presentaba una estructura de dos factores. El análisis exploratorio extraía una estructura de cuatro factores, pero en el análisis confirmatorio se forzó una de tres factores encontrando que nuestros datos se ajustaban bien a dicha estructura, por lo que usamos la corrección original del cuestionario con la que se obtienen tres dimensiones: precontemplación, contemplación y acción.

Según la prueba de Kolmogorof-Smirnov, ninguna de las variables cuantitativas se ajusta a la normalidad. Dado que esta prueba con muestras grandes como la nuestra es muy sensible a pequeñas desviaciones de la normalidad (Martín, 2001), estudiamos también los gráficos Q-Q. Ni los gráficos Q-Q normal ni los Q-Q sin tendencias muestran importantes desviaciones de la normalidad, por lo que asumimos que se cumple este supuesto y podemos usar pruebas paramétricas.

Para comprobar el supuesto de igualdad de matrices de varianzas-covarianzas realizamos la prueba de Box y comprobamos que se cumple en las variables conocimientos, puntuaciones en contemplación y puntuaciones en acción. El supuesto no se cumple en la variable puntuaciones en precontemplación, por lo que los resultados del ANOVA referidos a esta variable han de considerarse con cautela.

Para comprobar el supuesto de esfericidad usamos la prueba de Mauchly, comprobando que se cumple este supuesto en las variables conocimientos, puntuaciones en precontemplación, puntuaciones en contemplación y puntuaciones en acción.

Mediante el estadístico F de Levene comprobamos el supuesto de igualdad de varianzas, cumpliéndose en las variables conocimientos, puntuación en contemplación y puntuación en acción. Este supuesto no se cumple en la variable puntuación en precontemplación, por lo que reiteramos la precaución al considerar los resultados del ANOVA en esta variable.

El cumplimiento de todos los supuestos necesarios, excepto en la variable precontemplación, nos permite usar el ANOVA factorial mixto.

5.3-ABANDONOS

Los sujetos que abandonaron el estudio se diferenciaban de los que lo acabaron en el nivel de conocimientos pretest (\bar{X} Abandono:2,88 (DT:2,98); \bar{X} Acaban:5,35 (DT:2,15); $t:4,697;p<0,001$); dependencia del cannabis ($\chi^2:9,563;p:0,002$), presentándola en menor proporción los que abandonaron; en la etapa motivacional en la que se encontraban al inicio del estudio ($\chi^2:7,632;p:0,022$), encontrándose mayor proporción de los sujetos que abandonaban en la fase de contemplación; y, obviamente, en el número de sesiones terapéuticas a las que acuden (\bar{X} Abandono:0,86 (DT:1,093); \bar{X} Acaban:2,60 (DT:0,75); $t:8,202;p<0,001$).

Con estas variables, excepto número de sesiones a las que acuden porque es obvio que sería el mejor predictor, se aplicó regresión logística binaria, encontrando que las variables que aumentaban la probabilidad de abandonar el estudio fueron no presentar dependencia del cannabis (OR(IC95%):1,185-94,312;p:0,035) y encontrarse al

inicio del estudio en la fase motivacional contemplación (OR(IC95%):1,782-86,205;p:0,011).

5.4-DESCRIPTIVOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LA MUESTRA

En los gráficos 1 a 7 se pueden ver los descriptivos sociodemográficos de la muestra total de sujetos que acabaron el estudio (N: 163).

Gráfico 1. Sexo.

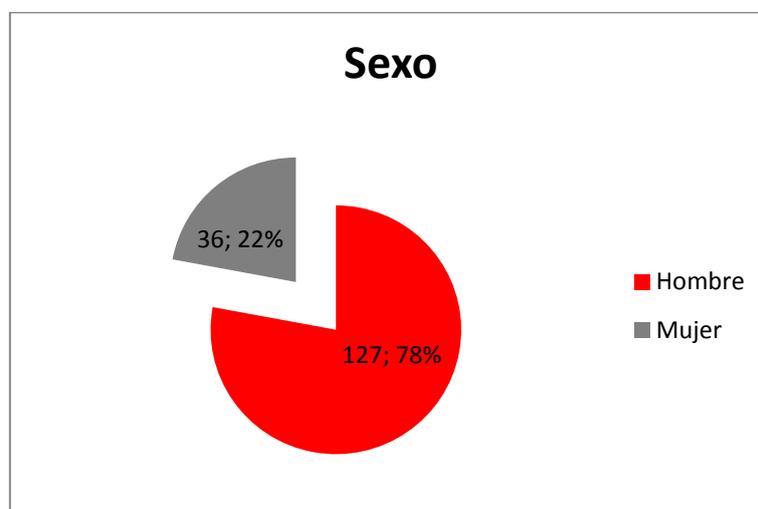


Gráfico 2. Edad.

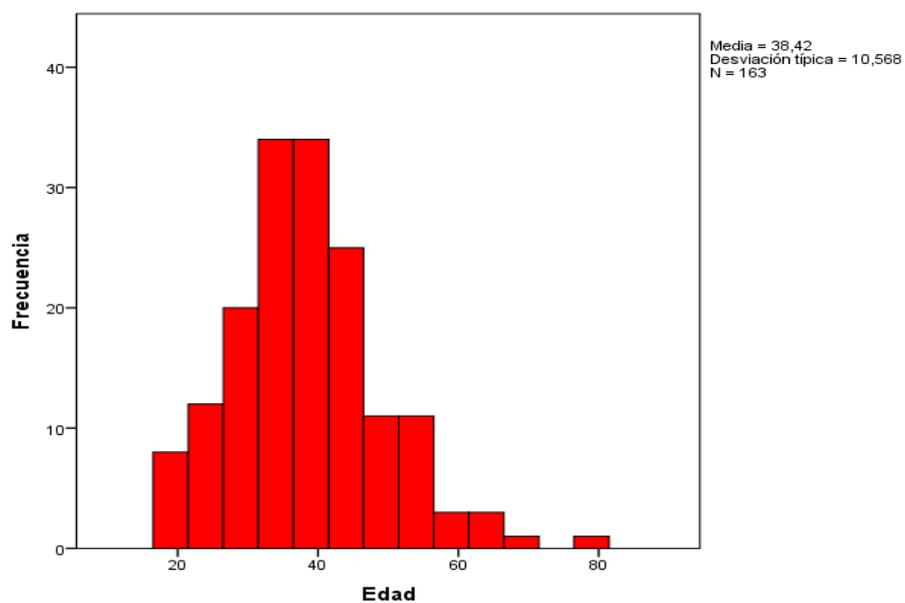


Gráfico 3. Nacionalidad.

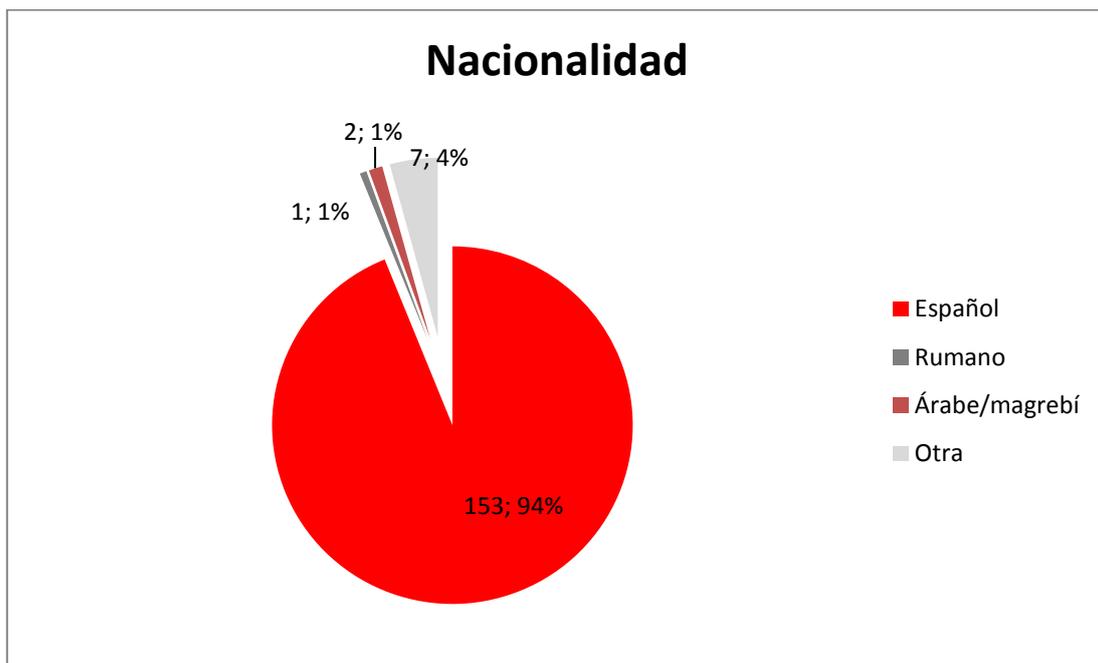


Gráfico 4. Estado civil.

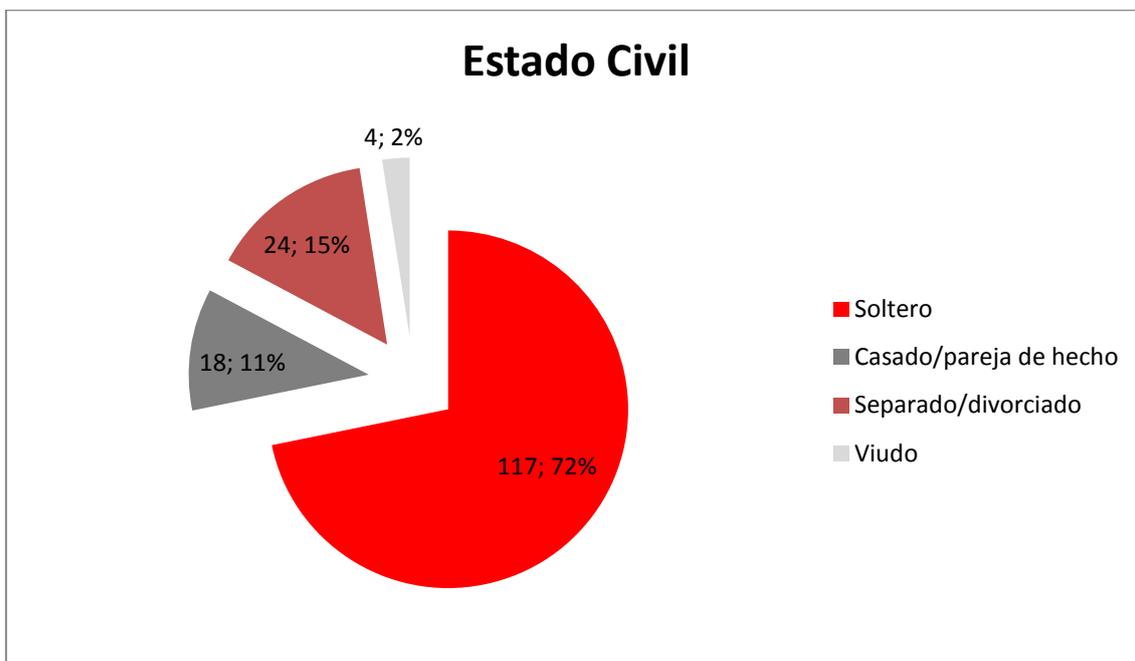


Gráfico 5. Nivel de estudios.

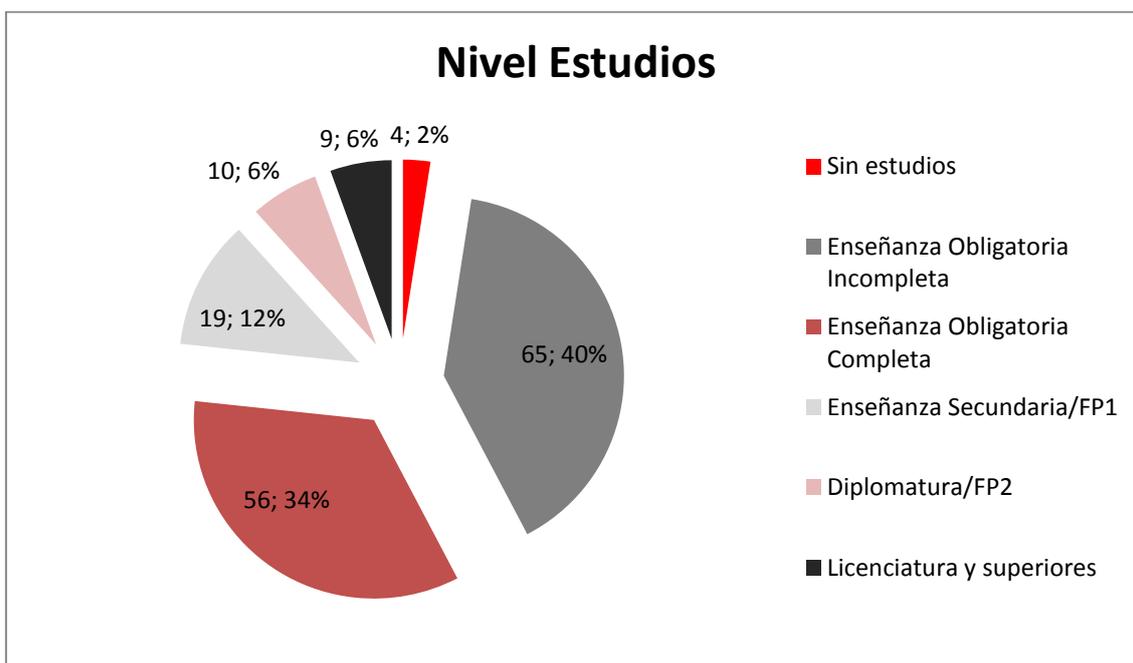


Gráfico 6. Situación laboral.

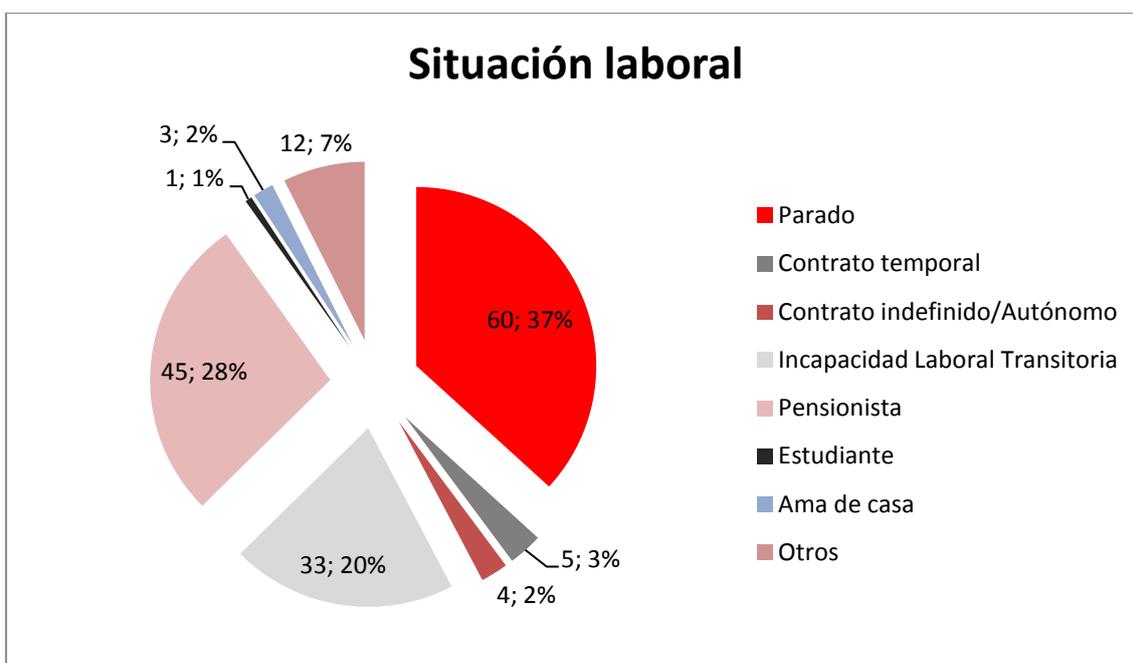
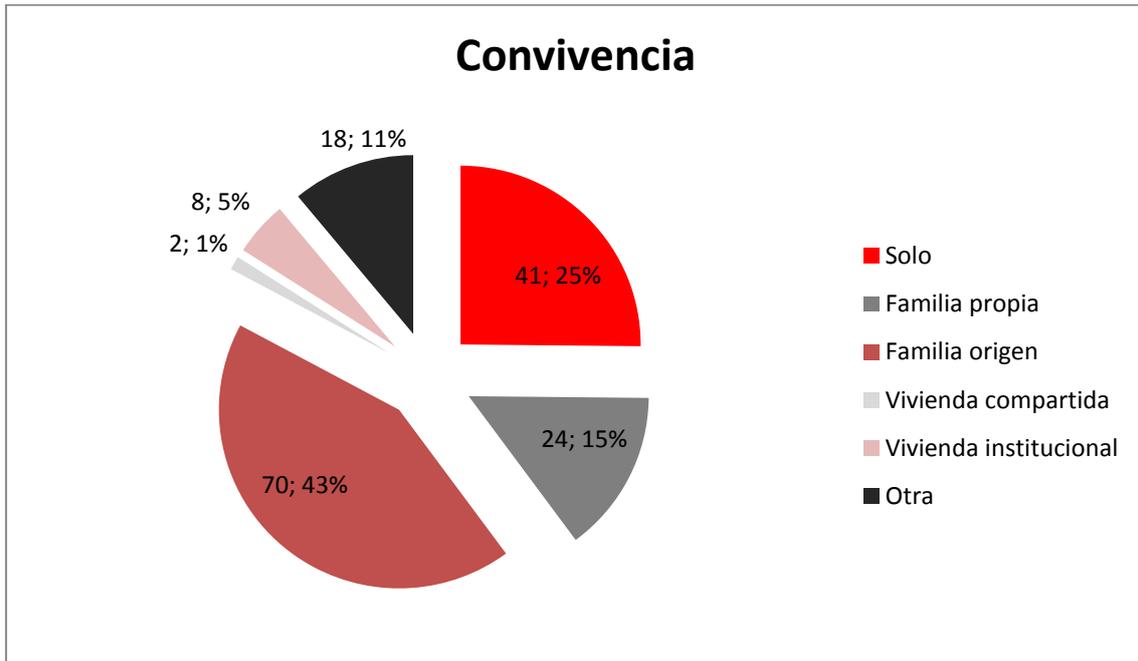


Gráfico 7. Convivencia.



En los gráficos 8 a 21 se pueden ver los descriptivos clínicos de la muestra total de sujetos que acabaron el estudio (N:163).

Gráfico 8. Dispositivo de derivación.

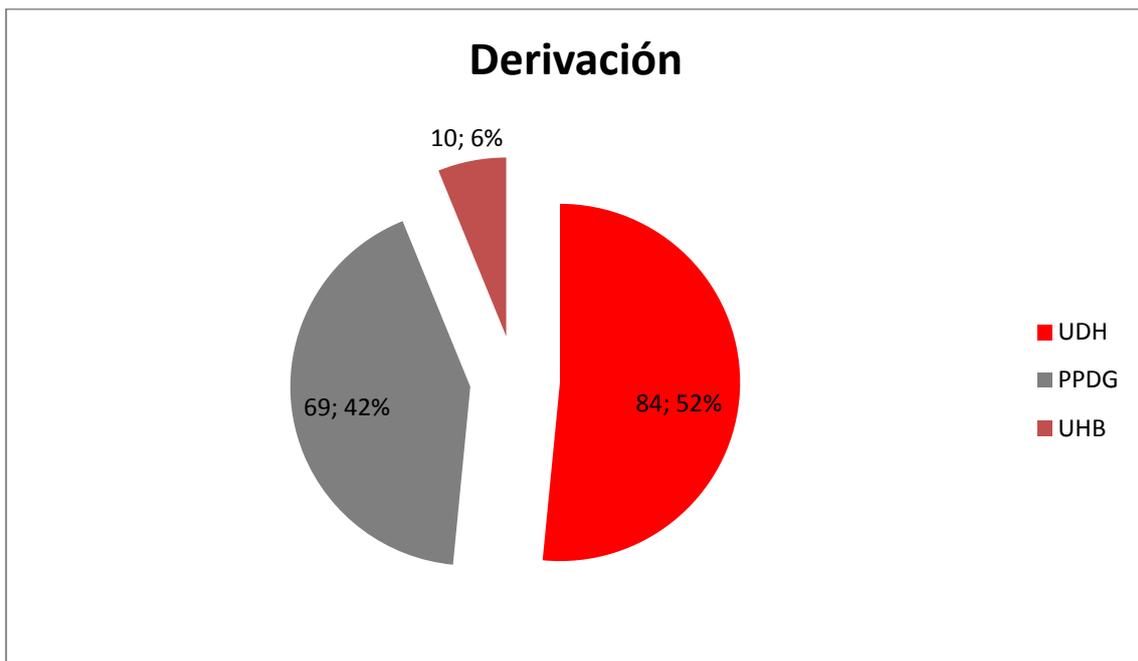


Gráfico 9. Número de días desde el ingreso hasta que se incorporan a la terapia.

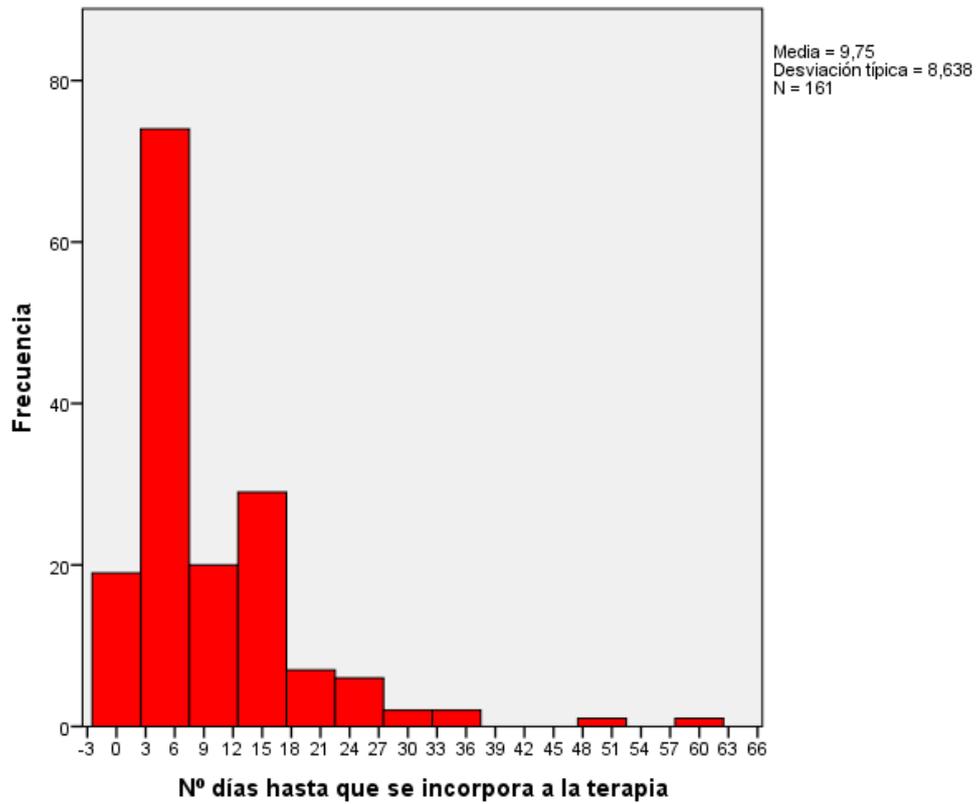


Gráfico 10. Total de sesiones a las que asisten.

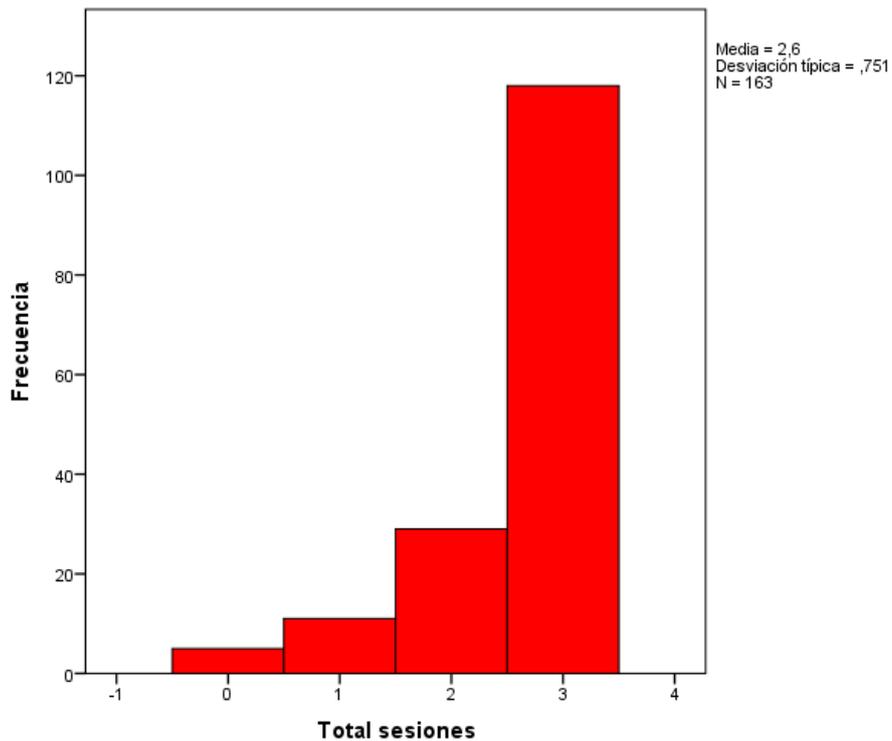


Gráfico 11. Diagnóstico al alta (diferente a dependencia de sustancias).

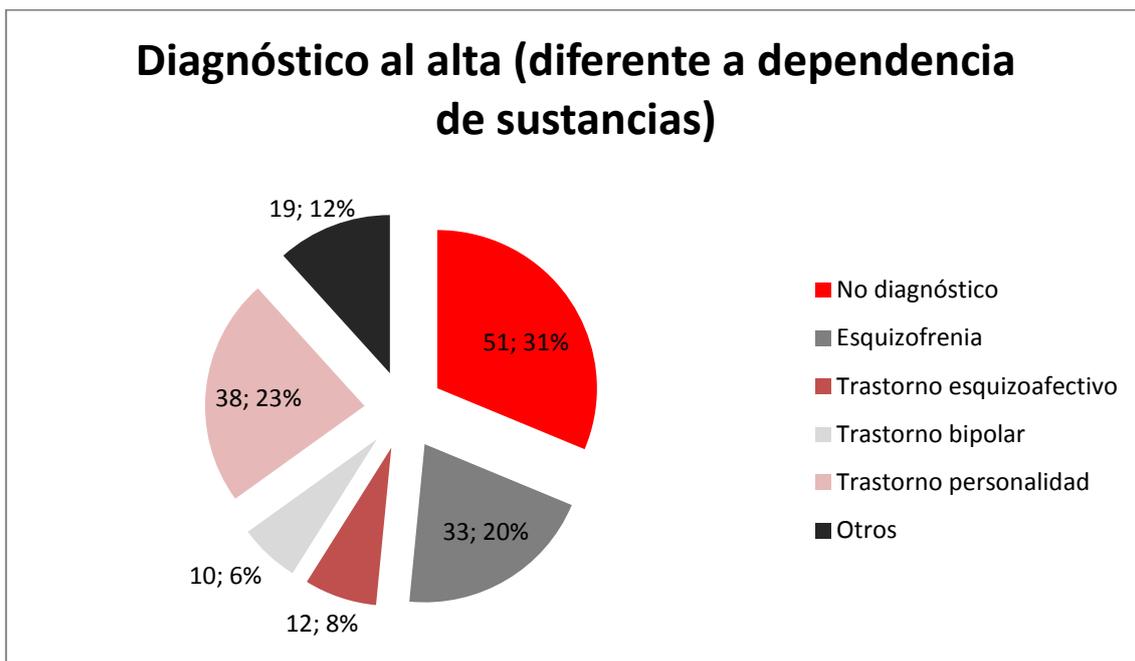


Gráfico 12. Tipo de pacientes.

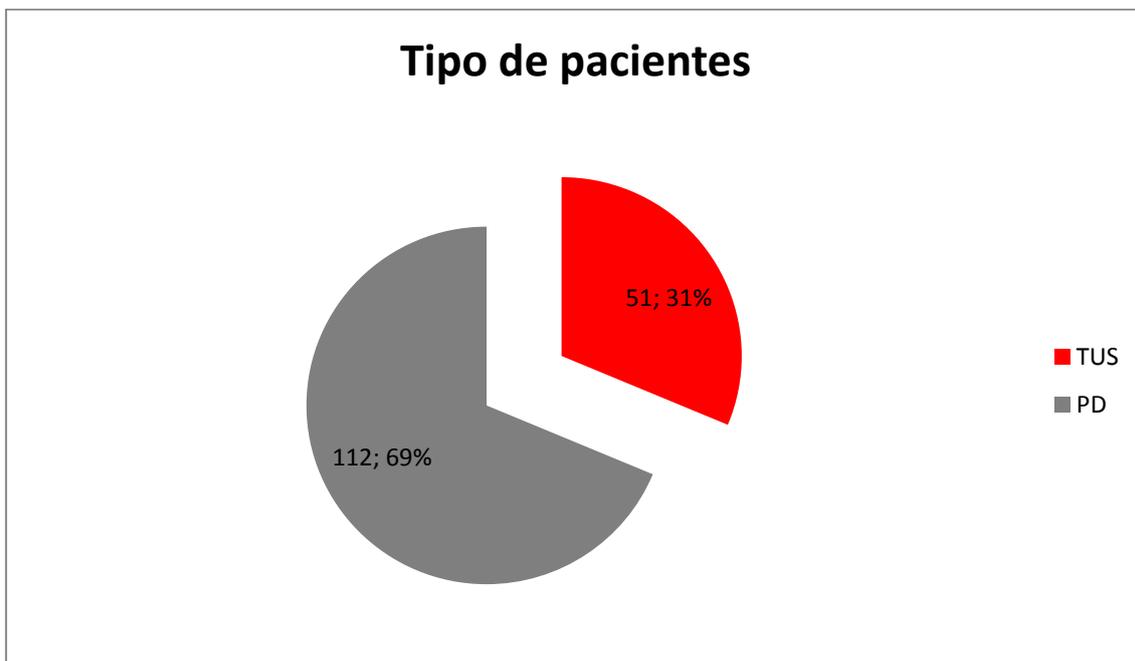


Gráfico 13. Dependencia de alcohol.

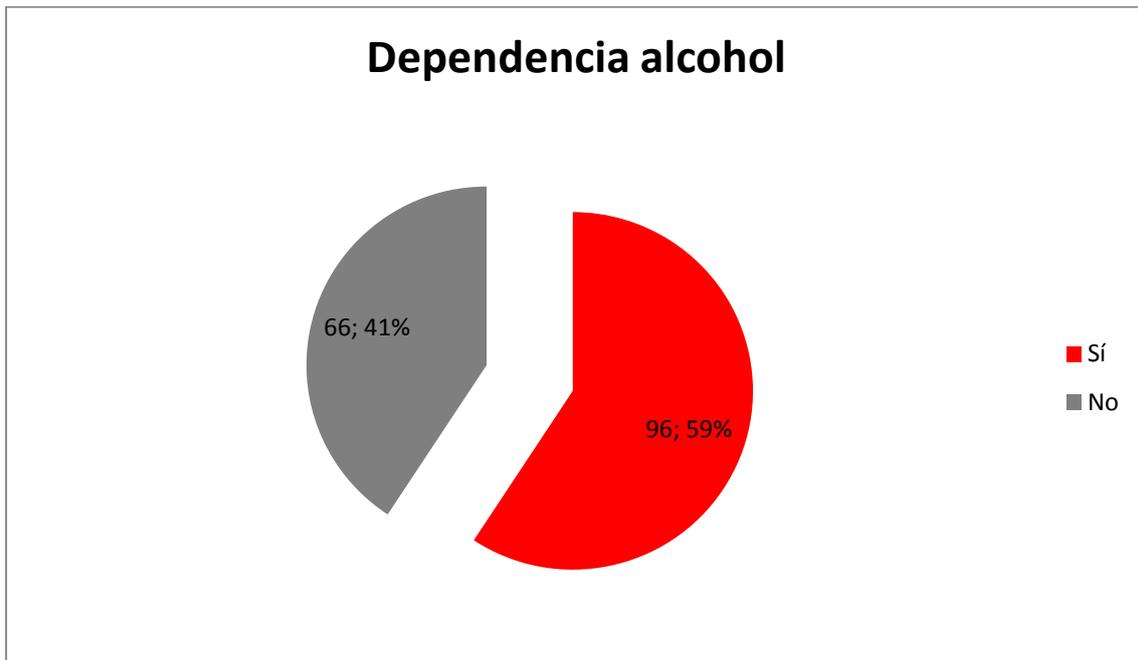


Gráfico 14. Dependencia de cocaína.

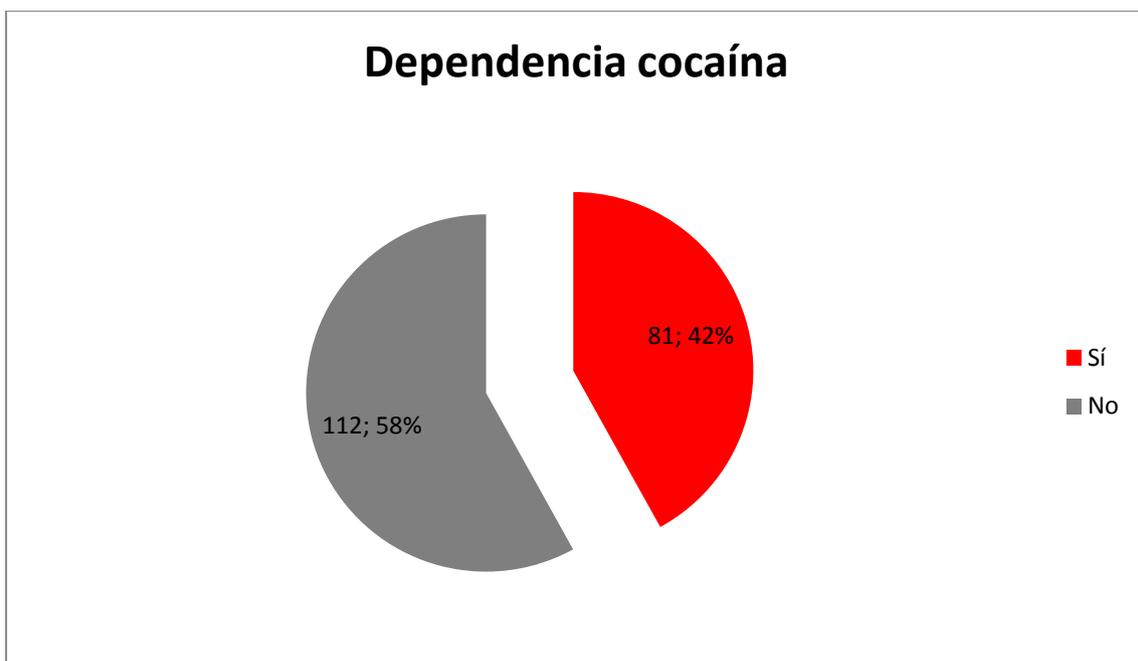


Gráfico 15. Dependencia de cannabis.

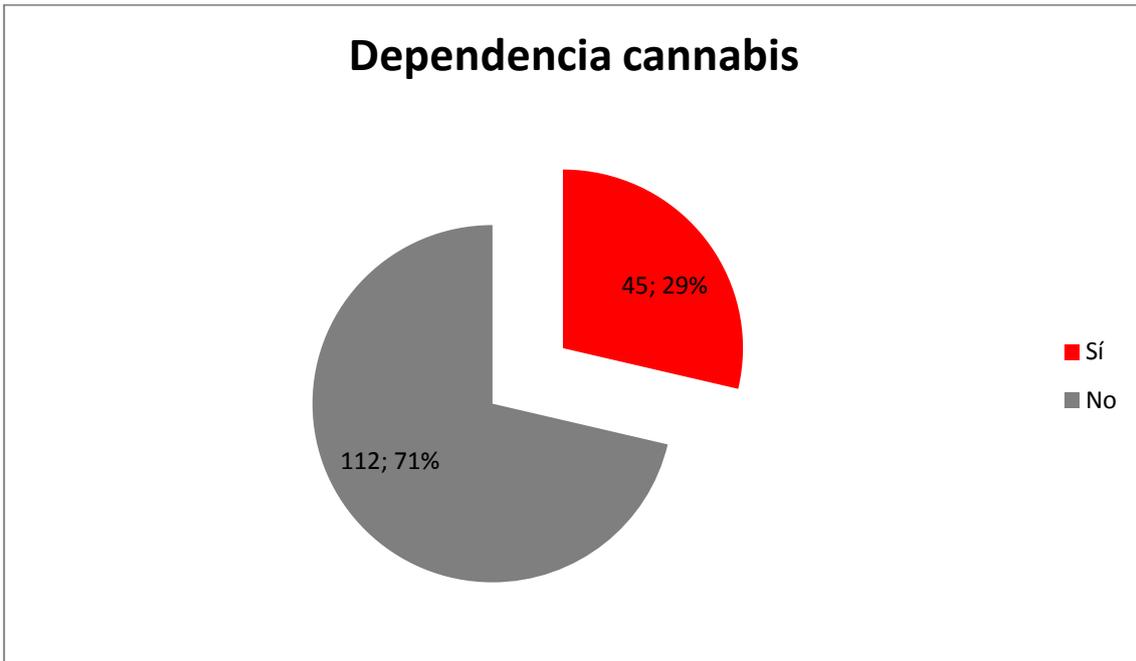


Gráfico 16. Dependencia de benzodiazepinas.

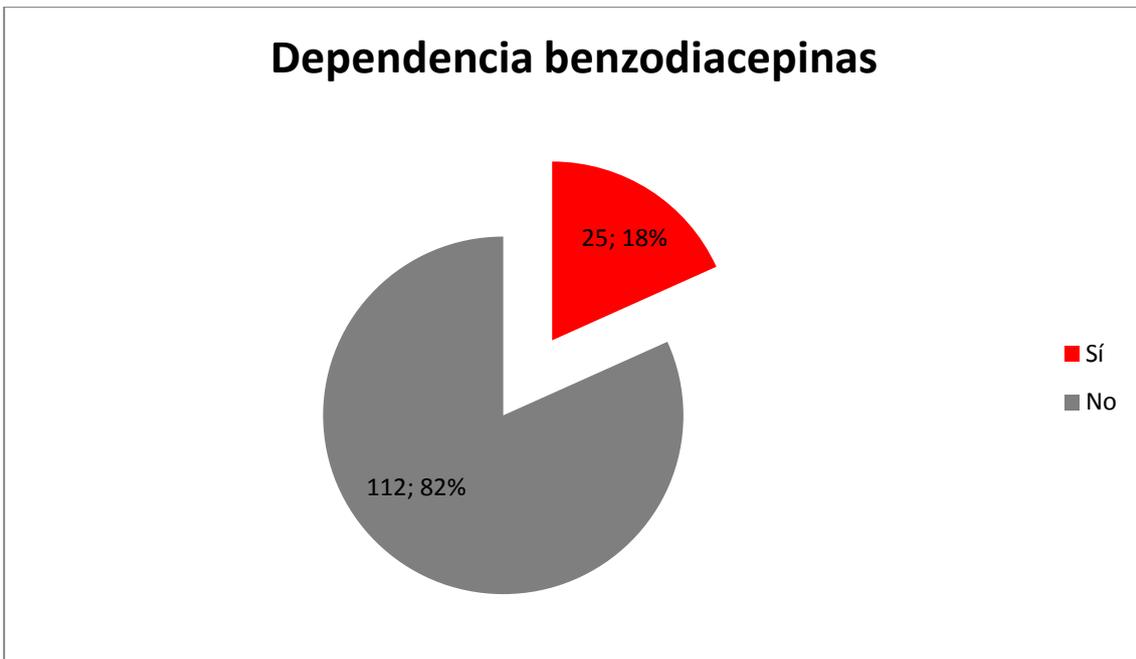


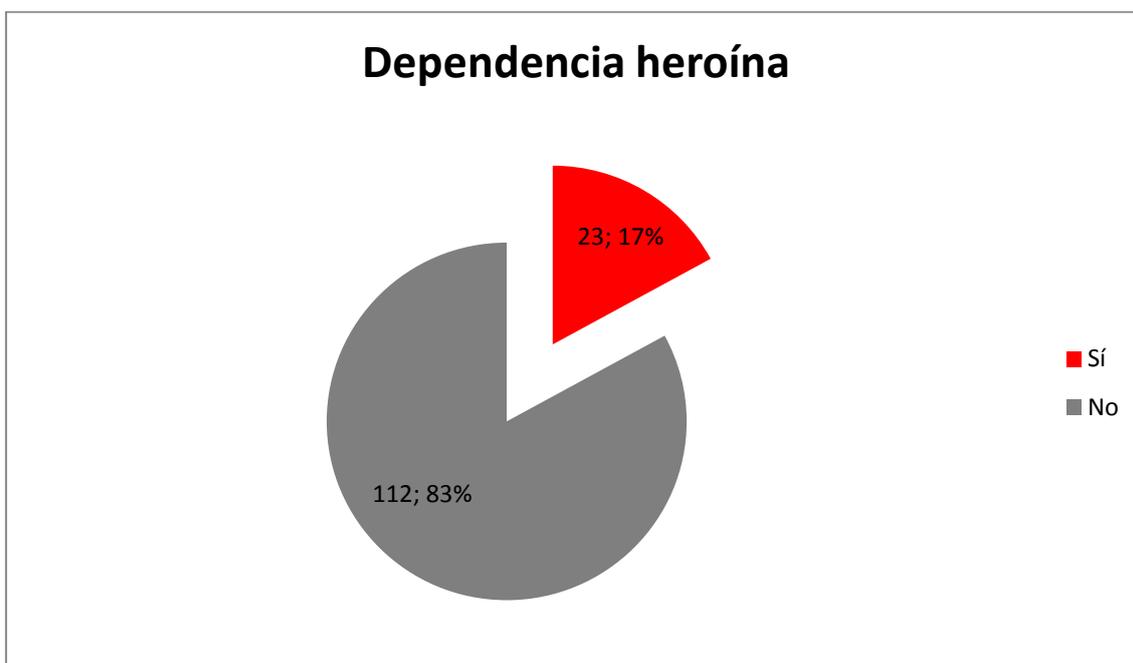
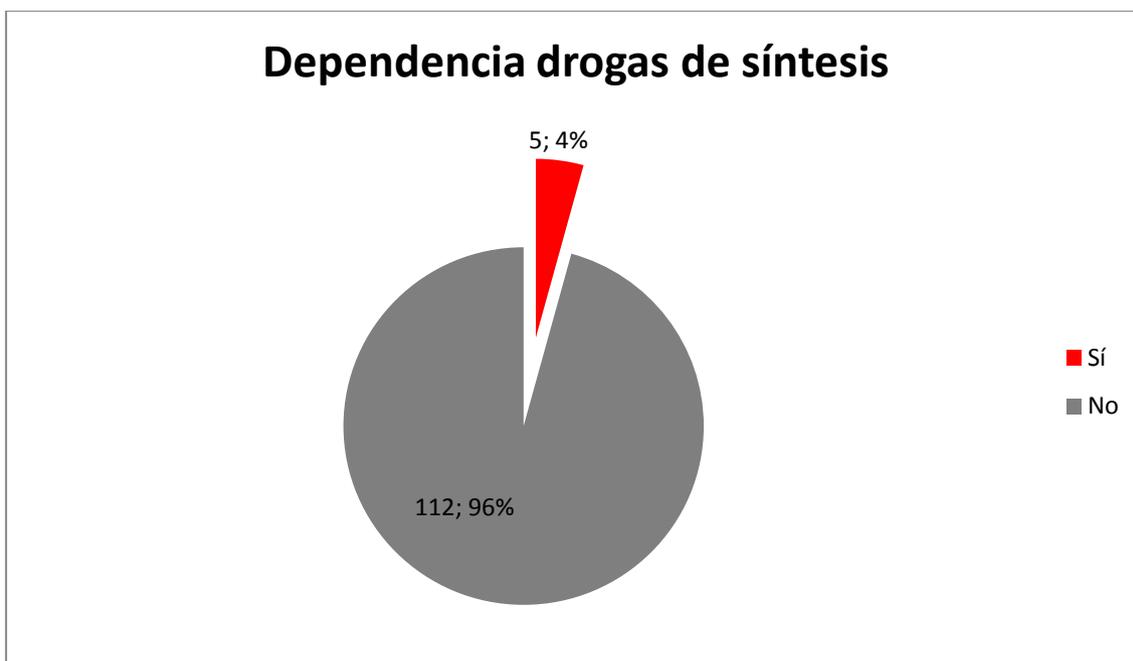
Gráfico 17. Dependencia de heroína.**Gráfico 18. Dependencia de drogas de síntesis.**

Gráfico 19. Dependencia de otras sustancias.



Gráfico 20. Principal sustancia de consumo.

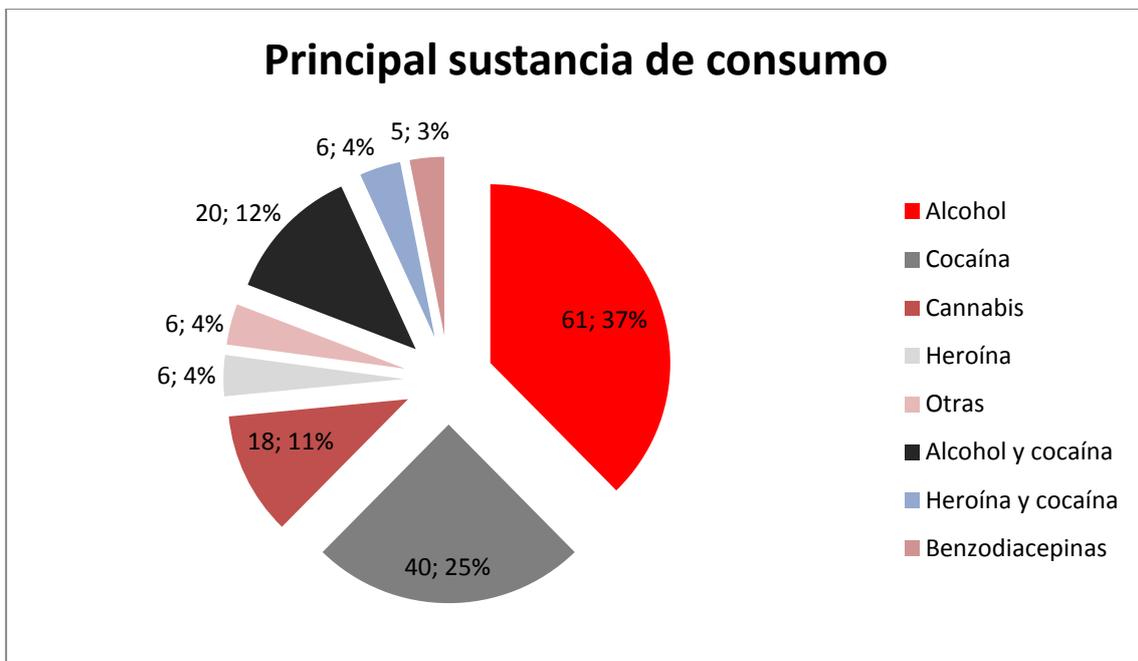
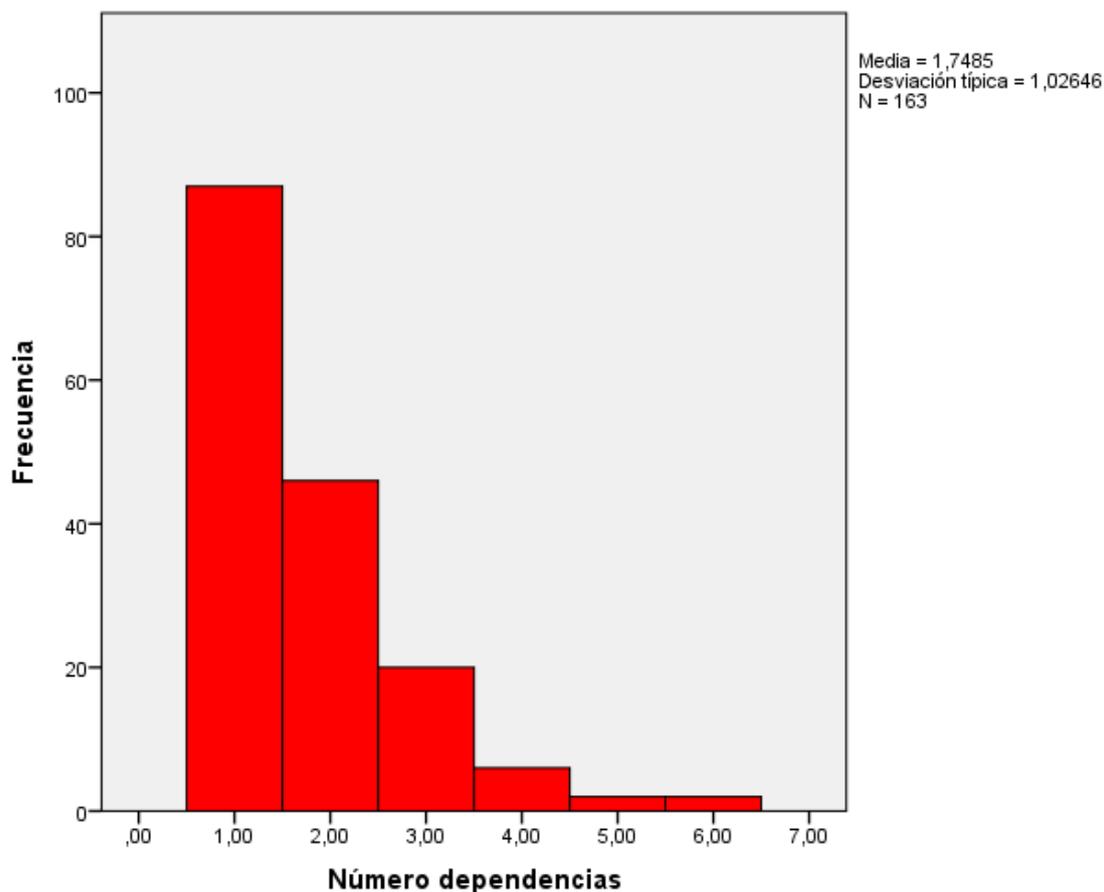


Gráfico 21. Número de dependencias.

5.5-DIFERENCIAS SEGÚN EL TIPO DE PACIENTES: TUS VERSUS PD

De los 199 sujetos que se reclutaron para el estudio, el 33,8% (n:67) presentaba TUS y el 66,2% (n:131) PD. De los 163 sujetos que acabaron el estudio, el 31,3% (n:51) de la muestra presentaba diagnóstico de TUS y el 68,7% (n:112) presentaba PD.

En los gráficos 22 a 28 se pueden ver las características sociodemográficas de ambos tipos de pacientes.

Gráfico 22. Sexo pacientes TUS y PD.

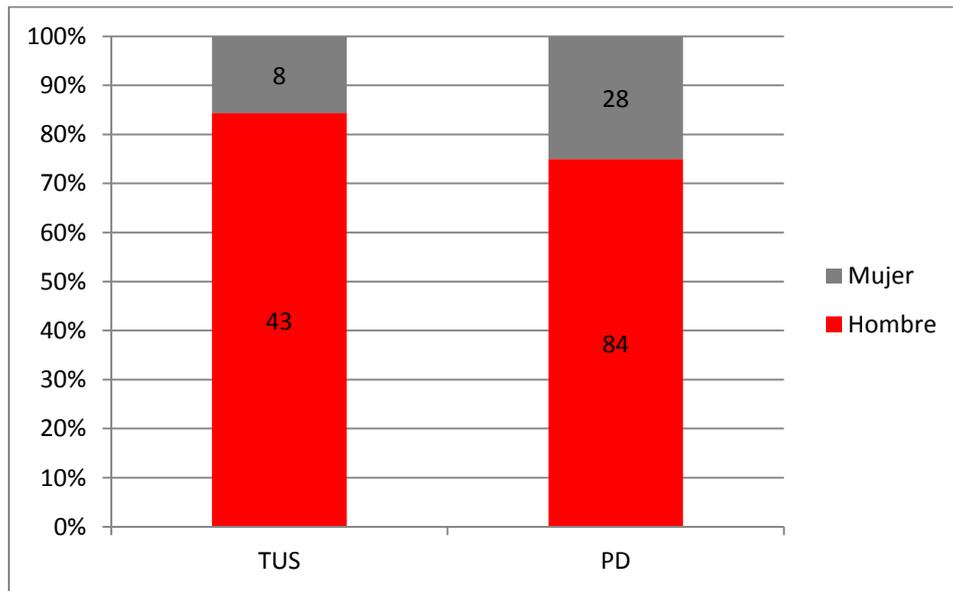


Gráfico 23. Edad pacientes TUS y PD.

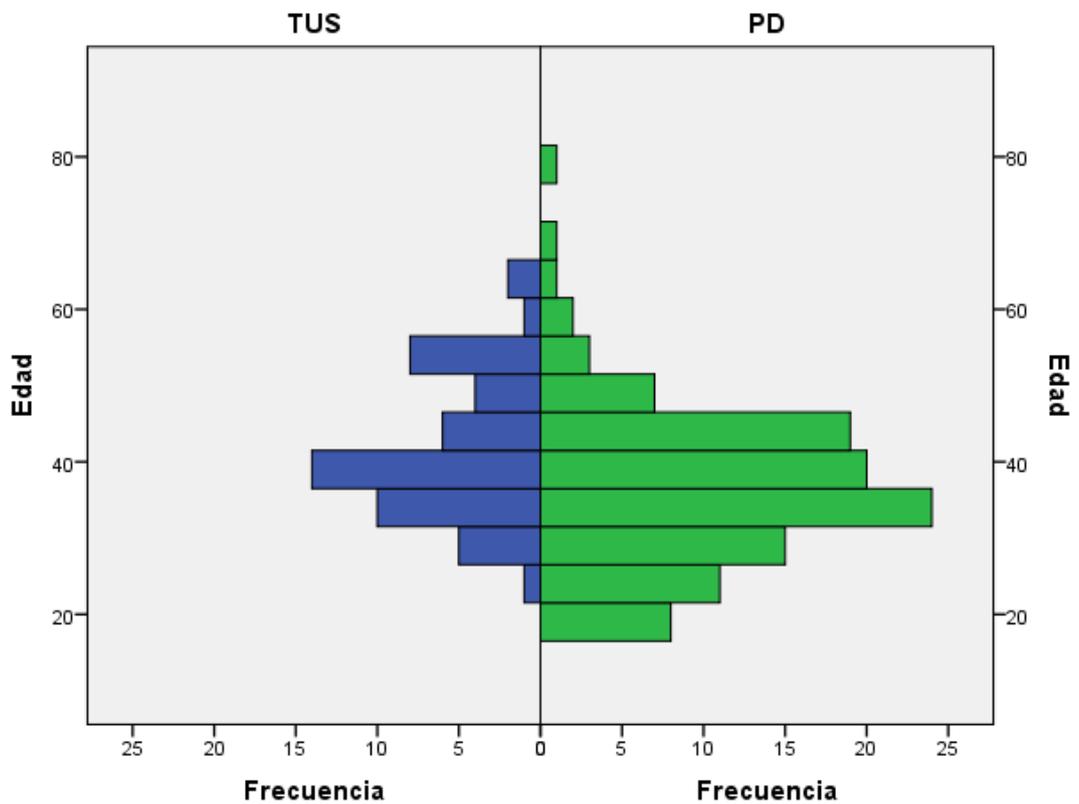


Gráfico 24. Nacionalidad pacientes TUS y PD.

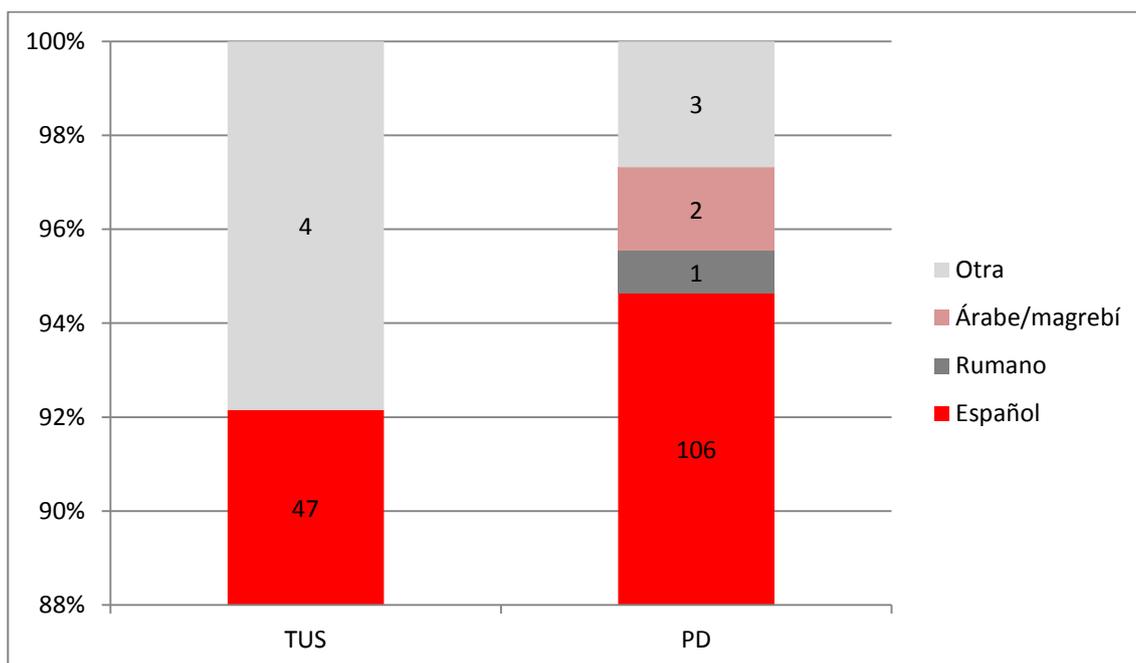


Gráfico 25. Estado civil pacientes TUS y PD.

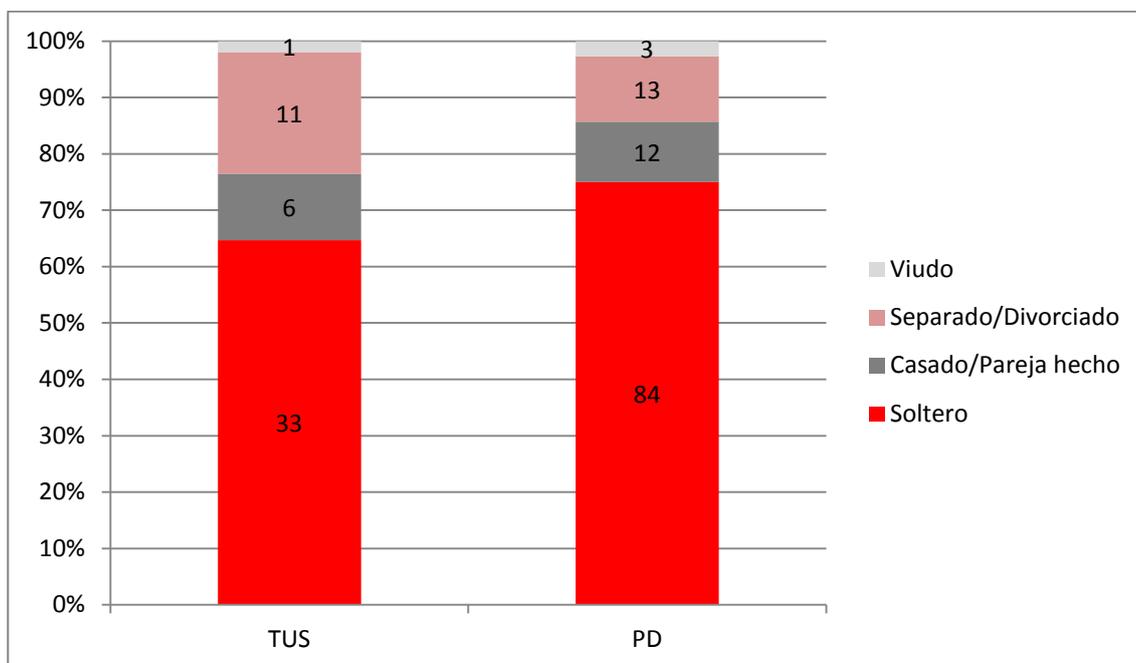


Gráfico 26. Nivel de estudios pacientes TUS y PD.

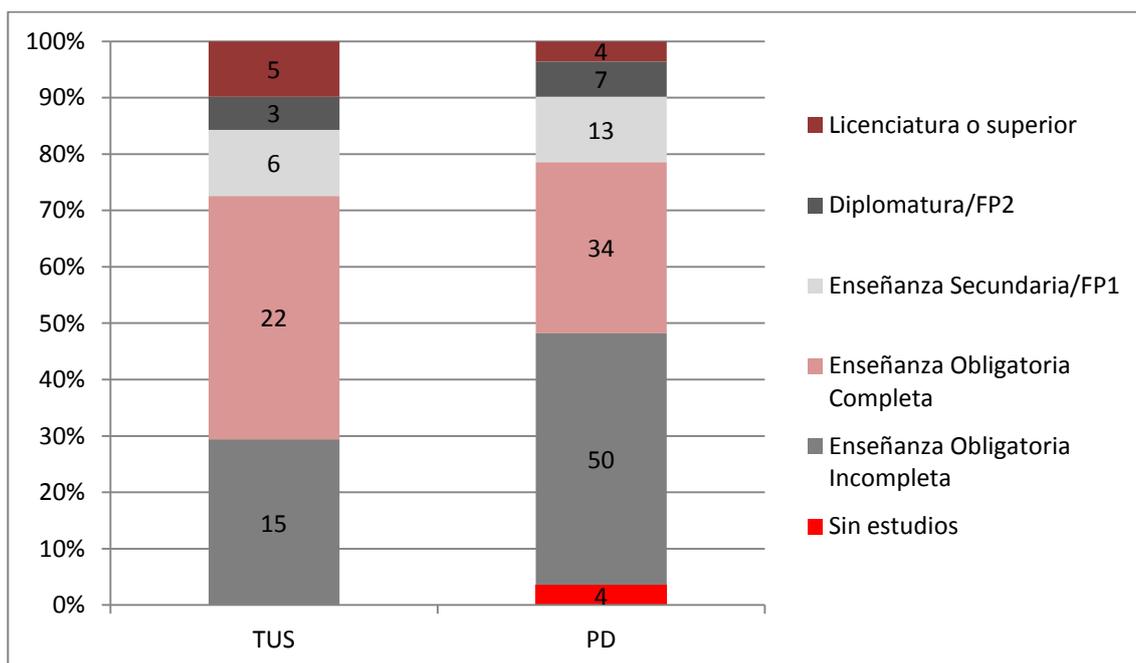


Gráfico 27. Situación laboral pacientes TUS y PD.

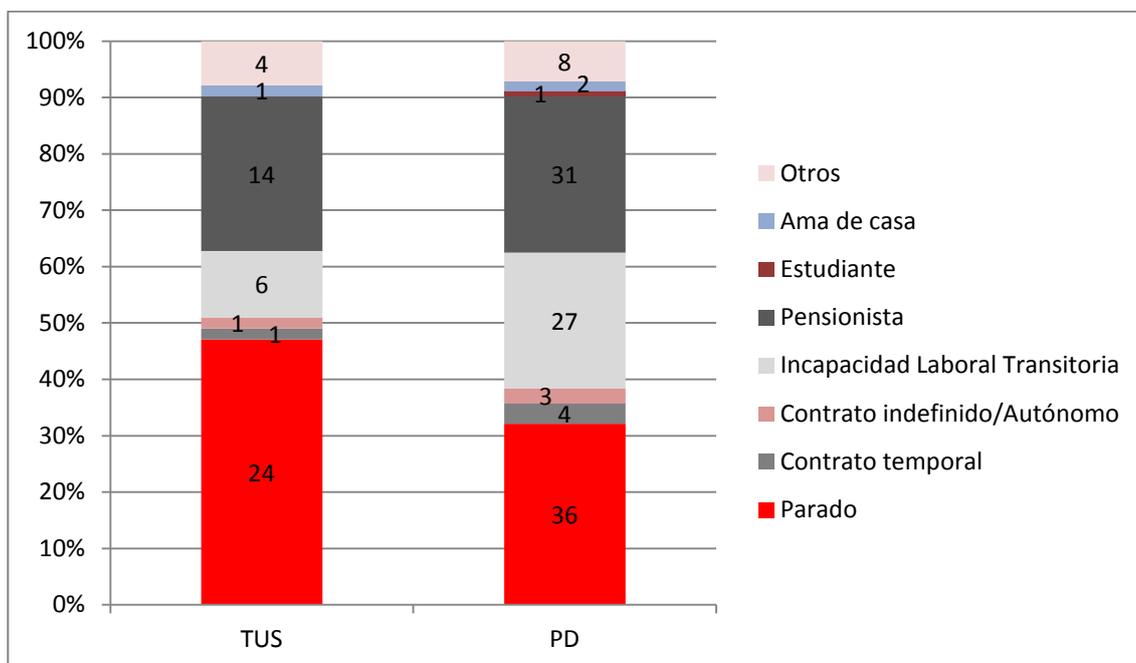
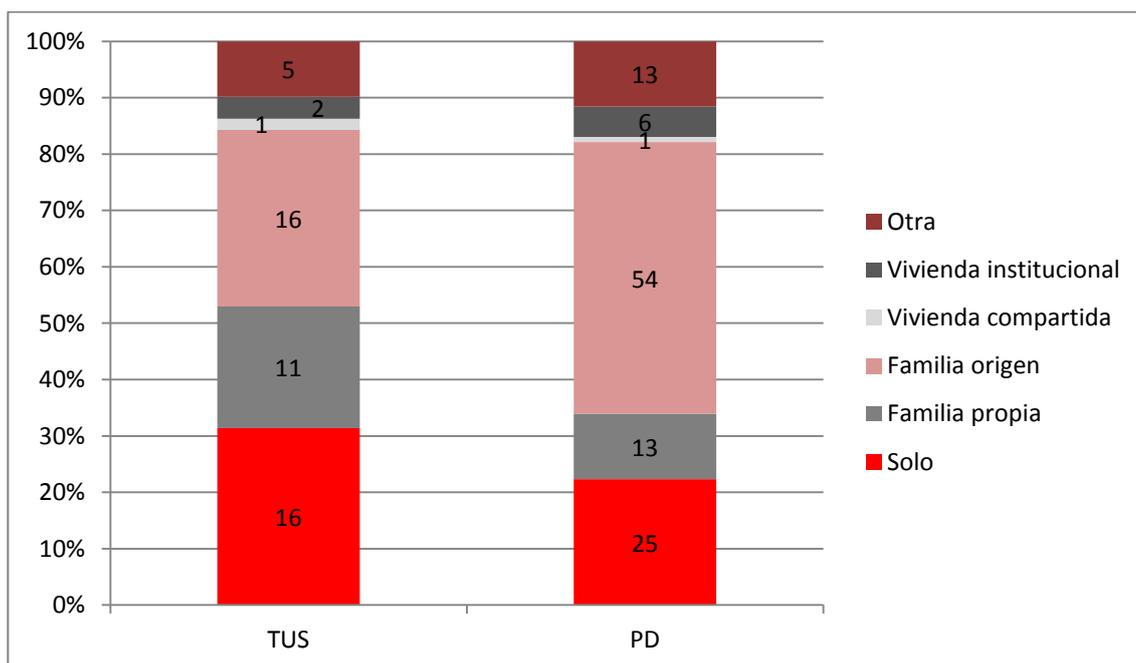


Gráfico 28. Convivencia pacientes TUS y PD.



En las tablas 11a y 11b se pueden observar estos datos resumidos y las comparaciones en estas variables de ambos grupos de pacientes.

Tabla 11a. Comparación en las variables sociodemográficas de los pacientes con TUS y con PD.

		Pacientes TUS (n: 51)	Pacientes PD (n: 112)	Comparaciones
Sexo	Hombre	84,3% (n:43)	75% (n:84)	$\chi^2=1,767$ p:0,184
	Mujer	15,7% (n:8)	25% (n:28)	
Edad	\bar{X}	41,82	36,87	t:2,837 p:0,005**
	DT	9,31	10,78	
Nacionalidad	Español	92,2% (n:47)	94,6% (n:106)	$\chi^2=3,566$ p (Monte Carlo):0,325
	Rumano	0% (n:0)	0,9% (n:1)	
	Árabe/magrebí	0% (n:0)	1,8% (n:2)	
	Otra	7,8% (n:4)	2,7% (n:3)	
Estado civil	Soltero	64,7% (n:33)	75% (n:84)	$\chi^2=2,988$ p (Monte Carlo):0,408
	Casado/Pareja de hecho	11,8% (n:6)	10,7% (n:12)	
	Separado/Divorciado	21,6% (n:11)	11,6% (n:13)	
	Viudo	2% (n:1)	2,7% (n:3)	

Tabla 11b. Comparación en las variables sociodemográficas de los pacientes con TUS y con PD.

		Pacientes TUS (n: 51)	Pacientes PD (n: 112)	Comparaciones
Nivel de estudios	Sin estudios	0% (n:0)	3,6% (n:4)	$\chi^2=8$ p (Monte Carlo):0,151
	Enseñanza Obligatoria Incompleta	29,4% (n:15)	44,6% (n:50)	
	Enseñanza Obligatoria Completa	43,1% (n:22)	30,4% (n:34)	
	Enseñanza Secundaria/FP1 o equivalente	11,8% (n:6)	11,6% (n:13)	
	Enseñanza Universitaria Ciclo Corto/FP2 o equivalente	5,9% (n:3)	6,3% (n:7)	
	Enseñanza Universitaria Ciclo largo y superiores	9,8% (n:5)	3,6% (n:4)	
Situación laboral	Parado	47,1% (n:24)	32,1% (n:36)	$\chi^2=5,610$ p (Monte Carlo):0,619
	Contrato temporal	2% (n:1)	3,6% (n:4)	
	Contrato indefinido/Autónomo	2% (n:1)	2,7% (n:3)	
	ILT (incapacidad laboral transitoria)	11,8% (n:6)	24,1% (n:27)	
	Pensionista	27,5% (n:14)	27,7% (n:31)	
	Estudiante	0% (n:0)	0,9% (n:1)	
	Ama de casa	2% (n:1)	1,8% (n:2)	
	Otros	7,8% (n:4)	7,1% (n:8)	
Convivencia	Solo	31,4% (n:16)	22,3% (n:25)	$\chi^2=6,394$ p (Monte Carlo):0,274
	Familia propia	21,6% (n:11)	11,6% (n:13)	
	Familia origen	31,4% (n:16)	48,2% (n:54)	
	Vivienda compartida	2% (n:1)	0,9% (n:1)	
	Vivienda institucional	3,9% (n:2)	5,4% (n:6)	
	Otra	9,8% (n:5)	11,6% (n:13)	

En los gráficos 29 a 42 se pueden ver las características clínicas de ambos tipos de pacientes.

Gráfico 29. Grupo de tratamiento.

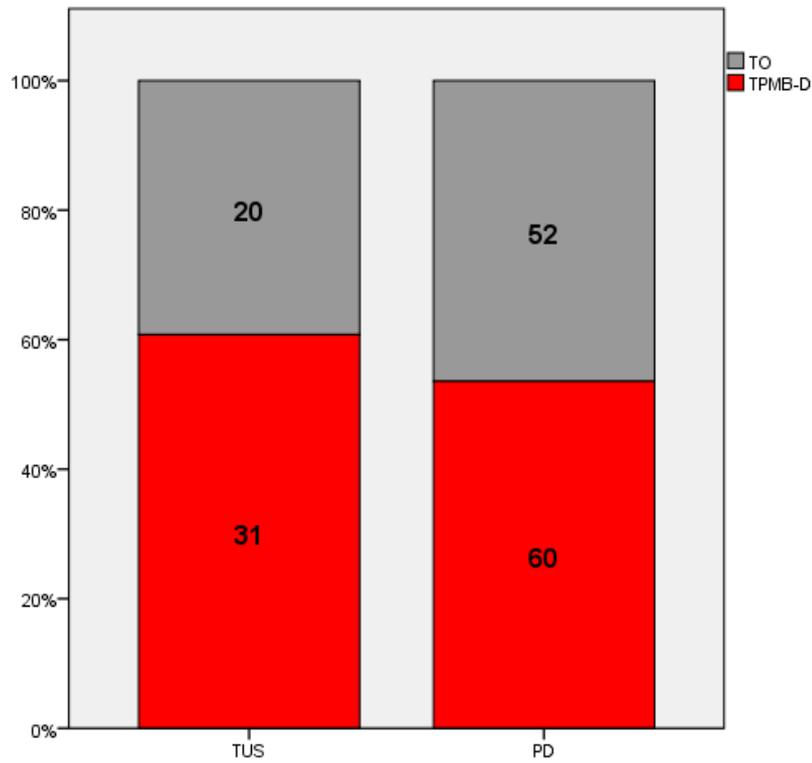


Gráfico 30. Dispositivo de derivación.

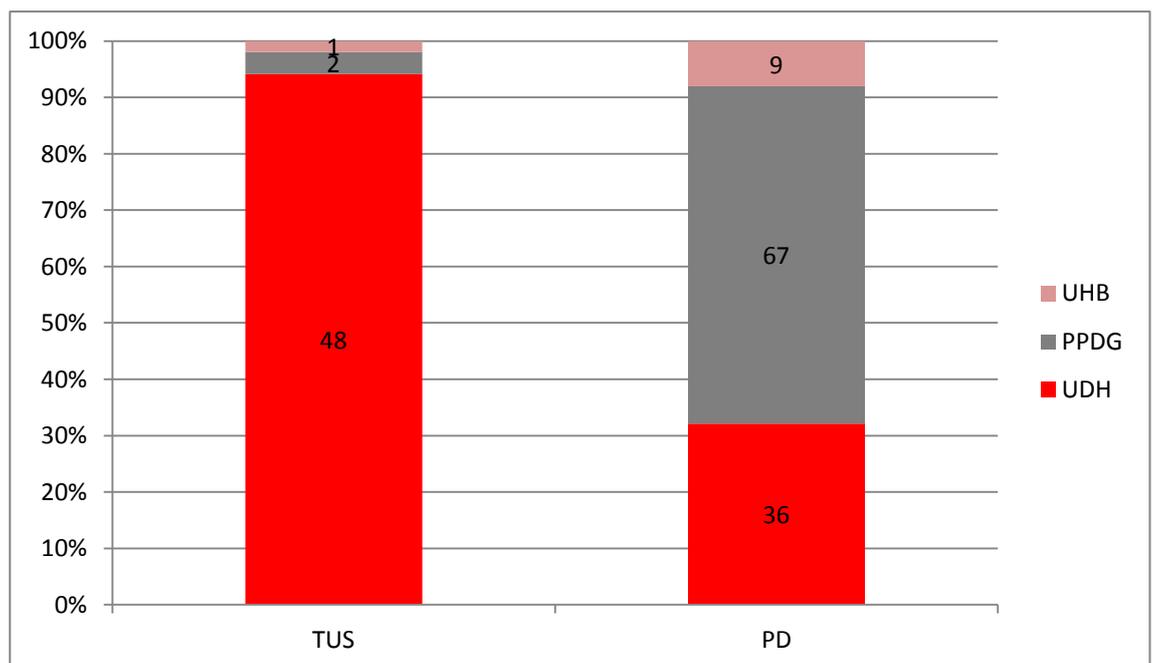


Gráfico 31. Número de días desde el ingreso a la incorporación a la terapia.

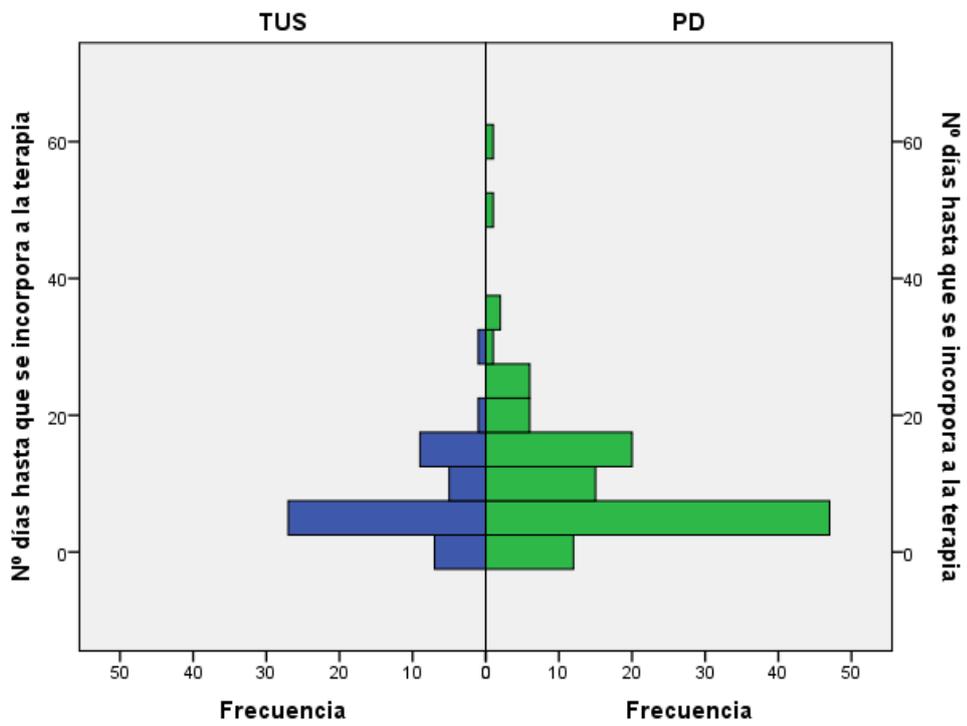


Gráfico 32. Total de sesiones a las que asisten.

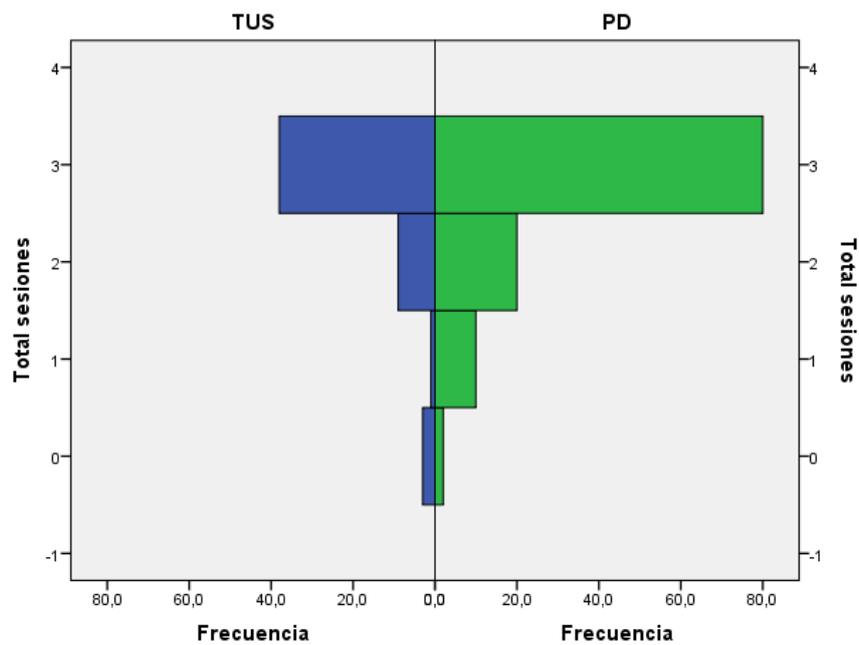


Gráfico 33. Diagnóstico de alta (diferente a dependencia de sustancias).

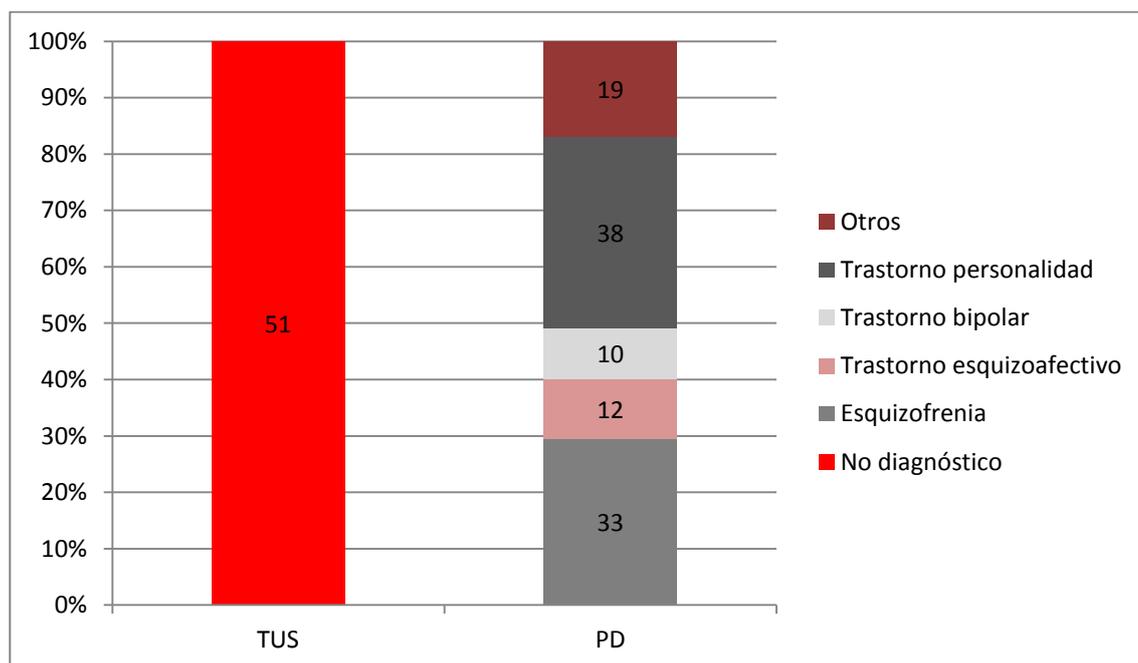


Gráfico 34. Dependencia de alcohol.

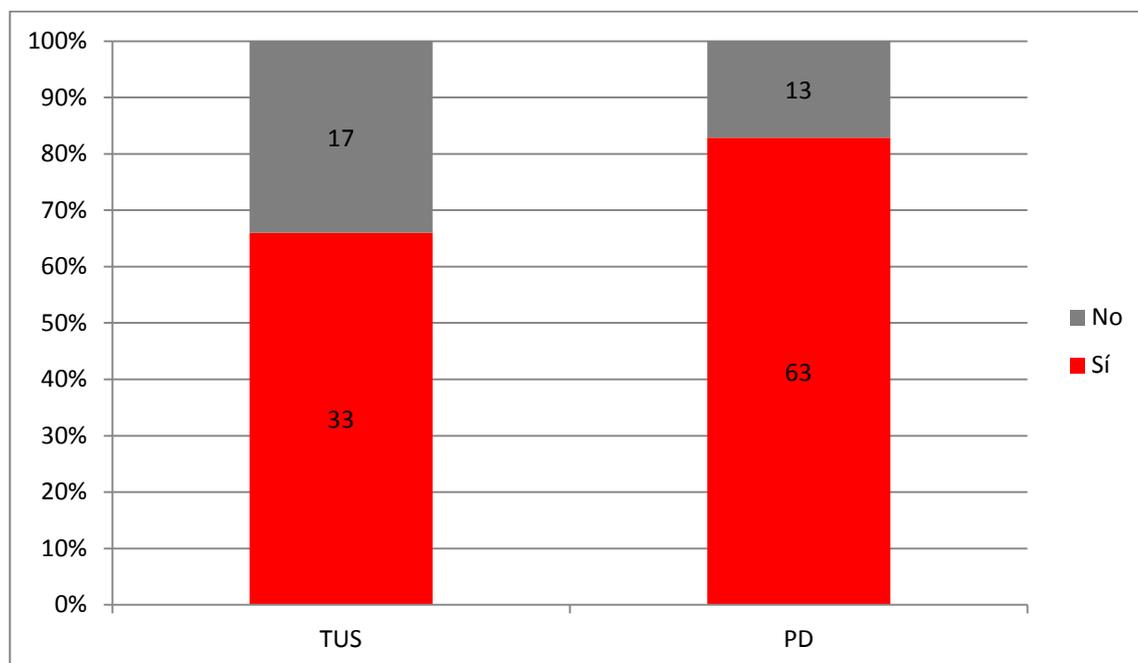


Gráfico 35. Dependencia de cocaína.

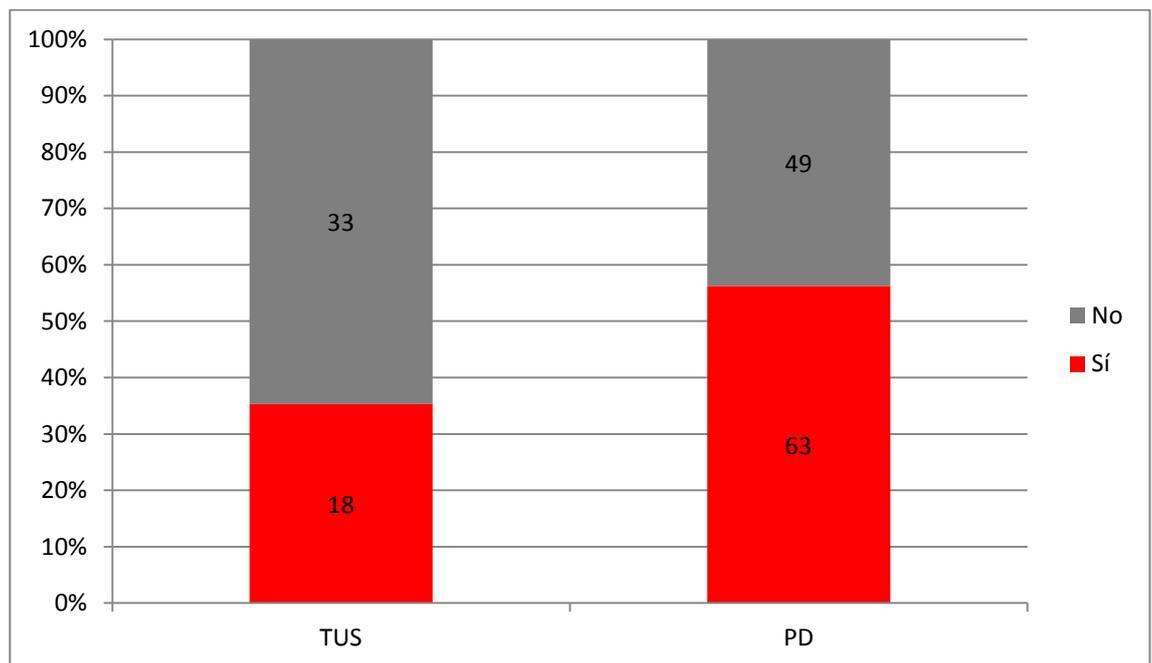


Gráfico 36. Dependencia cannabis.

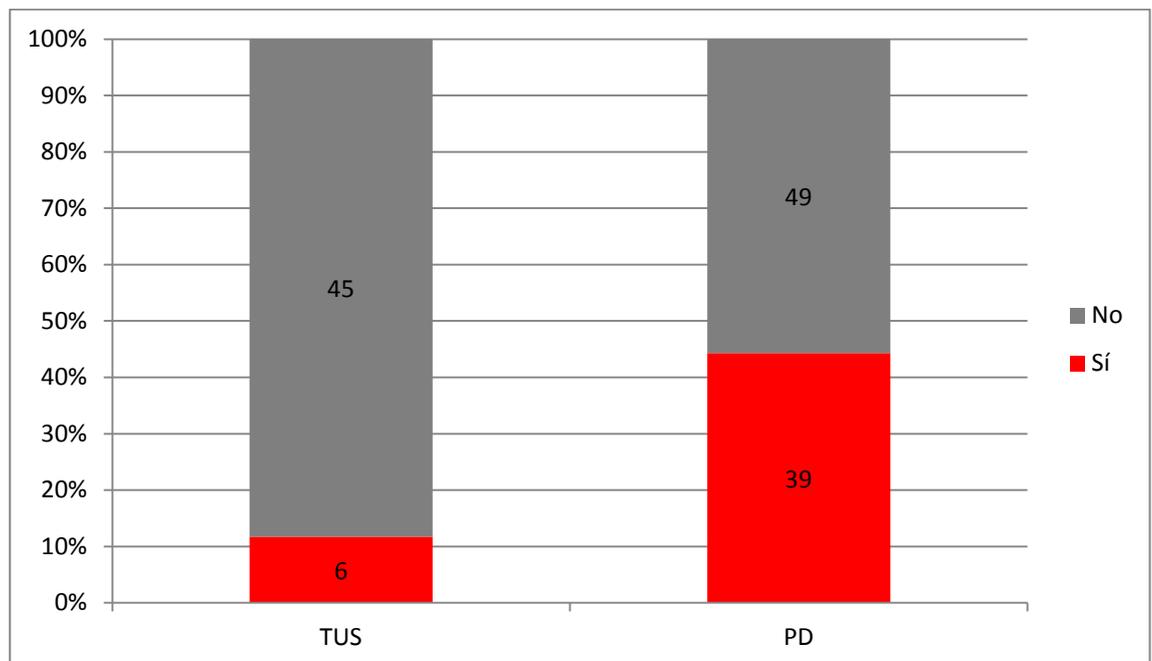


Gráfico 37. Dependencia de drogas de síntesis.

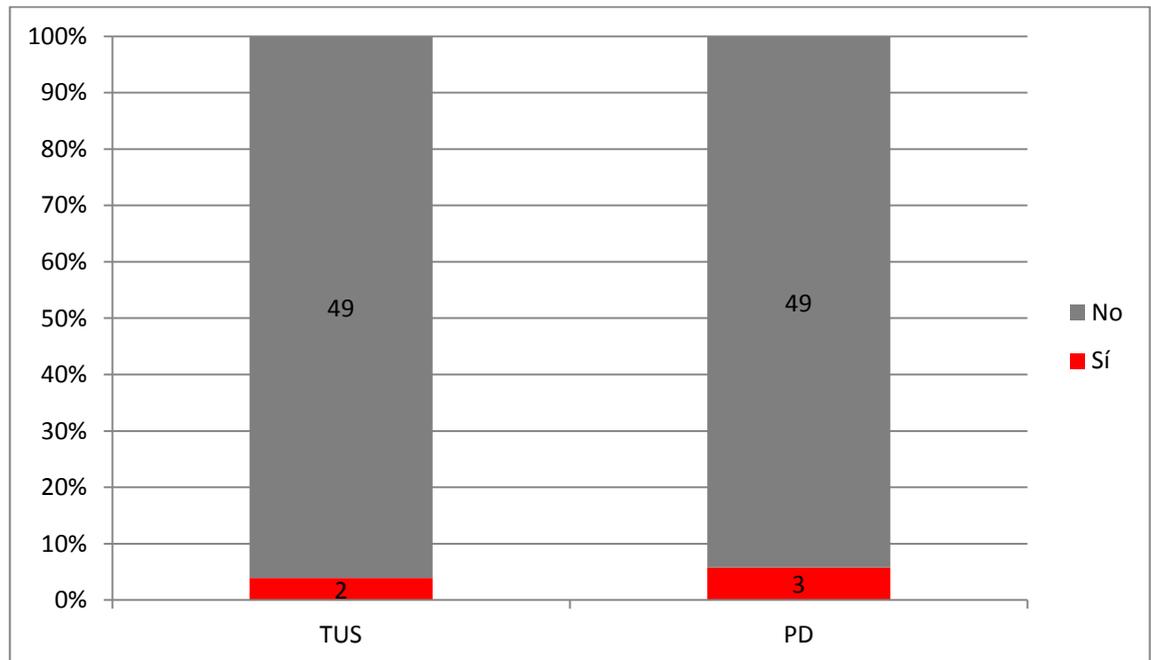


Gráfico 38. Dependencia de benzodiazepinas.

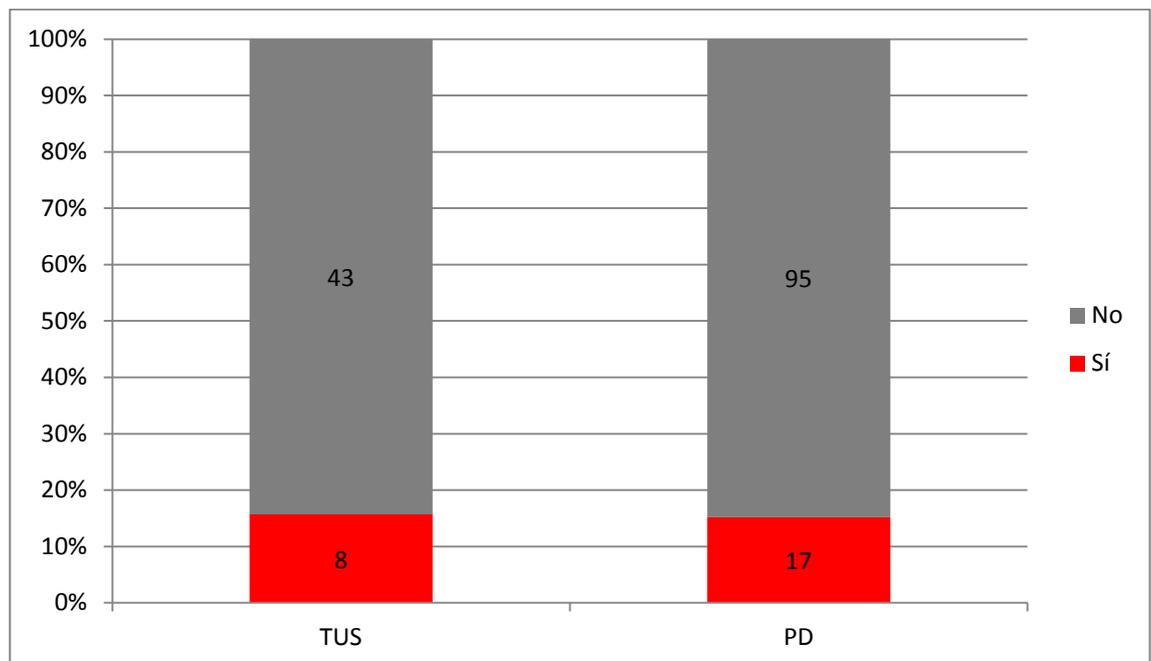


Gráfico 39. Dependencia de heroína.

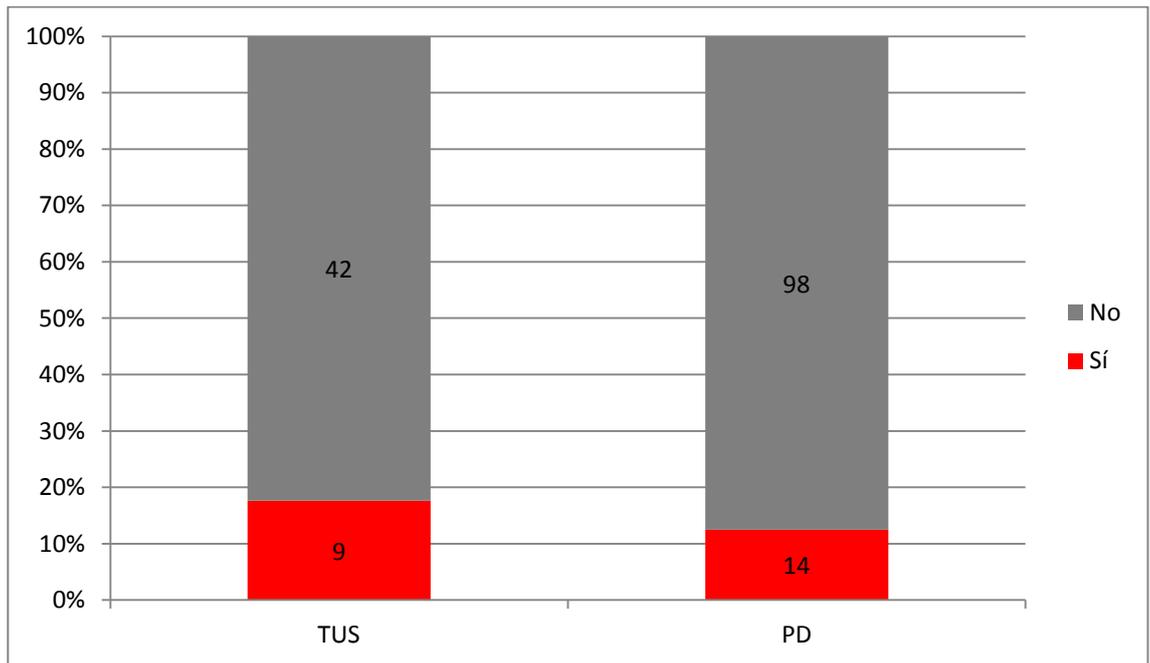


Gráfico 40. Dependencia de otras sustancias.

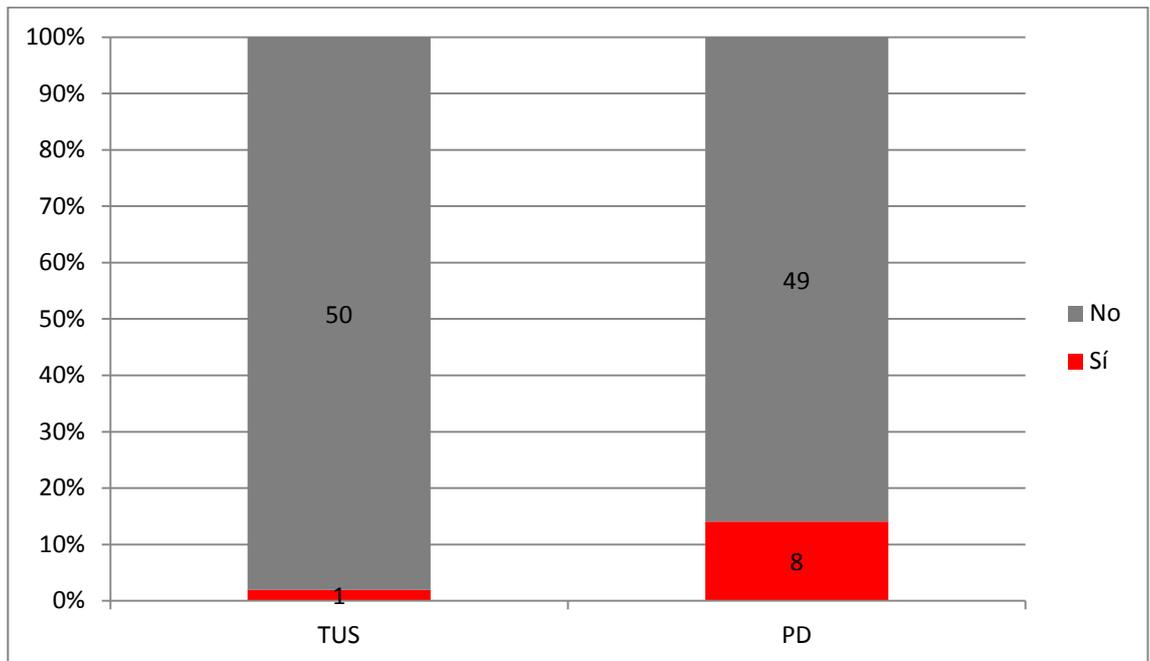


Gráfico 41. Principal sustancia de consumo.

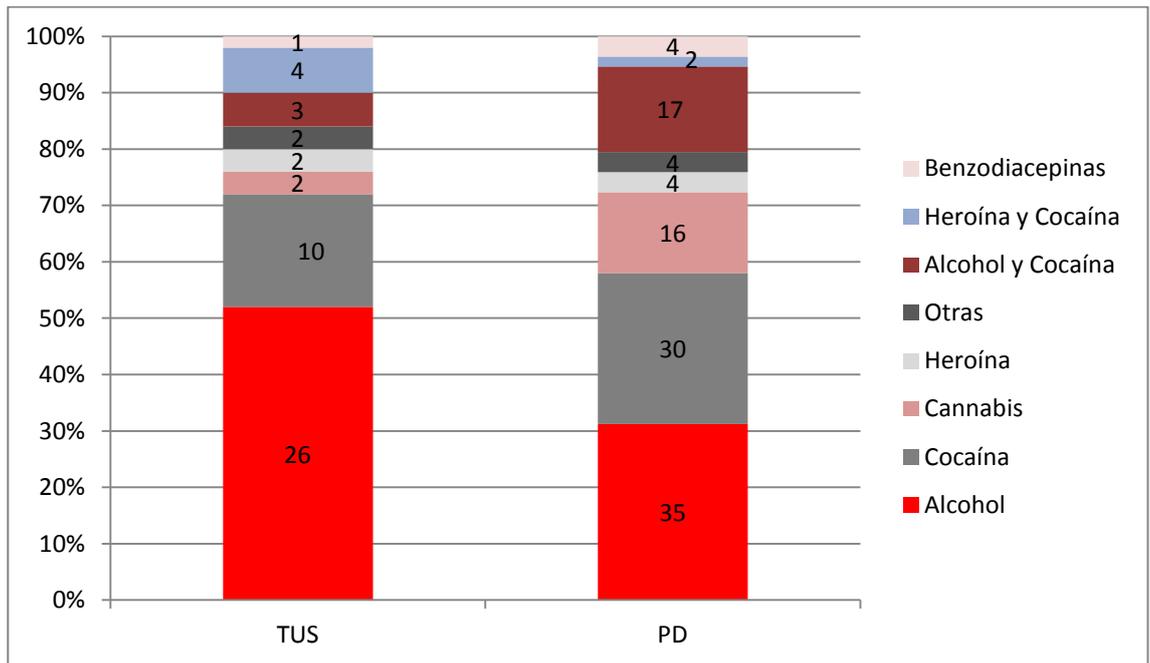
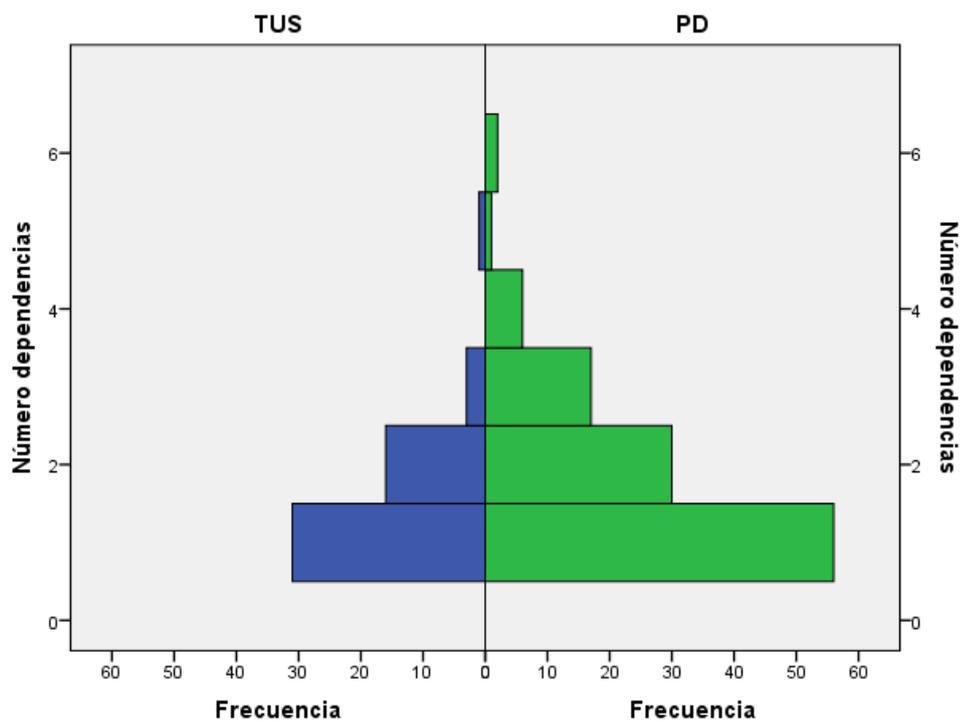


Gráfico 42. Número de dependencias.



En las tablas 12a y 12b se pueden ver resumidos estos descriptivos clínicos y las comparaciones en ellos entre ambos grupos de pacientes.

Tabla 12a. Comparación en las variables clínicas de los pacientes con TUS y con PD.

		Pacientes TUS (n: 51)	Pacientes PD (n: 112)	Comparaciones
Grupo de tratamiento	TPMB-D	60,8% (n:31)	53,6% (n:60)	$\chi^2=0,739$ p:0,390
	TO	39,2% (n:20)	46,4% (n:52)	
Derivación	UDH	94,1% (n:48)	32,1% (n:36)	$\chi^2=54,094$ p<0,001** TUS más derivados de UDH y PD más de PPDG
	PPDG	3,9% (n:2)	59,8% (n:67)	
	UHB	2% (n:1)	8% (n:9)	
Nº días desde ingreso a incorporación terapia	\bar{X}	7,78	10,64	t:2,341 p:0,021*
	DT	5,797	9,539	
Total sesiones a las que asiste	\bar{X}	2,61	2,59	t:0,146 p:0,884
	DT	0,802	0,730	
Diagnóstico de alta (diferente a dependencia de sustancias)	No diagnóstico	100% (n:51)	0% (n:0)	$\chi^2=163$ p<0,001** TUS no presentan diagnóstico
	Esquizofrenia	0% (n:0)	29,5% (n:33)	
	Trastorno esquizoafectivo	0% (n:0)	10,7% (n:12)	
	Trastorno bipolar	0% (n:0)	8,9% (n:10)	
	Trastorno personalidad	0% (n:0)	33,9% (n:38)	
	Otros	0% (n:0)	17% (n:19)	

Tabla 12b. Comparación en las variables clínicas de los pacientes con TUS y con PD.

		Pacientes TUS (n: 51)	Pacientes PD (n: 112)	Comparaciones
Dependencia alcohol	Sí	64,7% (n:33)	56,3% (n:63)	$\chi^2=1,361$ p:0,243
	No	33,3% (n:17)	43,8% (n:49)	
Dependencia cocaína	Sí	35,3% (n:18)	56,3% (n:63)	$\chi^2=6,156$ p:0,013* Más frecuente en PD
	No	64,7% (n:33)	43,8% (n:49)	
Dependencia THC	Sí	11,8% (n:6)	34,8% (n:39)	$\chi^2=9,321$ p:0,002** Más frecuente en PD
	No	88,2% (n:45)	65,2% (n:73)	
Dependencia drogas de síntesis	Sí	3,9% (n:2)	2,7% (n:3)	$\chi^2=0,182$ p:0,670
	No	96,1% (n:49)	97,3% (n:109)	
Dependencia benzodiazepinas	Sí	15,7% (n:8)	15,2% (n:17)	$\chi^2=0,007$ p:0,934
	No	84,3% (n:43)	84,8% (n:95)	
Dependencia heroína	Sí	17,6% (n:9)	12,5% (n:14)	$\chi^2=0,766$ p:0,381
	No	82,4% (n:42)	87,5% (n:98)	
Dependencia otras sustancias	Sí	2% (n:1)	7,1% (n:8)	$\chi^2=1,804$ p:0,179
	No	98% (n:50)	92,9% (n:104)	
Principal sustancia de consumo	Alcohol	51% (n:26)	31,3% (n:35)	$\chi^2=14,163$ p (Monte Carlo):0,043* Alcohol más frecuente en TUS
	Cocaína	19,6% (n:10)	26,8% (n:30)	
	THC	3,9% (n:2)	14,3% (n:16)	
	Heroína	3,9% (n:2)	3,6% (n:4)	
	Otras	3,9% (n:2)	3,6% (n:4)	
	Alcohol y Cocaína	5,9% (n:3)	15,2% (n:17)	
	Heroína y Cocaína	7,8% (n:4)	1,8% (n:2)	
Benzodiazepinas	2% (n:1)	3,6% (n:4)		
Nº de dependencias	\bar{X}	1,509	1,848	t:2,222 p:0,028*
	DT	0,784	1,116	

Los pacientes con PD eran más jóvenes (\bar{X} TUS:41,82 (DT:9,31); \bar{X} PD:36,87 (DT:10,78);t:2,837;p:0,005), eran derivados desde el PPDG mientras que los TUS lo eran desde UDH (χ^2 :54,094 p<0,001), tardaban más días en incorporarse a la terapia (\bar{X} TUS:7,78 (DT:5,97); \bar{X} PD:10,64 (DT:9,53);t:2,341;p:0,021), presentaban con más

frecuencia dependencia de cocaína ($\chi^2:6,156$ p:0,013) y de cannabis ($\chi^2:9,321$ p:0,002), el alcohol era con menos frecuencia su principal sustancia de consumo ($\chi^2:14,163$ p:0,048) y presentaban mayor número de dependencias (\bar{X} TUS:1,509 (DT:0,784); \bar{X} PD:1,848 (DT:1,116); t:2,222;p:0,028) que los que presentaban sólo TUS. Se creó un modelo de regresión logística binaria para evaluar qué variables permitían predecir la inclusión en ambos grupos de pacientes, encontrándose que ser derivado desde la UDH disminuía la probabilidad presentar PD (OR(IC95%): 0,009-0,636;p:0,017).

En la tabla 13 se detallan las puntuaciones en las variables dependientes de ambos grupos de pacientes junto con las respectivas comparaciones.

Tabla 13. Comparación en las variables dependientes de los pacientes con TUS y con PD.

		Pacientes TUS (n: 51)		Pacientes PD (n: 112)		Comparaciones	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
PRECONTEMPLACIÓN		\bar{X} :65,88 DT:22,81	\bar{X} :70,78 DT:17,53	\bar{X} :62,05 DT:23,48	\bar{X} :61,25 DT:23,75	t:0,974 p:0,332	t:2,866 p:0,005**
CONTEMPLACIÓN		\bar{X} :40 DT:22,53	\bar{X} :41,37 DT:21,35	\bar{X} :37,05 DT:21,75	\bar{X} :36,16 DT:19,13	t:0,793 p:0,429	t:1,554 p:0,122
ACCIÓN		\bar{X} :63,72 DT:23,23	\bar{X} :69,41 DT:63,12	\bar{X} :56,51 DT:25,87	\bar{X} :63,12 DT:23,48	t:1,701 p:0,091	t:1,606 p:0,110
ETAPA MOTIVACIONAL EN LA QUE SE ENCUENTRAN LOS SUJETOS	PRECONTEMPLACIÓN	45,1% (n:23)	43,1% (n:22)	48,2% (n:54)	40,2% (n:45)	χ^2 :2,205 p(Monte Carlo): 0,341	χ^2 :1,898 p(Monte Carlo): 0,459
	CONTEMPLACIÓN	0% (n:0)	0% (n:0)	3,6% (n:4)	3,6% (n:4)		
	ACCIÓN	54,9% (n:28)	56,9% (n:29)	48,2% (n:54)	56,3% (n:63)		
CONOCIMIENTOS		\bar{X} :5,76 DT:2,27	\bar{X} :7 DT:2,18	\bar{X} :5,16 DT:2,08	\bar{X} :6,37 DT:2,58	t:1,640 p:0,103	t:1,498 0,136
SATISFACCIÓN			\bar{X} :27,70 DT:7,25		\bar{X} :25,40 DT:5,82		t:1,984 p:0,051

Ambos grupos de pacientes sólo se diferencian en la puntuación en precontemplación posttest, puntuando significativamente más alto los TUS, aunque ya se

ha advertido de que los resultados referidos a esta variable han de considerarse con cautela.

5.6-DIFERENCIAS SEGÚN EL GRUPO DE TRATAMIENTO: TPMB-D VERSUS TO

De los 199 sujetos que se reclutaron para el estudio, 112 (56,3%) fueron asignados a la TPMB-D y 87 (43,7%) a la TO. De los 163 sujetos que acabaron el estudio 91 (55,8%) recibieron TPMB-D y 72 (44,2) TO.

En las tablas 14a y 14b se pueden observar los descriptivos sociodemográficos de cada grupo de tratamiento, así como las comparaciones entre ambos grupos.

Tabla 14a. Descriptivos sociodemográficos de los grupos de tratamiento y comparaciones entre ambos grupos.

		Grupo TPMB-D (n: 91)	Grupo TO (n: 72)	Comparaciones
Sexo	Hombre	80,2% (n:73)	75% (n:54)	$\chi^2=0,636$ p:0,425
	Mujer	19,8% (n:18)	25% (n:18)	
Edad	\bar{X}	38,18	38,72	t:0,327 p:0,744
	DT	9,81	11,51	
Nacionalidad	Español	91,2% (n:83)	97,2% (n:70)	$\chi^2=3,509$ p (Monte Carlo):0,355
	Rumano	1,1% (n:1)	0% (n:0)	
	Árabe/magrebí	1,1% (n:1)	1,4% (n:1)	
	Otra	6,6% (n:6)	1,4% (n:1)	
Estado civil	Soltero	65,9% (n:60)	79,2% (n:57)	$\chi^2=4,141$ p (Monte Carlo):0,257
	Casado/Pareja de hecho	14,3% (n:13)	6,9% (n:5)	
	Separado/Divorciado	17,6% (n:16)	11,1% (n:8)	
	Viudo	2,2% (n:2)	2,8% (n:2)	

Tabla 14b. Descriptivos sociodemográficos de los grupos de tratamiento y comparaciones entre ambos grupos.

		Grupo TPMB-D (n: 91)	Grupo TO (n: 72)	Comparaciones
Nivel de estudios	Sin estudios	1,1% (n:1)	4,2% (n:3)	$\chi^2=2,857$ p (Monte Carlo):0,739
	Enseñanza Obligatoria Incompleta	40,7% (n:37)	38,9% (n:28)	
	Enseñanza Obligatoria Completa	31,9% (n:29)	37,5% (n:27)	
	Enseñanza Secundaria/FP1 o equivalente	13,2% (n:12)	9,7% (n:7)	
	Enseñanza Universitaria Ciclo Corto/FP2 o equivalente	6,6% (n:6)	5,6% (n:4)	
	Enseñanza Universitaria Ciclo largo y superiores	6,6% (n:6)	4,2% (n:3)	
Situación laboral	Parado	40,7% (n:37)	31,9% (n:23)	$\chi^2=5,310$ p (Monte Carlo):0,659
	Contrato temporal	4,4% (n:4)	1,4% (n:1)	
	Contrato indefinido/Autónomo	3,3% (n:3)	1,4% (n:1)	
	ILT (incapacidad laboral transitoria)	18,7% (n:17)	22,2% (n:16)	
	Pensionista	25,3% (n:23)	30,6% (n:22)	
	Estudiante	0% (n:0)	1,4% (n:1)	
	Ama de casa	1,1% (n:1)	2,8% (n:2)	
	Otros	6,6% (n:6)	8,3% (n:6)	
Convivencia	Solo	24,2% (n:22)	26,4% (n:19)	$\chi^2=6,313$ p (Monte Carlo):0,276
	Familia propia	18,7% (n:17)	9,7% (n:7)	
	Familia origen	38,5% (n:35)	48,6% (n:35)	
	Vivienda compartida	1,1% (n:1)	1,4% (n:1)	
	Vivienda institucional	3,3% (n:3)	6,9% (n:5)	
	Otra	14,3% (n:13)	6,9% (n:5)	

En las tablas 15a y 15b se pueden observar los descriptivos clínicos de cada grupo de tratamiento y las comparaciones entre ambos.

Tabla 15a. Descriptivos clínicos de los grupos de tratamiento y comparaciones entre ambos grupos.

		Grupo TPMB-D (n: 91)	Grupo TO (n: 72)	Comparaciones
Derivación	UDH	51,6% (n:47)	51,4% (n:37)	$\chi^2=0,087$ p:0,957
	PPDG	41,8% (n:38)	43,1% (n:31)	
	UHB	6,6% (n:6)	5,6% (n:4)	
Nº días desde ingreso a incorporación terapia	\bar{X}	9,40	10,18	t:0,566 p:0,572
	DT	8,82	8,43	
Total sesiones a las que asiste	\bar{X}	2,66	2,51	t:1,187 p:0,237
	DT	0,63	0,87	
Diagnóstico de alta (diferente a dependencia de sustancias)	No diagnóstico	34,1% (n:31)	27,8% (n:20)	$\chi^2=6,807$ p:0,235
	Esquizofrenia	18,7% (n:17)	22,2% (n:16)	
	Trastorno esquizoafectivo	3,3% (n:3)	12,5% (n:9)	
	Trastorno bipolar	5,5% (n:5)	6,9% (n:5)	
	Trastorno personalidad	24,2% (n:22)	22,2% (n:16)	
	Otros	14,3% (n:13)	8,3% (n:6)	
Tipo de pacientes	TUS	34,1% (n:31)	27,8% (n:20)	$\chi^2=0,739$ p:0,390
	PD	65,9% (n:60)	72,2% (n:52)	

Tabla 15b. Descriptivos clínicos de los grupos de tratamiento y comparaciones entre ambos grupos.

		Grupo TPMB-D (n: 91)	Grupo TO (n: 72)	Comparaciones
Dependencia alcohol	Sí	59,3% (n:54)	58,3% (n:42)	$\chi^2=0,001$ p:0,981
	No	40,7% (n:37)	40,3% (n:29)	
Dependencia cocaína	Sí	48,4% (n:44)	51,4% (n:37)	$\chi^2=0,148$ p:0,700
	No	51,6% (n:47)	48,6% (n:35)	
Dependencia THC	Sí	25,3% (n:23)	30,6% (n:22)	$\chi^2=0,561$ p:0,454
	No	74,7% (n:68)	69,4% (n:50)	
Dependencia drogas de síntesis	Sí	4,4% (n:4)	1,4% (n:1)	$\chi^2=1,222$ p:0,269
	No	95,6% (n:87)	98,6% (n:71)	
Dependencia benzodiacepinas	Sí	11% (n:10)	20,8% (n:15)	$\chi^2=3$ p:0,083
	No	87,9% (n:80)	79,2% (n:57)	
Dependencia heroína	Sí	12,1% (n:11)	16,7% (n:12)	$\chi^2=0,695$ p:0,404
	No	87,9% (n:80)	83,3% (n:60)	
Dependencia otras sustancias	Sí	4,4% (n:4)	6,9% (n:5)	$\chi^2=0,501$ p (Exacta):0,510
	No	95,6% (n:87)	93,1% (n:67)	
Principal sustancia de consumo	Alcohol	39,6% (n:36)	34,7% (n:25)	$\chi^2=3,156$ p (Monte Carlo):0,878
	Cocaína	22% (n:20)	27,8% (n:20)	
	THC	9,9% (n:9)	12,5% (n:9)	
	Heroína	3,3% (n:3)	4,2% (n:3)	
	Otras	4,4% (n:4)	2,8% (n:2)	
	Alcohol y Cocaína	11% (n:10)	13,9% (n:10)	
	Heroína y Cocaína	4,4% (n:4)	2,8% (n:2)	
	Benzodiacepinas	4,4% (n:4)	1,4% (n:1)	
Nº de dependencias	\bar{X}	1,64	1,86	t:1,308 p:0,193
	DT	0,97	1,10	

Por lo tanto, no existen diferencias significativas entre los grupos TPMB-D y TO en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas.

5.7-COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO (TPMB-D VERSUS TO) EN LAS VARIABLES DEPENDIENTES

5.7.1-Conocimientos

En la tabla 16 se pueden observar las puntuaciones de la muestra total y de los dos grupos de tratamiento en conocimientos.

Tabla 16. Puntuaciones en conocimientos de la muestra total (N:163) y los grupos de tratamiento.

	MUESTRA TOTAL (N: 163)		GRUPO TPMB-D (N: 91)		GRUPO TO (N: 72)		COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
CONOCIMIENTOS	\bar{X} :5,35 DT:2,15	\bar{X} :6,57 DT:2,47	\bar{X} :5,03 DT:2,26	\bar{X} :6,58 DT:2,44	\bar{X} :5,76 DT:1,96	\bar{X} :6,55 DT:2,54	F: 4,711 p: 0,031*	F: 0,005 p: 0,945

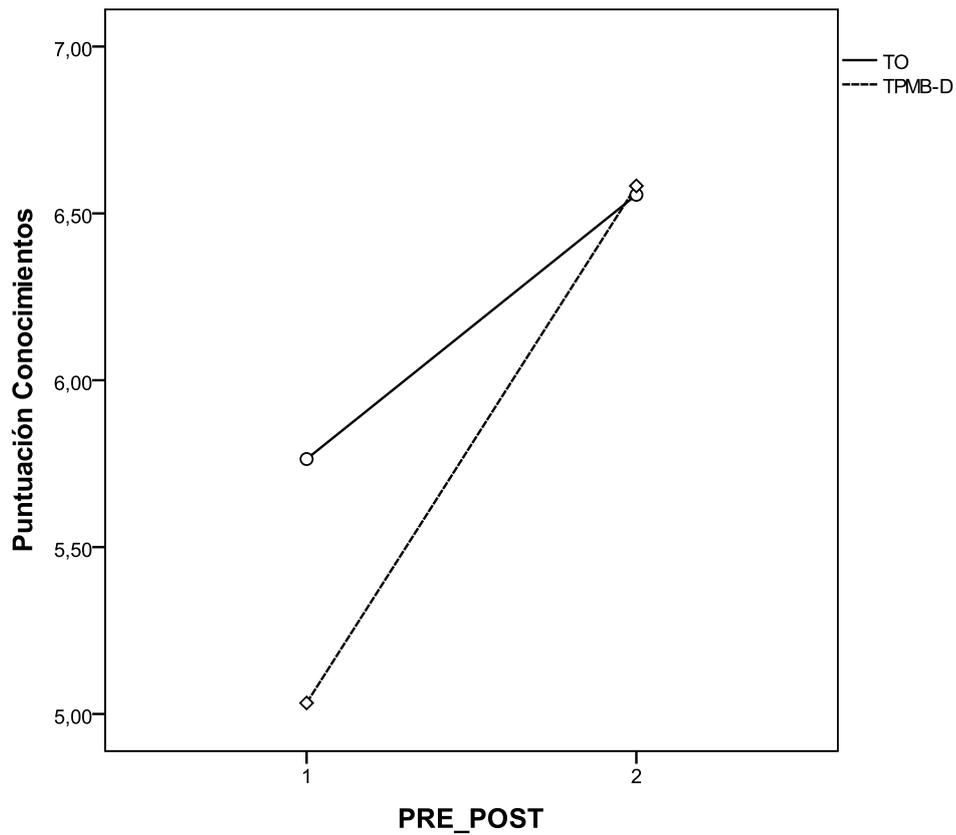
En la tabla 17 se pueden observar los resultados del ANOVA factorial mixto de la variable dependiente puntuación en conocimientos incluyendo como variables independientes en el análisis la variable intergrupos tratamiento (TPMB-D o TO) y la variable intragrupos momento de la evaluación (pretest o postest).

Tabla 17. Comparaciones entre los grupos de tratamiento mediante ANOVA factorial mixto en la puntuación en conocimientos.

EFEECTO	CONOCIMIENTOS
Momento evaluación: pre-post	F: 37,798 p<0,001** $\hat{\eta}^2$: 0,190 (1- β):1
Tratamiento: TPMB-D o TO	F: 1,272 p:0,261 $\hat{\eta}^2$: 0,008 (1- β):0,202
Interacción Pre-post*Tratamiento	F: 3,960 p: 0,048* $\hat{\eta}^2$: 0,024 (1- β):0,507

Hay un efecto principal del momento de la evaluación, puntuando los sujetos de la muestra más en conocimientos en el posttest que en el pretest, y un efecto de interacción entre el grupo de tratamiento y el momento de la evaluación que se puede observar en la figura 2.

Figura 2. Puntuaciones en conocimientos sobre drogodependencias y PD.



5.7.2-Puntuaciones en motivación

En la tabla 18 se pueden observar las puntuaciones de la muestra total y de los dos grupos de tratamiento en motivación.

Tabla 18. Puntuaciones en motivación de la muestra total (N:163) y los grupos de tratamiento.

	MUESTRA TOTAL (N: 163)		GRUPO TPMB-D (N: 91)		GRUPO TO (N: 72)		COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
PRECONTEMPLACIÓN	\bar{X} :63,25 DT:23,27	\bar{X} :64,23 DT:22,38	\bar{X} :59,12 DT:25,10	\bar{X} :61,42 DT:24,65	\bar{X} :68,47 DT:19,69	\bar{X} :67,77 DT:18,70	F:6,716 p: 0,010*	F: 3,279 p: 0,072
CONTEMPLACIÓN	\bar{X} :37,97 DT:21,97	\bar{X} :37,79 DT:19,93	\bar{X} :35,38 DT:21,77	\bar{X} :38,68 DT:20,45	\bar{X} :41,25 DT:21,94	\bar{X} :36,66 DT:19,35	F: 2,897 p: 0,091	F: 0,409 p: 0,523
ACCIÓN	\bar{X} :58,77 DT:25,23	\bar{X} :65,09 DT:23,29	\bar{X} :57,91 DT:25,10	\bar{X} :68,57 DT:23,21	\bar{X} :59,86 DT:25,53	\bar{X} :60,69 DT:22,78	F: 0,239 p: 0,626	F: 4,703 p: 0,032*

En la tabla 19 se pueden observar los resultados de los ANOVAs factoriales mixtos de las variables dependientes puntuación en precontemplación, en contemplación y en acción incluyendo como variables independientes en el análisis la variable intergrupos tratamiento (TPMB-D o TO) y la variable intragrupos momento de la evaluación (pretest o postest).

Tabla 19. Comparaciones entre los grupos de tratamiento mediante ANOVA factorial mixto en las puntuaciones en precontemplación, contemplación y acción.

EFECTO	PUNTUACIÓN PRECONTEMPLACIÓN	PUNTUACIÓN CONTEMPLACIÓN	PUNTUACIÓN ACCIÓN
Momento evaluación: pre-post	F:0,172 p:0,679 $\hat{\eta}^2$:0,001 (1- β):0,070	F:0,142 p:0,707 $\hat{\eta}^2$:0,001 (1- β):0,066	F:9,141 p:0,003** $\hat{\eta}^2$:0,054 (1- β):0,852
Tratamiento: TPMB-D o TO	F:6,937 p:0,009** $\hat{\eta}^2$:0,041 (1- β):0,745	F:0,464 p:0,497 $\hat{\eta}^2$:0,003 (1- β):0,104	F:0,803 p:0,372 $\hat{\eta}^2$:0,005 (1- β):0,145
Interacción Pre- post*Tratamiento	F:0,597 p:0,441 $\hat{\eta}^2$:0,004 (1- β):0,120	F:5,330 p:0,022* $\hat{\eta}^2$:0,032 (1- β):0,631	F:6,682 p:0,011* $\hat{\eta}^2$:0,040 (1- β):0,729

Hay un efecto principal del momento de la evaluación, puntuando los sujetos de la muestra más en acción en el postest que en el pretest, un efecto principal del grupo de tratamiento, puntuando los sujetos del grupo TO más en precontemplación que los del grupo TPMB-D y dos efectos de interacción, que se pueden ver en las figuras 3, 4 y 5.

Figura 3. Puntuaciones en precontemplación.

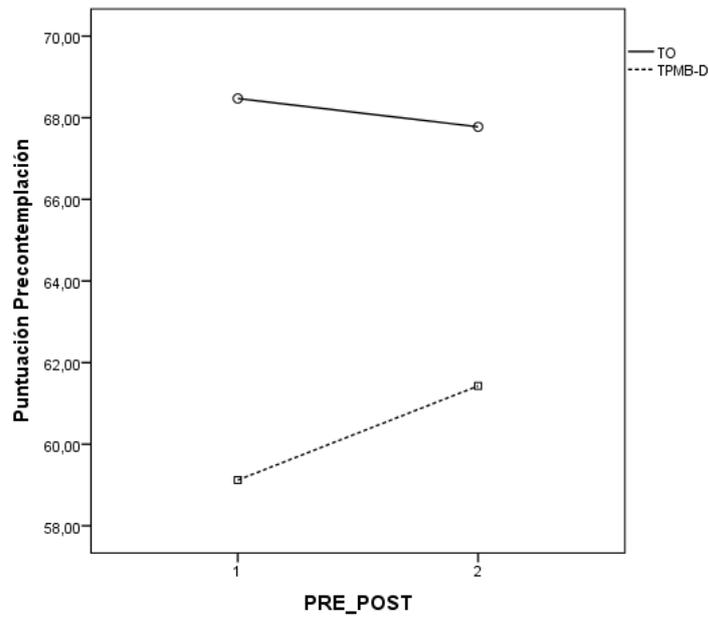


Figura 4. Puntuaciones en contemplación.

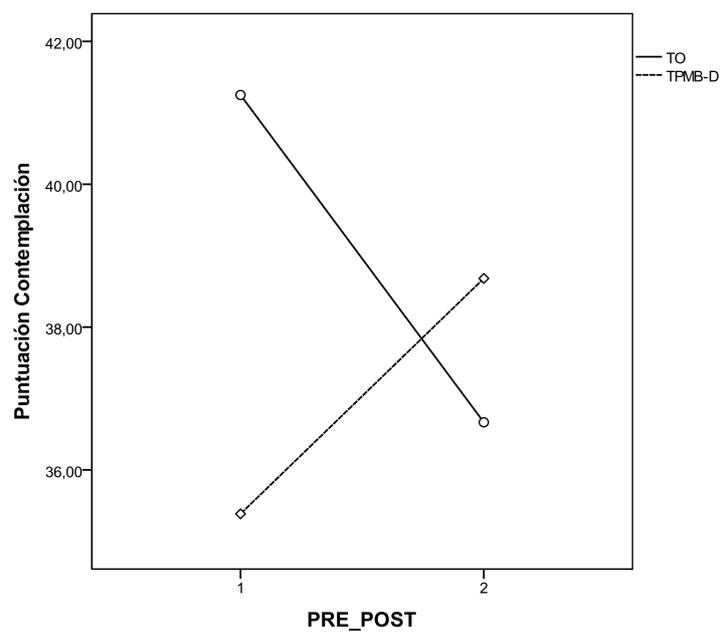
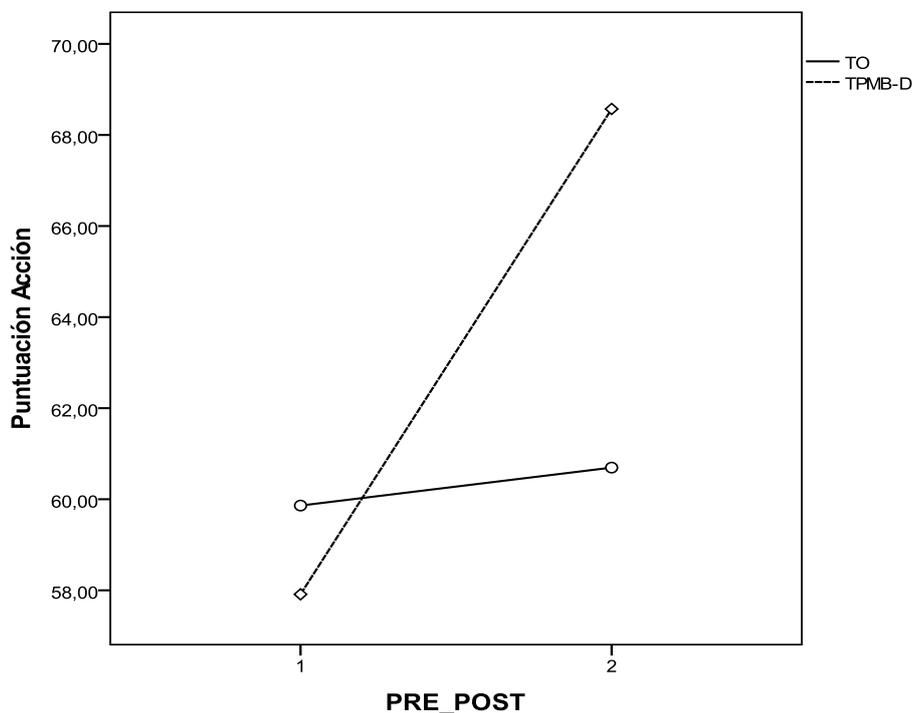


Figura 5. Puntuaciones en acción.



5.7.3-Fase motivacional en la que se encuentran los sujetos

En la tabla 20 se pueden observar los sujetos que se encuentran en cada una de las fases motivacionales.

Tabla 20. Fase motivacional en la que se encuentran los sujetos de la muestra total (N:163) y los grupos de tratamiento.

		MUESTRA TOTAL (N: 163)		GRUPO TPMB-D (N: 91)		GRUPO TO (N: 72)	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
ETAPA MOTIVACIONAL EN LA QUE SE ENCUENTRAN LOS SUJETOS	PRECONTEMPLACIÓN	47,2% (n:77)	41,1% (n:67)	44% (n:40)	31,9% (n:29)	51,4% (n:37)	52,8% (n:38)
	CONTEMPLACIÓN	2,5% (n:4)	2,5% (n:4)	1,1% (n:1)	2,2% (n:2)	4,2% (n:3)	2,8% (n:2)
	ACCIÓN	50,3% (n:82)	56,4% (n:92)	54,9% (n:50)	65,9% (n:60)	44,4% (n:32)	44,4% (n:32)

No existen diferencias significativas entre los grupos en la fase motivacional en que se encuentran los sujetos en el pretest ($\chi^2:2,893;p$ (Monte Carlo):0,241; ϕ de Cramer: 0,133;(1- β)<0,19), pero sí hay diferencias en el post ($\chi^2:7,619;p$ (Monte Carlo): 0,014; ϕ de Cramer: 0,216;(1- β) \approx 0,71), estando mayor proporción de sujetos del grupo TPMB-D en la fase de acción y menor en la fase de precontemplación que en el grupo TO.

5.7.4-Satisfacción con la terapia

En la tabla 21 se pueden observar las puntuaciones de la muestra total y de los dos grupos de tratamiento en satisfacción después de recibir las terapias.

Tabla 21. Puntuaciones en satisfacción de la muestra total (N:163) y los grupos de tratamiento.

	MUESTRA TOTAL (N: 163)	GRUPO TPMB-D (N: 91)	GRUPO TO (N: 72)
SATISFACCIÓN	\bar{X} :26,13 DT:6,37	\bar{X} :27,16 DT:6,54	\bar{X} :24,83 DT:5,94

En el grado de satisfacción con la terapia recibida puntuaron más alto los sujetos del grupo TPMB-D que los de que recibieron TO ($t:2,339;p:0,021;d:0,371;(1-\beta):0,63$).

5.8-VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA EFECTIVIDAD DE LA TPMB-D

5.8.1-Diferencia en conocimientos

Los sujetos presentaban una media de aumento en conocimientos de 1,54 (DT: 2,30).

De las variables cuantitativas, el aumento en conocimientos se relaciona con el nivel de conocimientos pretest ($R:-0,429;p<0,001$). No se relaciona con ninguna de las variables categóricas.

El nivel de conocimientos pretest (OR (IC95%): 0,373-0,752; $p < 0,001$) permite predecir el nivel de conocimientos postest.

5.8.2-Diferencia en precontemplación

Los sujetos presentaban una media de aumento en la puntuación precontemplación de 2,30 (DT: 24,67).

Respecto a las variables cuantitativas, el aumento de la puntuación en precontemplación se relaciona con la puntuación pretest en precontemplación ($R: -0,510; p < 0,001$), la puntuación pretest en contemplación ($R: -0,245; p: 0,019$) y la puntuación pretest en acción ($R: -0,238; p: 0,023$). Respecto a las variables categóricas, no se relaciona con ninguna.

La puntuación postest en precontemplación se predice con la puntuación pretest en precontemplación (OR(IC95%): 0,183-0,651; $p < 0,001$).

5.8.3-Diferencia en contemplación

Los sujetos presentaban una media de aumento en la puntuación en contemplación de 3,29 (DT: 21,81).

Considerando las variables cuantitativas, el aumento en la puntuación en contemplación se relaciona con la puntuación pretest en precontemplación ($R: -0,382; p < 0,001$), la puntuación pretest en contemplación ($R: -0,560; p < 0,001$) y la puntuación pretest en acción ($R: -0,363; p < 0,001$). Considerando las variables categóricas, se relaciona con la situación laboral ($F: 4,746; p < 0,001$), aumentando más en los que tienen contrato temporal.

La puntuación postest en contemplación se predice con la puntuación pretest en contemplación (OR(IC95%): 0,362-0,800; $p < 0,001$) y tener contrato temporal (OR(IC95%): 8,646-51,755; $p: 0,006$).

5.8.4-Diferencia en acción

Los sujetos presentaban una media de aumento en la puntuación en acción de 10,65 (DT: 23,51).

Atendiendo a las variables cuantitativas, el aumento en la puntuación en acción se relaciona con el número de sesiones a las que asisten ($R:0,275;p:0,008$), la puntuación pretest en precontemplación ($R:-0,244;p:0,020$), la puntuación pretest en contemplación ($R:-0,283;p:0,007$) y la puntuación pretest en acción ($R:-0,545;p<0,001$). Atendiendo a las variables categóricas, se relaciona con el dispositivo de derivación ($F:4,735;p:0,011$), aumentando más la puntuación en los derivados de la UDH y el PPDG que en los derivados de la UHB; y con la fase motivacional pretest ($F:5,159;p:0,008$), aumentando menos los que se encontraban en acción.

La puntuación postest en acción se predice mediante la puntuación pretest en acción (OR(IC95%): 0,360-0,817; $p<0,001$), ser derivado desde la UDH (OR(IC95%): 10,749-40,637; $p: 0,001$) o del PPDG (OR(IC95%): 9,326-39,766; $p: 0,002$) y con el número de sesiones a las que asisten los sujetos (OR(IC95%): 3,012-14,690; $p: 0,003$).

5.8.5-Diferencia en fase motivacional

La media del número de fases motivacionales que los sujetos avanzaban era 0,23 (DT: 1,22). En la tabla 22 se puede ver el número de sujetos que avanzaban o retrocedían de fase.

Tabla 22. Diferencia en fase motivacional.

Fases motivacionales que avanzan o retroceden	
-2	13,2% (n:12)
-1	1,1% (n:1)
0	59,3% (n:54)
1	2,2% (n:2)
2	24,2% (n:22)

De las variables cuantitativas, el avance de fase motivacional se relaciona con el número de dependencias ($R:-0,250;p:0,017$). De las variables categóricas se relaciona con el dispositivo de derivación ($F:5,859;p:0,004$), avanzando más de fase los derivados de la UDH y el PPDG que los derivados de la UHB; con la dependencia de cannabis ($t:4,299;p:0,041$), avanzando más de fase los que no la presentan; con la dependencia de drogas de síntesis ($t:4,413;p:0,038$), avanzando más de fase los que no la presentan; con la dependencia de heroína ($t:10,178;p:0,002$), avanzando más de fase los que no la presentan; con la principal sustancia de consumo ($F:4,907;p<0,001$), avanzando más de fase los que presentan como principal sustancia de consumo alcohol o cocaína o cannabis o alcohol+cocaína que los que presentan heroína+cocaína; y con la fase motivacional pretest ($F:34,835;p<0,001$), avanzando más los que se encontraban en precontemplación y contemplación.

La fase motivacional post se predice con la fase motivacional pretest ($OR(IC95\%): -0,994/-0,317; p<0,001$).

5.8.6-Satisfacción

La puntuación en satisfacción no se relaciona con ninguna de las variables cuantitativas estudiadas. Respecto a las variables categóricas, se relaciona con el dispositivo de derivación ($F:3,440;p:0,036$), mostrando más satisfacción los pacientes derivados desde la UDH y el PPDG que los derivados desde la UHB; con la dependencia de cannabis ($t:18,646;p<0,001$), mostrando más satisfacción los que no la presentan; y con la principal sustancia de consumo ($F:2,516;p:0,022$), presentando más satisfacción los de alcohol o cocaína que los de cannabis o benzodiazepinas.

La satisfacción con la TPMB-D se predice mediante la dependencia de cannabis ($OR(IC95\%): 1,068-7,997; p: 0,010$).

6-DISCUSIÓN

6.1- LIMITACIONES RELACIONADAS CON EL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

El análisis de los distractores muestra que muchos de ellos son poco efectivos ya que son elegidos por un porcentaje muy bajo de la muestra. Esto probablemente es debido a que el número de alternativas es excesivo pues, aunque se trató de usar distractores pertinentes, hay estudios que afirman que el número ideal de alternativas es tres (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011). Para mejorar la evaluación de los conocimientos habría que usar ítems con menos alternativas de respuesta, preferiblemente tres.

La fiabilidad test-retest es bastante baja, pero esto es lo esperable dado que se desea que los sujetos modifiquen sus puntuaciones en el cuestionario con el tratamiento. Sin embargo, también el resto de coeficientes de fiabilidad presentan valores moderados o bajos, esto podría indicar mala calidad del test o reflejar que el test podría ser multidimensional (Abad et al., 2011).

Todos los ítems del cuestionario tienen índices de dificultad alrededor de 0,5, no resultando excesivamente fáciles ni difíciles. Usar ítems de dificultad media se considera adecuado para el uso que se le da al cuestionario, ya que maximiza la varianza y por tanto aumenta la posibilidad de discriminar entre los sujetos (Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez y Moreno, 2005). En este sentido, si bien los índices de homogeneidad son aceptables cuando se correlaciona el ítem con la puntuación total del test, cuando se elimina el ítem del total del test, los ítems no alcanzan el valor aceptable de 0,2 (Abad et al., 2011). Esto indicaría que habría que desechar estos ítems o podría reflejar que el cuestionario no es unidimensional (Abad et al., 2011).

El análisis factorial efectivamente confirma que el test no mide una única dimensión sino cuatro, aunque los ítems que saturan en cada uno de los factores difieren en el pretest y el posttest, reflejando probablemente los cambios en los sujetos después del tratamiento. Dado que el cuestionario es multidimensional y todos los ítems saturan en alguno de los factores, no sería necesario descartar ninguno de ellos, si bien para futuros estudios sería recomendable reducir el número de alternativas a tres usando la información obtenida en el análisis de distractores. Se trataría de eliminar la opción *No lo sé* e incluir como opciones la respuesta correcta y los dos distractores más efectivos (si el análisis de contenido lo permite). En el Apéndice B se incluye el test modificado según estos criterios.

6.2-LIMITACIONES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES QUE ABANDONAN EL ESTUDIO

Destacar que el género no se relaciona con los abandonos, contradiciendo los estudios que sugieren que las mujeres con PD tienen bajas tasas de retención (Clarke, Mun, Kelly, White y Lynch, 2013). El diagnóstico psiquiátrico tampoco se relaciona, contradiciendo estudios donde, por ejemplo, los sujetos con trastorno de la personalidad presentan mayores tasas de abandono (Colpaert, Vanderplasschen, De Maeyer, Broekaertand y De Fruyt, 2012), aunque otros estudios encuentran resultados similares al nuestro (Easton et al., 2012).

En general, en nuestra muestra no se relacionan con el abandono los factores que se han relacionado con el abandono de los pacientes con TUS: ser más jóvenes, pertenecer a una minoría étnica o racial, nivel educativo más bajo, estar desempleado y falta de motivación para el tratamiento (McKellar, Kelly, Harris y Moos, 2006; Nomamiukor y Brown, 2009). En este sentido, constituye una limitación no haber evaluado otros factores que se han relacionado con el abandono: gravedad del uso de

sustancias, síntomas psiquiátricos concomitantes y pobre funcionamiento cognitivo (McKellar et al., 2006; Nomamiukor y Brown, 2009). No obstante, los resultados no son homogéneos entre los estudios, por ejemplo, en el estudio de Jaffe, Du, Huang y Hser (2012) la gravedad de la comorbilidad no se relaciona con la retención en el tratamiento.

Aunque el nivel de conocimientos pretest no alcanza poder predictivo, resulta muy llamativo el resultado de que los que abandonan presentan menos conocimientos previos sobre adicciones y PD. Esto podría relacionarse con un peor funcionamiento cognitivo de los que abandonan (McKellar et al., 2006) o indicar la importancia de la psicoeducación previa a la derivación para fomentar la adherencia al tratamiento. En esta línea, Timko, Sutkowi, Cronkite, Makin-Byrd y Moos (2011) compararon la derivación estándar (una sesión de psicoterapia grupal informando de los grupos de 12 pasos y animando a asistir a ellos) con la derivación intensiva (cuatro sesiones adicionales para aumentar la probabilidad de que los pacientes acudieran a dichos grupos), encontrando que mayor proporción de los pacientes en la condición intensiva acudían al menos a una sesión de los grupos de 12 pasos y además acudían a mayor número de sesiones que los de la condición estándar.

Encontrarse en la fase de contemplación predice el abandono, resultado curioso dado que en la mayoría de estudios la fase que se relaciona con el abandono es la precontemplación (Rojas y Espinoza, 2008). Esto puede deberse a que, ante empates, se asignaba a los sujetos la fase más avanzada, por lo que algunos de los sujetos asignados a contemplación pueden estar a la vez en precontemplación; o a que contemplación es la fase donde más ambivalencia existe (Balcells, Torres y Yahne, 2004). Así, los sujetos en precontemplación, que no contemplan el cambio, podrían “tolerar” mejor los tratamientos pues no les generarían tanto conflicto interno al principio, pero los sujetos

ambivalentes actualizarían su conflicto interno con la terapia y la disonancia cognitiva les podría empujar a abandonar para resolver dicho conflicto. No obstante, este resultado no es concluyente pues muy pocos sujetos se encuentran en la fase contemplación.

Dada la baja proporción de sujetos que se encuentran en la fase de contemplación, la variable predictiva más relevante para el abandono es la dependencia de cannabis. Este resultado no tiene una justificación sencilla, ya que, aunque otros estudios también encuentran que la sustancia de consumo predice el abandono, no coincide la sustancia concreta con otros autores como Nomamiukor y Brown (2009), que asociaron el consumo de estimulantes al abandono de ensayos clínicos por parte de los pacientes duales con trastorno bipolar; ni con los que encuentran que el abandono se relaciona con el trastorno por uso de anfetamina o de opiáceos (Mueser et al., 2013). Una posible explicación a que los que abandonan presentan menos dependencia de cannabis podría ser que, al igual que en el estudio de Baker et al. (2002), el menor uso de cannabis se relaciona con estar en la etapa precontemplación, por lo que los sujetos no estarían motivados para continuar en tratamiento. Otra posible explicación podría ser que esta adicción se ha relacionado con menos consecuencias adversas que la dependencia de otras drogas (De la Fuente et al., 2006), por lo que se podría deducir que los que abandonan presentarían menos frecuencia de dependencia de cannabis pero mayor gravedad del TUS (Nomamiukor y Brown, 2009). No obstante, esto no se cumple en nuestro estudio dado que los pacientes con PD, que se supone aumenta la gravedad del TUS, no presentan mayor porcentaje de abandono que los que presentan sólo TUS.

Una posible explicación de que los pacientes supuestamente más graves no presenten mayor tasa de abandonos podría ser que la mayor parte de los pacientes con

PD son derivados del PPDG, donde la mayoría de los ingresos son involuntarios (Esfors et al., 2014). Sin embargo, aún así, aunque no puedan abandonar la hospitalización podrían optar por no asistir a las terapias y/o abandonar el estudio. Además, presentan la misma adherencia que los pacientes con TUS, ya que no hay diferencia en el número de sesiones terapéuticas a las que asisten ni en el porcentaje de sujetos que abandonan el estudio. Esto coincide con los estudios que encuentran similares tasas de participación en grupos de ayuda mutua en sujetos con PD y con TUS (Timko, Cronkite, McKellar, Zembre, y Moos, 2013).

El resultado de que el abandono se relaciona con el nivel de conocimientos sobre adicciones y PD y con la etapa motivacional coincide con la literatura y la opinión de los profesionales españoles de que las intervenciones más recomendadas para fomentar la adherencia al tratamiento no farmacológico son psicoeducación, estrategias motivacionales y tratamiento individualizado (Roncero et al., 2014). No obstante, aunque es muy probable, no podemos dar por hecho que los que abandonan el estudio abandonan también el tratamiento, ya que una limitación del estudio es no haber registrado los motivos de los abandonos, por lo que no podemos objetivar si los sujetos que abandonan el estudio abandonan efectivamente también las terapias objeto del mismo y/o la sala de hospitalización.

Con todo, el porcentaje de abandonos es inferior al 20% que se considera excesivo en los ensayos clínicos (Torrens, Fonseca, Eladi y Farré, 2006) y está muy por debajo del 84% que se ha llegado a dar en ensayos clínicos con población drogodependiente (Lima, Soares, Reisser y Farrell, 2002). Este aceptable porcentaje de abandonos y el hecho de que se distribuya por igual en ambos grupos de tratamiento y en ambos grupos de pacientes hacen pensar que este factor no influye en los resultados.

6.3-DESCRIPTIVOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS Y LA EXTRAPOLACIÓN DE LOS RESULTADOS

La muestra está formada mayoritariamente por hombres, de edad media 38 años, españoles, de nivel educativo bajo, que no trabajan actualmente y que viven solos o con la familia de origen. El elevado porcentaje de hombres en la muestra concuerda con la mayoría de estudios sobre drogodependencias que presentan una distribución por géneros donde los hombres constituyen entre el 60 y 66% de la muestra (Haro, Ramírez et al., 2006) y con los estudios sobre PD con un porcentaje de hombres del 78% (Arias et al., 2013).

El resto de descriptivos sociodemográficos difieren de los hallados por Bergman et al. (2014), pues su muestra presenta un nivel socioeconómico y educativo más alto, reflejando posiblemente las diferencias entre un servicio hospitalario público y uno residencial privado (aunque sin ánimo de lucro). Además, dichos autores se centran específicamente en adultos jóvenes, por lo que la media de edad de su muestra es considerablemente más baja (20 años). En cambio, en los estudios con pacientes duales hospitalizados de Baker et al. (2002), Bechdolf et al. (2011) y Swanson, Pantaloni y Cohen (1999) las medias de edad eran de 31, 31,5 y 34 años respectivamente. En los dos primeros estudios no se dan datos sobre la etnia, mientras que en el tercero el 46% eran afroamericanos y el 45% hispanos. Contrasta con estos resultados el bajo porcentaje de nacionalidades distintas a la española en nuestra muestra, posiblemente indicando lo hallado en otros estudios en relación a que las minorías raciales o étnicas encuentran mayores barreras para acceder a tratamiento y es más probable que infrutilicen los servicios de salud mental (Mericle, Ta, Holck y Arria, 2012).

En nuestro país, la muestra del estudio de Madoz-Gúrpide, García, Luque y Ochoa (2013) de pacientes con PD grave ingresados en una comunidad terapéutica con

unidad psiquiátrica presenta características sociodemográficas muy similares a las de nuestra muestra, con mayoría de hombres, de bajo nivel educativo y la mayoría de sujetos sin ejercer laboralmente. Más del 85% de nuestra muestra eran sujetos que no estaban trabajando en el momento del estudio, concordando con los estudios que indican que el desempleo es un problema crónico en los sujetos con TUS, que la enfermedad mental es una barrera para el empleo y que la combinación de ambas condiciones se relaciona con menores tasas de adquisición de empleo y estabilidad laboral (Laudet, 2012).

La mayoría de los pacientes participantes en el estudio presentaban PD y estaban ingresados en la UDH o el PPDG, lo que es lógico dado que son los dos recursos que atienden adicciones. Aún así, un 6% de la muestra procedía de la UHB. Si son pacientes con enfermedades mentales lo bastante graves como para estar ingresados en dicho recurso, al presentar comorbilidad de TUS deberían estar atendidos en el PPDG, de modo que se podría suponer que son pacientes cuya patología adictiva no ha sido detectada hasta el ingreso, lo que coincide con los estudios mostrando que la PD se infradiagnostica (San, 2004) y que en algunos servicios de salud mental no se evalúa la comorbilidad (Schulte et al., 2008).

Los pacientes tardaban una media de casi 10 días en incorporarse a las terapias, lo que puede considerarse un indicador de la gravedad que presentaba la muestra, pues es un plazo considerable para conseguir la mínima estabilización necesaria para poder participar en las terapias. Para contextualizar este dato, hay que considerar que la media de estancia hospitalaria en el PPDG es de 26,8 días (Esfors et al., 2014), mientras que la estancia media en las unidades de hospitalización psiquiátrica está entre 15 y 20 días (Generalitat Valenciana, 2001).

La mayoría de la muestra acudía a las tres sesiones terapéuticas, lo que, junto con el bajo porcentaje de abandonos del estudio, permite suponer que la TO y la TPMB-D generan unos buenos niveles de adherencia, lo cual constituye un resultado muy bueno dado que la adherencia es uno de los puntos débiles de la intervención en salud mental (Sánchez et al., 2011).

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron trastorno de la personalidad y esquizofrenia, mientras que en el estudio de Arias et al. (2013) los trastornos mentales relacionados con la PD eran trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, reflejando seguramente esta diferencia la mayor gravedad de los pacientes hospitalizados. Destacar que la prevalencia de trastornos de la personalidad en nuestra muestra de pacientes con dependencias de sustancias hospitalizados es menor que la hallada en pacientes ambulatorios (Casadio et al., 2014), probablemente por la misma razón. En el estudio de Madoz-Gúrpide et al. (2013) antes nombrado, hay también una alta prevalencia de psicosis y trastorno límite de la personalidad, pero la patología más frecuente son los trastornos afectivos graves. Quizás esta diferencia se deba a que el Hospital de Castellón tiene un programa de trastornos afectivos severos donde se trabaja prevención de recaídas, lo que puede haber disminuido el número de hospitalizaciones de estos pacientes. Aunque también en el estudio de Rodríguez-Jiménez et al. (2008) en una unidad de hospitalización psiquiátrica los pacientes con PD mostraron mayor prevalencia de psicosis y menor de trastornos afectivos que los pacientes que sólo presentaban trastorno mental.

Las sustancias más consumidas por los pacientes fueron alcohol, cocaína y cannabis, resultado muy similar al obtenido en otros estudios (Bergman et al., 2014; Green et al., 2003; Murthy y Chand, 2012), aunque en algunos se invierte el orden entre cannabis y cocaína. Consecuentemente, las sustancias que con más frecuencia eran la

principal sustancia de consumo fueron alcohol, cocaína, alcohol+cocaína y cannabis. La mayoría de la muestra dependía de una o dos sustancias sin contar la nicotina, en la línea de los estudios que muestran que el policonsumo es muy frecuente entre los sujetos dependientes de sustancias (Barea et al., 2010; Rodríguez-Jiménez et al., 2008). En relación a esto, una de las limitaciones del estudio es que no se ha incluido la dependencia de nicotina. Esto se ha hecho porque en muestras de drogodependientes o de sujetos con PD fuma la inmensa mayoría de la muestra (Rodríguez-Jiménez et al., 2008; Roig, Sabater, Borràs, Sesmilo y Pinet, 2005), lo que dificulta la obtención de resultados fiables dada la enorme desproporción entre la cantidad de sujetos fumadores y no fumadores. Además, algunos autores defienden que, a pesar de los graves daños que causa, el tabaco no es una preocupación primaria para los sujetos con PD, ya que luchan con las consecuencias inmediatas de su uso de otras sustancias y/o sus problemas mentales (Stein, Zane y Grella, 2012).

En general, las características sociodemográficas y clínicas de la muestra coinciden con las encontradas en pacientes ingresados en diferentes dispositivos que presentan dependencia de sustancias, por lo que parece plausible extrapolar los resultados de este estudio a otras unidades de hospitalización que atiendan a estos pacientes en nuestro medio cultural. En este sentido, una característica positiva de esta tesis es que se ha hecho en un contexto asistencial, lo que facilita la extrapolación de los resultados a la práctica clínica habitual, superando una limitación típica de este tipo de estudios: la dificultad de integrar los tratamientos basados en la evidencia en contextos que no son de investigación (Madson et al., 2013).

6.4- DIFERENCIAS ENTRE LOS TIPOS DE PACIENTES (TUS VERSUS PD) Y SU POSIBLE INFLUENCIA EN LA EFICACIA DE LA TPMB-D

Destacar que el porcentaje de sujetos con PD en la muestra es similar al 65-85% encontrado en otros estudios en adictos en tratamiento (Arias et al., 2013). Se han incluido en el estudio pacientes con TUS y con PD por cuatro razones principalmente. Por un lado, debido a la elevada prevalencia de la PD, ambos tipos de pacientes se encuentran en todos los recursos asistenciales, seamos o no conscientes de ello los profesionales. Por ejemplo, Hapangama, Kurupparachchi y Pathmeswaran (2013) encontraron en una unidad de psiquiatría una prevalencia de PD del 43%.

Por otro lado, separarlos es hacer una distinción artificial y potenciar la estigmatización, una cosa es desarrollar terapias específicas para los pacientes duales y otra aislarlos. En tercer lugar, debido a que la PD se suele infradiagnosticar (San, 2004), clasificar a priori a los sujetos en TUS o PD según el diagnóstico con el que ingresan podría llevar a sesgos, de modo que consideramos más fiable basarnos para la clasificación en el diagnóstico de alta, cuando los sujetos han estado en observación varios días y se dispone de mejor información. Este proceder es apoyado por el estudio de Black et al. (2012) que muestra que el diagnóstico inicial de PD es menos fiable que la información obtenida tras establecer una buena relación con el entrevistador y/o la disminución de los síntomas y por el estudio de Darghouth, Nakash, Miller y Alegría (2012) que encuentra que en la entrevista inicial no se suelen evaluar específicamente los criterios diagnósticos ni del TUS ni del trastorno mental.

Por último, los contenidos de la TPMB-D referidos al TUS son pertinentes para ambos tipos de pacientes y, dado que los pacientes con TUS presentan alta probabilidad de presentar a lo largo de su vida otro trastorno mental (García-Campayo y Sanz, 2002), nos parece que para ellos también son pertinentes los contenidos sobre PD.

Por todo esto, consideramos que un diseño que incluye ambos tipos de pacientes repartidos aleatoriamente en los grupos de tratamiento presenta mayor validez externa. No obstante, esto no permite evaluar directamente la influencia que el diagnóstico tiene en la efectividad de la terapia, lo que podría considerarse una limitación del estudio. Según Nidecker et al. (2008), hay muchos factores que pueden afectar a la habilidad de las personas con PD para utilizar y acceder a un proceso de cambio similar al de los sujetos que sólo presentan TUS, ya que las personas con trastornos mentales graves tienen profundos deterioros cognitivos en percepción, atención, memoria y razonamiento que interfieren con su habilidad para resolver problemas, tomar decisiones y evaluar sus propias necesidades. Además, dichos autores consideran que los síntomas psicóticos pueden también impactar en cómo cambia la gente: los déficits en el funcionamiento social pueden perjudicar la habilidad para establecer redes sociales libres de drogas y acceder al apoyo de otros. Igualmente, Bellack y DiClemente (1999) consideran tres aspectos específicos de la esquizofrenia que constituyen barreras para hacer cambios personales significativos: falta de motivación, deterioro cognitivo y limitaciones en las habilidades sociales. Varios déficits (en atención, concentración y pensamiento abstracto) y el bloqueo del pensamiento pueden impedir el procesamiento de la información, la solución de problemas y la planificación realista (Horsfall et al., 2009).

Otro aspecto relacionado con el diagnóstico que podría influir en la eficacia de la TPMB-D es que los pacientes que ingresan voluntariamente podrían tener más motivación para el cambio. Sin embargo, nuestros datos no muestran diferencias en la fase motivacional en la que se encuentran los pacientes con TUS (ingreso voluntario) y los pacientes con PD, a pesar de que estos últimos son derivados sobre todo del PPDG y

datos previos señalan que en dicho dispositivo la mayoría de los pacientes presentan ingreso involuntario (Esfors et al., 2014).

Dadas estas posibles diferencias en los procesos de cambio de los pacientes con PD respecto a los que sólo presentan TUS, futuros estudios de psicoterapia en estos pacientes deberían considerar diseños que incluyeran el tipo de paciente como variable independiente. Además, este diseño permitiría comprobar si la gravedad de la patología influye en la efectividad de la TPMB-D, dado que se supone que los pacientes con PD presentan patología más grave que lo que sólo presentan TUS (Lana, 2001) y la PD predice resultados negativos de tratamiento (Donat y Haverkamp, 2004; Gonzalez y Rosenheck, 2002). En este sentido, sería interesante incluir en futuros estudios alguna evaluación de la gravedad de la patología mental y/o la adicción, como el número de criterios diagnósticos que presentan los sujetos (Boschloo et al., 2012) o el *Índice de gravedad de la adicción* (ASI; McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980; validación española de Díaz et al., 2010).

Los pacientes con PD eran más jóvenes, en la línea de estudios en unidades de hospitalización psiquiátrica (Rodríguez-Jiménez et al., 2008). Tardaban más días en incorporarse a la terapia, reflejando seguramente mayor gravedad psicopatológica (Lana, 2001), presentaban con más frecuencia dependencia de cocaína y cannabis, el alcohol era con menos frecuencia su principal sustancia de consumo y presentaban mayor número de dependencias que los que sólo presentaban TUS. También Arias et al. (2013) encontraron que los sujetos con PD presentaban mayor número de dependencias, pero en su muestra había menos varones y peor situación laboral que entre los sujetos que presentaban sólo TUS, siendo las drogas más consumidas el alcohol y el cannabis. Esta diferencia de resultados puede explicarse debido que nuestra muestra es de pacientes hospitalizados y la de Arias et al. (2013) era de pacientes ambulatorios. Sin

embargo, en la muestra de Hapangama et al. (2013), que incluía pacientes psiquiátricos ambulatorios y hospitalizados, se encontró que ser hombre, joven, con bajo nivel educacional y desempleado se asociaba con presentar comorbilidad, aunque los autores explican el resultado referente al género por influencias socio-culturales y religiosas, ya que el estudio se realizó en Sri Lanka. Aunque en nuestra muestra no era pertinente incluir sujetos con sólo enfermedad mental distinta al TUS, Horsfall et al. (2009) encontraron que las personas con psicosis y TUS es más probable que sean hombres, tengan historia familiar de abuso de sustancias y sean más jóvenes que sus homólogos que no abusan de sustancias, con la posible excepción de los sujetos que abusan del alcohol. También Gregg et al. (2007) hallaron que las personas con esquizofrenia que también presentan TUS tienen más probabilidad de ser hombres que sus homólogos que no usan sustancias, tienden a ser más jóvenes (con la excepción de los usuarios de alcohol), presentan menor nivel de educación y es más probable que tengan una historia familiar de problemas con el uso de sustancias.

Respecto a las variables dependientes, los sujetos con TUS y aquellos con PD sólo se diferencian en la puntuación en precontemplación postest, puntuando más alto los TUS. Este resultado es curioso dado que se supone que los pacientes que ingresan voluntariamente deberían tener más motivación para el cambio, por lo que se esperaría que los pacientes con TUS (ingreso voluntario) puntuaran más alto en acción y los pacientes PD (mayoría de ingreso involuntario) puntuaran más alto en precontemplación (Esfors et al., 2014). Sin embargo, ambos grupos no sólo puntúan igual en acción al principio del estudio sino que al final los TUS presentan más puntuación en precontemplación que los PD. Una posible explicación es que la PD se asocia con mayor deterioro (Lana, 2001), por lo que estos pacientes podrían estar más motivados, sobre todo después de ver que su consumo les ha conducido a un ingreso involuntario.

Otra sería que los sujetos con TUS, al interactuar con los que presentan PD, aumentarían su ambivalencia al pensar que ellos no están tan mal. Ésta sería una cuestión a evaluar en próximos estudios, aunque este resultado podría no tener demasiada trascendencia dado que no se traduce en diferencias también en contemplación o acción ni en la fase motivacional en que se encuentran ambos grupos de pacientes.

Este resultado junto a la falta de diferencias en las restantes variables de motivación contradicen los hallazgos de que los sujetos con PD presentan menor motivación para el cambio (Horsfall et al., 2009) y pueden presentar problemas biológicos que se asocien con baja motivación y reducida habilidad para el cambio (Tsuang y Fong, 2004). También contradicen estos resultados los estudios que encuentran que los sujetos jóvenes con PD presentan más motivación para el cambio que los sujetos con TUS (Bergman et al., 2014). Así mismo, el hecho de que los pacientes con PD y TUS no presenten diferencias en satisfacción contradice los hallazgos de que los pacientes con PD se muestran menos satisfechos con el tratamiento que los sujetos con TUS (Boden y Moos, 2009), aunque sí hay una tendencia en este sentido, faltando muy poco para que la diferencia alcance la significación estadística.

Nuestros resultados muestran pues que los sujetos con TUS y PD no presentan prácticamente diferencias en las variables dependientes, lo que indicaría que el tipo de paciente no influye demasiado en la eficacia de la TPMB-D. A falta de estudios específicos donde se incluya el tipo de paciente como variable independiente, consideramos que dada la aleatorización de esta variable y la mayoría de pacientes con PD en la muestra, podemos asumir que presentar o no comorbilidad psiquiátrica no influye en la eficacia de la TPMB-D. Este resultado coincide con los estudios que indican que ambos tipos de pacientes se benefician igual de la asistencia a grupos de 12 pasos (Bergman et al., 2014), del tratamiento farmacológico antidepresivo (Davis et al.,

2012), de la combinación de entrenamiento en habilidades y trabajo motivacional (Easton et al., 2012), de programas de contrato, recuerdo y refuerzo de la retención en tratamiento (Lash et al., 2013) y de la combinación de terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional (Sánchez et al., 2011).

6.5-EFICACIA COMPARADA DE LA TPMB-D VERSUS TO

Una cuestión discutible es por qué se ha comparado la TPMB-D con la TO. En primer lugar, no existe una terapia bien establecida para la PD (Torrens et al., 2012), por lo que no disponemos de un estándar con el que comparar y en este sentido es lícito comparar la TPMB-D con cualquiera de las terapias que se han mostrado probablemente eficaces. En segundo lugar, consideramos que es preferible comparar con otra terapia que con un grupo control en lista de espera porque consideraciones éticas impiden el uso de un grupo control sin intervención (Burns y Grove, 2005) y para que los efectos encontrados no puedan ser atribuidos al hecho de que se les preste más atención a los sujetos tratados. Además, este trato diferencial sería percibido fácilmente por todos los participantes dado que están todos ingresados en un espacio reducido. La tercera razón es el pragmatismo, dado que la TO está disponible en la unidad de hospitalización. En relación a esto, una limitación del estudio es que, para no cambiar en exceso la dinámica de la sala de hospitalización, no se ha evaluado a un grupo que no recibiera ninguna de las dos terapias, por lo que no podemos determinar qué efectos se deben a elementos específicos de cada terapia, a elementos comunes de ambas, a los otros tratamientos que están recibiendo los sujetos o al curso natural de los trastornos. No obstante, consideramos que es factible suponer que los efectos del curso natural, de los otros tratamientos y de los elementos comunes se dan en ambos grupos, por lo que las diferencias encontradas pueden ser atribuidas a diferencias entre ambas terapias.

Otra posible limitación es que las terapeutas de ambas terapias eran siempre las mismas, una psicóloga para todas las sesiones y grupos de TPMB-D y una terapeuta ocupacional para todas las sesiones y grupos de TO. Aunque esto aumenta la fiabilidad de las intervenciones, podría crear un sesgo en el sentido de que los resultados encontrados se pueden deber más a factores personales diferenciales de ambas terapeutas en lugar de a la terapia empleada. Adicionalmente, puede suponer otro sesgo el que la TPMB-D está manualizada y la TO no, lo que puede hacer que ésta última varíe en los diferentes grupos de sujetos que la reciben, alterando así sus resultados.

Otra posible limitación del estudio está relacionada con el diseño ciego. Es evidente que, dadas las características de la intervención, tanto los participantes como los terapeutas conocen qué terapia están recibiendo y administrando, por lo que con doble ciego nos referimos a que los pacientes no saben en qué terapia están interesados los investigadores y las terapeutas desconocen a qué grupo de terapia están asignados los sujetos. La persona que realizaba la evaluación no era ciega respecto al grupo al que pertenecían los sujetos dado que era la que conocía la secuencia de aleatorización, por lo que existe riesgo de sesgo, aunque al ser los cuestionarios autoadministrados esperamos que este riesgo sea menor que si fueran heteroaplicados y/o implicaran valoración del evaluador.

Dado que el resultado de los otros miembros se relaciona con el resultado de los miembros individuales del grupo (Paquin, Kivlighan y Drogosz, 2013), constituye una limitación no haber registrado los sujetos que están en los mismos grupos terapéuticos dentro de cada una de las terapias para poder realizar un modelo de múltiples niveles que dé cuenta de la correlación intraclase (Luppi y Boggio, 2006) o un modelo de interdependencia actor-compañero (Kashy y Kenny, 2000) para examinar el proceso de mutua influencia entre los sujetos de cada pequeño grupo en particular. Aunque se

supone que esta mutua influencia opera en todo tipo de terapias grupales (Paquin et al., 2013), no podemos saber si interactúa de alguna manera con el tipo de terapia y muestra efectos diferenciales en las dos terapias estudiadas.

A continuación se exponen los principales aspectos a considerar en relación a los conocimientos sobre la adicción y la PD, la motivación para el cambio y la satisfacción sobre la terapia recibida.

6.5.1-Conocimientos sobre la adicción y la PD

A pesar de la aleatorización, el nivel de conocimientos pretest difiere entre ambos grupos de tratamiento, puntuando más alto los del grupo TO. Dado que la evaluación pretest se realiza antes de la aleatorización, la variable grupo de tratamiento no debería influir en el nivel de conocimientos, por lo que este resultado es difícil de explicar. Dada esta diferencia inicial, los resultados del postest han de tomarse con cautela dado que los grupos no son en principio comparables.

El nivel de conocimientos aumenta en ambos grupos; pero, mientras en el grupo de TO aumenta en menos de un punto, en el de TPMB-D lo hace en más de punto y medio. Este resultado coincide con el de Goti et al. (2010), quienes encontraron que una intervención motivacional breve aumentaba el conocimiento sobre las drogas más que el tratamiento estándar, pero que éste también lo hacía. No obstante, se ha encontrado que una intervención motivacional breve aumentaba el conocimiento sobre las sustancias psicoactivas, pero no tenía efecto en la intención de uso o la percepción del riesgo, aunque el conocimiento limitado sobre los efectos de las drogas y la subsiguiente baja percepción del riesgo del uso de sustancias se ha señalado como un factor que podría contribuir al consumo de sustancias en adolescentes (Goti et al., 2010). En este sentido, una limitación de este estudio es no haber realizado un seguimiento tras el alta

hospitalaria para comprobar si este aumento de los conocimientos se traducía en una disminución real del consumo de sustancias.

No obstante, a pesar de la aparente superioridad de la TPMB-D, donde los sujetos presentan puntuaciones significativamente más bajas en el pretest y acaban superando al grupo TO en el postest (aunque sin que la diferencia entre ambos grupos sea significativa), es discutible si este aumento es clínicamente significativo, ya que ambos grupos se quedan en un aprobado. Por otro lado, como se comentará más adelante, los sujetos que más aumentan los conocimientos son los que menos presentan al principio, por lo que el superior aumento en el grupo de TPMB-D puede no deberse a la terapia recibida sino a que los sujetos del grupo TPMB-D partían de un menor nivel de conocimientos. Además, el hecho de haber usado el mismo cuestionario en el pre y el post puede producir efectos de la práctica que influyan en los resultados. Para próximos estudios que pretendan evaluar la eficacia de psicoterapias en el área de conocimientos sería recomendable disponer de un amplio banco de ítems y elegir aleatoriamente aquellos que se pasarán a los sujetos, siendo distintos en el pre y el postest.

6.5.2-Motivacion para el cambio

En precontemplación, a pesar de la aleatorización, los sujetos del grupo TO puntúan más alto que los del grupo TPMB-D antes y después del tratamiento (aunque en el post la diferencia no alcanza la significación estadística). Este es un resultado difícilmente explicable ya que los sujetos eran evaluados antes de ser asignados a uno u otro grupo, por lo que esta variable no debería influir en el grado de motivación. Dado que no hay efecto del momento de la evaluación ni interacción entre el grupo de tratamiento y el momento de la evaluación, parece que las terapias no inciden sobre esta variable, sino que, a pesar del azar o por alguna razón que se nos escapa, los sujetos del

grupo TO presentaban mayor puntuación en precontemplación al inicio del estudio y la mantuvieron sin que ninguna de las dos terapias modificara esto.

El hecho de que aparezcan diferencias entre ambos grupos de tratamiento en el nivel de conocimientos y en la puntuación en precontemplación en la evaluación pretest podría estar reflejando algún tipo de sesgo en la aleatorización, aunque esto es bastante difícil dado el sistema de aleatorización empleado y que se aleatorizaba después de haber realizado la evaluación pretest.

En contemplación, se produce un efecto de interacción entre el tratamiento y el momento de la evaluación: partiendo el grupo TPMB-D de puntuaciones más bajas, acaban puntuando más que el grupo TO. Llama la atención el bajo porcentaje de pacientes que se encuentran en la fase de contemplación. Esto puede deberse, como ya se ha dicho, al procedimiento de asignación de fase que, ante empates, asignaba la fase más avanzada, siendo más lógico encontrar empates entre contemplación y acción que entre precontemplación y contemplación, por lo que menos sujetos serían asignados a contemplación. Aunque también aparecen puntuaciones centiles más bajas en contemplación que en las otras dos fases, por lo que estas bajas puntuaciones y los pocos sujetos que se encuentran en esta fase podrían deberse a que contemplación sea una fase más transitoria que las otras dos, ya que, para reducir la disonancia, el sujeto tendría que decantarse finalmente por la acción o retroceder a la negación de la fase precontemplación (Prochaska y DiClemente, 1986). En este sentido, destacar el elevado porcentaje de sujetos que se encuentran en precontemplación, mostrando que, incluso cuando los sujetos están involucrados en un tratamiento, a menudo no están motivados para manejar su enfermedad (Ziedonis y Trudeau, 1997).

Respecto a la puntuación en acción, ambos grupos aumentan sus puntuaciones, pero el grupo TPMB-D la aumenta mucho más, presentando una puntuación

significativamente más alta en el posttest. En concreto, la TO aumenta la puntuación en un centil, mientras que la TPMB-D la aumenta más de diez, un resultado que se puede considerar clínicamente significativo. La mejora en motivación del grupo TO puede deberse al tratamiento psiquiátrico estándar, a la propia TO o a que una relación positiva con un profesional con encuentros regulares se relaciona con un mayor esfuerzo para cesar el abuso de sustancias (Alverson, Alverson y Drake, 2000). En este sentido, se podría objetar que dado que en algunas sesiones de la TPMB-D hay presente un coterapeuta, el que algunos de los encuentros sean con el doble de profesionales podría influir en los mejores resultados de la TPMB-D.

Parece muy buen resultado que la TPMB-D consiga aumentar la motivación para la acción, ya que la motivación para continuar con el tratamiento es uno de los más importantes predictores de la abstinencia (Schaefer, Cronkite y Hu, 2011) y la continuidad en los servicios de cuidado se asocia con mejores resultados (Grella, Stein, Weisner, Chi y Moos, 2010): cuanto mayor es el tiempo de adherencia al tratamiento, menor es el consumo y mejora el estado de salud y la adaptación social (Ravndal y Vaglum, 1998). Las intervenciones que promueven la retención en cuidado continuado del TUS mediante contrato, recuerdo y refuerzo parecen producir mejoras clínicamente significativas en la asistencia a posteriores recursos asistenciales y las tasas de abstinencia, aunque hay resultados contradictorios al respecto (Lash et al., 2013). También el uso de intervenciones breves de feedback motivacional aumenta la incorporación a grupos de tratamiento ambulatorio en pacientes con PD (Lozano, LaRowe, Smith, Tuerk y Roitzsch, 2013).

No obstante, una limitación de este estudio es que, al pasar finalmente los sujetos por ambas terapias, no ha sido factible evaluar si realmente los sujetos tratados con TPMB-D mantienen la abstinencia y acuden a otros recursos asistenciales. Sería

recomendable plantear en futuros estudios la posibilidad de que los sujetos recibieran sólo una de las terapias o de un diseño con tres grupos (TPMB-D, TO y TPMB-D+TO) y realizar un seguimiento de los pacientes después del alta hospitalaria. Se ha afirmado que los pacientes duales se comprometen más con el tratamiento y presentan más adherencia a los planes de tratamiento con el uso de intervenciones motivacionales breves (Goldsmith y Garlapati, 2004). En cambio, Pantalón y Swanson (2003), usando la escala URICA (McConaughy et al., 1983), encontraron que los pacientes con baja motivación para el cambio presentaban mayor adherencia al tratamiento y acudían en mayor proporción a los grupos de terapia durante la hospitalización y a citas clínicas en el mes posterior al alta. También Ziedonis y Trudeau (1997) encontraron que los sujetos con baja motivación presentaban más búsqueda de tratamiento que los que presentan niveles altos de motivación. Así mismo, Kavanagh y Mueser (2007) encontraron que las intervenciones breves tienen un impacto limitado en el uso de sustancias en las personas con trastornos mentales graves. Igualmente, Book et al. (2013) hallaron que una intervención breve no disminuía el uso de alcohol en pacientes con ansiedad social. También parece que los resultados más importantes de la entrevista motivacional se producen en las medidas relacionadas con la motivación del paciente (adhesión al tratamiento, cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, satisfacción con la terapia, etc.) y no tanto con el consumo (Becoña y Cortés, 2008). Otros estudios en cambio encuentran que la terapia breve motivacional reduce el número de hospitalizaciones, disminuye el uso de sustancias y aumenta la probabilidad de hacer la transición al tratamiento ambulatorio (DeVido y Weiss, 2012). También los tres estudios de Weiss et al. (2000, 2007, 2009) encuentran que añadir terapia grupal integrada (dirigida tanto al TUS como al trastorno mental) mejora los resultados del tratamiento estándar, reduciendo el uso de sustancias (Farren, Hill y Weiss, 2012). Por su parte, Bechdorf et

al. (2011) encuentran que de los pacientes hospitalizados que reciben cuatro sesiones de entrevista motivacional acuden al tratamiento integrado ambulatorio el 70% frente al 40% de los que reciben el mismo número de sesiones de terapia de apoyo. Igualmente, Swanson et al. (1999) encontraron que los pacientes hospitalizados que recibían además del tratamiento estándar una intervención breve motivacional acudían en mayor proporción a su primera cita ambulatoria que los que recibían sólo tratamiento estándar. La revisión de Hunt et al. (2013) también concluye que añadir entrevista motivacional al tratamiento estándar aumenta la probabilidad de acudir a la primera cita postratamiento y reduce el uso de sustancias.

El mayor aumento de la puntuación en acción de la TPMB-D se ve reflejado también en la fase motivacional en la que se encuentran los sujetos, ya que los sujetos que recibieron TPMB-D avanzaron más hacia la fase de acción que los que recibieron TO. Que en total diez sujetos avancen de la fase de precontemplación a la de acción nos parece un resultado también clínicamente significativo. Además, si tenemos en cuenta que a los sujetos se les asignaba la fase más avanzada, lo que hace más difícil detectar cambios (pues muchos ya parten de la acción), nos parece aún más significativo. En este sentido, según la experiencia clínica, los sujetos con enfermedades mentales graves a menudo necesitan una media de seis meses para pasar de un nivel motivacional al siguiente y dos años para pasar de precontemplación a mantenimiento (Ziedonis, 2004), por lo que el hecho de que diez sujetos avancen dos fases en una semana nos parece un resultado muy relevante, aunque queda por dilucidar si este resultado se mantiene en el tiempo.

Sin embargo, si nos fijamos en el número de fases que avanzan o retroceden los sujetos que reciben TPMB-D, vemos que en realidad 22 sujetos han avanzado desde la fase precontemplación a la de acción pero 12 han retrocedido de la fase de acción a la

de precontemplación. Aunque globalmente el resultado sigue siendo bueno, resulta preocupante que 12 sujetos retrocedan de fase. Sería interesante evaluar la evolución de la motivación para el cambio durante el ingreso estándar, por lo que se podría considerar para el futuro un diseño de cuatro grupos: tratamiento estándar, tratamiento estándar+TO, tratamiento estándar+TPMB-D y tratamiento estándar+TO+TPMB-D. Esto nos permitiría comprobar si habitualmente hay sujetos que retroceden en su motivación durante el ingreso porque al percibir mejoría pueden considerar menos necesario abandonar el consumo, por regresión a la media o por el curso natural fluctuante de la motivación para el cambio; o si la TPMB-D es contraproducente en algunos sujetos. Parece que en general es habitual que algunos sujetos retrocedan de fase, por ejemplo, Rojas y Espinoza (2008) encontraron que después de una intervención motivacional 25 participantes retrocedieron frente a 44 que avanzaron, en concreto, un gran porcentaje de sujetos en las fases acción y mantenimiento retrocedían. Estos autores justifican este resultado afirmando que las intervenciones motivacionales están diseñadas para alcanzar la fase de acción y compromiso con el cambio, pero que una vez alcanzada esa fase los sujetos presentan una tendencia a la regresión. Además, señalan que estos avances y retrocesos se relacionan con los resultados de que no hay un progreso lineal a través de los estadios de cambio, sino que se trata de un modelo en espiral o circunflejo (Rojas y Espinoza, 2008). Hay que tener en cuenta que el cuestionario utilizado en esta tesis no evalúa la fase de mantenimiento, por lo que no sabemos si en realidad los sujetos que retroceden desde acción puntuarían más alto en mantenimiento que en fases tempranas o si realmente se trata de un retroceso. Sin embargo, se puede suponer que siempre habrá sujetos que retrocedan dada la fluctuación de la motivación, aunque este resultado también indicaría que la TPMB-D es más efectiva en aquellos sujetos en fases motivacionales tempranas.

6.5.3-Satisfacción con la terapia

Los sujetos tratados con TPMB-D presentan más satisfacción con el tratamiento que los tratados con TO. Este resultado coincide con los estudios que sugieren que los sujetos con PD se muestran más satisfechos con tratamientos integrados que focalicen simultáneamente en la adicción y el trastorno mental (Anderson, 1999; Clark et al., 2008; Daughters et al., 2008; Morse, Calsyn, Klinkenberg, Cunningham y Lemming, 2008). Schulte et al. (2011), en su revisión sobre la satisfacción con el tratamiento de los pacientes con PD, encontraron altas puntuaciones medias en satisfacción, aunque en la mayoría de estudios el tratamiento integrado producía mayor satisfacción que el estándar sin foco específico en la PD. Además, en el tratamiento estándar sin foco en PD, los pacientes duales tienden a estar menos satisfechos que los pacientes con un solo diagnóstico (Boden y Moos, 2009).

No obstante, la diferencia en satisfacción, aunque significativa, no llega a ser ni de tres puntos, presentando ambos grupos niveles similares en torno al aprobado alto. Por un lado, es lógico que la TPMB-D presente mejores resultados en las variables para las que fue específicamente diseñada que en satisfacción, que no es uno de sus objetivos explícitos. Por otro lado, hay estudios que encuentran que los sujetos con PD en general se muestran bastante satisfechos con sus tratamientos (Schulte et al., 2011), obteniendo en diferentes estudios con el *Cuestionario de Percepciones del Tratamiento* (Marsden et al., 2000), cuyo rango es 0-40, medias de 19,9-23,8 (DT: 5,2-7,2)(Afuwape et al., 2006), 18,5-22,6 (DT:6,8-8,9)(Miles et al., 2003) y 20,1-21,5 (DT: 0,8-8,6)(Craig et al., 2008), que siendo aceptables son algo inferiores a las obtenidas en nuestra muestra.

Parece un resultado muy positivo que la TPMB-D genere adecuados niveles de satisfacción, dado que la satisfacción con el tratamiento para el TUS se correlaciona

positivamente con mejoras en la calidad de vida, los síntomas y el nivel de funcionamiento y con el uso de los servicios y la abstinencia (Carlson y Gabriel, 2001).

6.5.4-Aspectos que se relacionan con la eficacia de la TPMB-D

Los aspectos que en esta tesis han mostrado su importancia por influir de forma significativa en la eficacia de la TPMB-D son aquellos que proponemos deben tenerse en cuenta a la hora de implementar dicha terapia. En este sentido debemos destacar que:

- El nivel de conocimientos aumenta más en aquellos sujetos que presentan menos conocimientos previos a recibir la TPMB-D.
- La motivación para el cambio aumenta más en aquellos pacientes que estaban menos motivados antes de recibir la TPMB-D
- La puntuación en contemplación aumenta más en aquellos sujetos con contrato temporal, pero son tan pocos sujetos que quizás este resultado no resulte relevante.
- La puntuación en acción aumenta más si los sujetos acuden a más sesiones y si han sido derivados desde los recursos específicos de adicciones (UDH) y de PD (PPDG) con respecto a los ingresados de forma general en la UHB.
- Los sujetos sin dependencia de cannabis presentaban más satisfacción.

Destacar que, a excepción de la situación laboral, ninguna de las variables sociodemográficas se relaciona con la eficacia de la TPMB-D, con lo que parece que el género no influye en su eficacia. Esto difiere del resultado de que la eficacia de la TPMB sí variaba en relación al género de los pacientes (Haro, Ramírez et al., 2006), presentando más satisfacción las mujeres; pero coincide con la revisión de Schulte et al. (2011) que sugiere que las características demográficas del paciente no se relacionan con la satisfacción con el tratamiento. Nos parece importante que la TPMB-D sea igual

de efectiva en ambos géneros, ya que las mujeres con PD experimentan síntomas psiquiátricos más graves, mayor tendencia suicida y más problemas de salud, desempleo y estigma que los hombres con PD (Clarke et al., 2013). Nuestros resultados contradicen los estudios que afirman que los programas de tratamiento mixtos en relación al género fallan en atraer, retener y tratar a las mujeres con PD (Clarke et al., 2013), coincidiendo con los que encuentran que no hay diferencias en eficacia entre los grupos mixtos y los dirigidos sólo a mujeres (Kaskutas, Zhang, French y Witbrodt, 2005).

Tampoco el nivel educativo influye en la efectividad, a diferencia del estudio de Madoz-Gúrpide et al. (2013), donde a mayor nivel educativo mayor probabilidad de alta terapéutica. La edad tampoco influye en la efectividad de la TPMB-D, contradiciendo los estudios que sugieren que las personas más jóvenes responden peor a las intervenciones (Farren, Snee, Daly y McElroy, 2013) y coincidiendo con los que encuentran que la edad no influye en la probabilidad de alta terapéutica (Madoz-Gúrpide et al., 2013).

El diagnóstico psiquiátrico que presentan los sujetos no influye en los resultados, resultado que contradice el de otros estudios (Farren et al., 2013; Farris, Epstein, McCrady y Hunter-Reel, 2012; Madoz-Gúrpide et al., 2013), aunque también hay revisiones que concluyen, al igual que esta tesis, que el diagnóstico psiquiátrico no influye en los resultados de tratamiento (Baker et al., 2009) y en concreto en la efectividad de la entrevista motivacional (Hunt et al., 2013). No obstante, también hay estudios que encuentran que, dentro de un mismo diagnóstico, los síntomas específicos que presentan los sujetos se relacionan con los resultados del tratamiento (Glasner-Edwards, Mooney, Ang, Hillhouse y Rawson, 2013).

Como ya se ha comentado, una limitación del estudio es no haber evaluado específicamente la gravedad de los síntomas de los pacientes, pues aunque hay estudios que sugieren que la gravedad no se relaciona con la satisfacción con el tratamiento (Schulte et al., 2011), otros sugieren que las intervenciones motivacionales parecen ser más efectivas en sujetos con limitaciones neuropsicológicas que les incapacitarían, al menos en las fases iniciales del proceso de cambio, para beneficiarse de intervenciones con mayor complejidad y exigencia (Becoña y Cortés, 2008). También hay estudios que diferencian entre la gravedad del TUS y la gravedad del trastorno mental, afectando ambas de diferente manera a los resultados de tratamiento (Tamm et al., 2013).

Ninguna de las variables sociodemográficas ni clínicas influyen en el aumento en el nivel de conocimientos, en la línea de estudios que encuentran que ninguna variable de este tipo influye en la adquisición de conocimientos en grupos psicoeducativos para familiares de enfermos mentales (Belloso, García y de Prado, 2000), pacientes con trastorno bipolar (Schaub et al., 2013) y pacientes con esquizofrenia (Prasko et al., 2011). Sin embargo, otros estudios encuentran que el grado de psicopatología influye en la adquisición de conocimientos sobre la psicosis, aunque incluso los pacientes más graves se benefician de la psicoeducación (Kreiner, Baranyi, Stepan y Rothenhäusler, 2012). También hay estudios que encuentran que se benefician más de la psicoeducación aquellos pacientes con psicosis que tienen un nivel educativo medio-alto y toman medicación antipsicótica típica (Bossema et al., 2011). El que la sustancia de consumo no influya en el aumento de conocimientos supone una diferencia respecto a los resultados encontrados con la TPMB, ya que con dicha terapia aumentaban menos los conocimientos en los sujetos en programa de mantenimiento con metadona (Haro, Ramírez et al., 2006).

La única variable que se relaciona con el aumento de conocimientos es el nivel de conocimientos previo. Al igual que en esta tesis, en el estudio de Bossema et al. (2011) los pacientes que presentaban menor nivel de conocimientos en la línea base eran los que más conocimientos adquirirían con una intervención psicoeducativa para pacientes con trastorno psicótico.

Parece que la TPMB-D es más efectiva en aquellos pacientes con menor motivación al inicio, lo que concuerda con los estudios que encuentran que la entrevista motivacional es más efectiva para los pacientes con baja motivación que para los que presentan alta motivación (Project MATCH Research Group, 1997; Stotts, Schmitz, Rhoades y Grabowski, 2001) y que las intervenciones motivacionales tiene mayor efectividad en los individuos con menor motivación inicial y menos beneficios para aquellos con motivación inicial más alta (Lozano et al., 2013). Según Becoña y Cortés (2008), la evidencia sugiere que los mayores beneficiarios de las intervenciones motivacionales son los sujetos con menor nivel de motivación, ya que la entrevista motivacional parece especialmente útil en sujetos que se encuentran en la etapa precontemplación, que no han considerado la posibilidad de abandonar el consumo y que, a partir de una intervención intencional, pueden empezar a considerar la conveniencia de hacerlo.

Con la debida precaución dado el limitado número de sujetos en esta condición, resulta llamativo que tener contrato temporal se relacione con un mayor aumento de la puntuación en contemplación. El empleo se considera un indicador clave de mejoría en las personas con TUS y está implícito en los criterios de las guías de expertos para evaluar los tratamientos para el TUS (Laudet, 2012). Se considera que tener un empleo puede fortalecer el compromiso con la recuperación dado que es algo valioso que se puede perder con la adicción activa (Blankertz, McKay y Robinson, 1998) y tener

empleo es uno de los mejores predictores de resultados de tratamiento positivos en la enfermedad mental (Cook y Razzano, 2000). Así, podríamos suponer que las personas que tienen un empleo se benefician más de la TPMB-D, aunque esto no se cumple con las personas que tienen un contrato indefinido, quizás porque son aún menos sujetos los que presentan esta condición. No obstante, esta conclusión no es factible por dos razones más. Una es que, dado que la gran mayoría de la muestra no tiene empleo, no podemos establecer comparaciones con la potencia necesaria entre sujetos que lo tienen y no. La otra es que se analizó a posteriori la diferencia pretest en la puntuación en contemplación según la situación laboral y los sujetos con contrato temporal son los que presentan en el pretest menos puntuación, por lo que el mayor aumento en este grupo puede no deberse a su condición laboral sino al resultado general en esta muestra de que la motivación para el cambio aumenta más en aquellos pacientes que estaban menos motivados antes de recibir el tratamiento. Otra cuestión es por qué los sujetos con contrato temporal presentan menos motivación para el cambio que el resto de sujetos, incluidos parados, pensionistas y sujetos con incapacidad laboral transitoria. Quizás podría deberse a que, al saber que van a perder el empleo de todos modos, el tenerlo no les sirve como motivación para el cambio. Además, los trabajos sobre precariedad laboral citan como una de sus consecuencias la dificultad para planear el futuro, que puede llevar a una filosofía de disfrute del presente inmediato, con lo que aparece el tiempo libre evasivo, que facilita el abuso de alcohol y drogas (Consejo de la Juventud de España, 2003). Así mismo, la insatisfacción laboral también se ha relacionado con el abuso de sustancias (García, 2009).

De las variables clínicas, sólo influyen en la efectividad el número de sesiones a las que acuden los sujetos y el recurso desde donde han sido derivados. Con la TPMB-D, a mayor número de sesiones más aumenta la motivación, mientras que con la TPMB

lo que aumentaba con el número de sesiones era el nivel de conocimientos y la satisfacción (Haro, Ramírez et al., 2006). Al igual que en nuestros resultados, en el estudio de Baker et al., (2010) una intervención de 10 sesiones mostraba mayor reducción en el consumo de alcohol que una breve de una sola sesión, en el estudio de Mueser et al. (2013) las intervenciones familiares con más sesiones eran más efectivas y en el estudio de Timko et al. (2013) una mayor participación en los grupos de ayuda mutua se asociaba con mejores resultados.

La TPMB-D es más efectiva aumentando la puntuación en acción en aquellos sujetos derivados de recursos específicos de adicciones y PD que en los derivados del recurso específico para trastornos mentales. También en otros estudios se ha hallado que el lugar de tratamiento puede ayudar a explicar los resultados, ya que los programas de salud mental tienden a poner más énfasis en los problemas psiquiátricos de los pacientes y menos en el consumo de alcohol y drogas que los programas de abuso de sustancias (Timko et al., 2013). Consecuentemente, los pacientes derivados de la UHB se sentirían menos cómodos e identificados con los contenidos tratados en la TPMB-D que los derivados de la UDH y el PPDG, que estarían más familiarizados con los mismos. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio se ha hecho en un hospital con recursos específicos para pacientes duales graves, por lo que la mayoría de pacientes identificados como tales han de estar en dichos recursos. Esto deja la duda de si los pacientes ingresados en la UHB tienen adicciones menos graves y por eso no se les ha captado desde los recursos específicos o si en general la TPMB-D es menos efectiva en pacientes tratados en recursos de salud mental porque se identifican menos con la patología adictiva y/o su prioridad es el tratamiento del trastorno mental. Dado que en hospitales sin recursos específicos para pacientes duales graves dichos pacientes estarán tratados en recursos de salud mental, consideramos que la TPMB-D es apta para ser

aplicada en las salas de hospitalización de salud mental de dichos hospitales, pues la proporción de pacientes duales graves en las mismas será previsiblemente más alta que en el caso de la UHB del Hospital de Castellón y es esperable, o al menos deseable, que aunque dichos pacientes no estén en un recurso específico se haya trabajado con ellos su dependencia de sustancias.

Respecto a la satisfacción con la TPMB-D, ninguna de las variables sociodemográficas se relaciona con ella, al igual que en la revisión de Schulte et al. (2011), donde ni éstas, ni la gravedad de los síntomas, ni la principal sustancia de consumo, ni el tipo de psicopatología se relacionan con la satisfacción con el tratamiento. No obstante, a diferencia de dicha revisión, la satisfacción con la TPMB-D sí se relaciona con la sustancia consumida. En concreto, los resultados de la TPMB-D coinciden parcialmente con los de la TPMB, pues en ambas terapias varía la satisfacción según la sustancia de la que los sujetos dependían (Haro, Ramírez et al., 2006), presentando menos satisfacción con la TPMB los pacientes en programa de mantenimiento con metadona y con la TPMB-D los pacientes con dependencia de cannabis. Esta menor satisfacción de los sujetos con dependencia de cannabis podría deberse a que se identifican menos con la información sobre la adicción, ya que esta sustancia se suele percibir como diferente al resto de drogas, en el sentido de que sus usuarios consideran que tiene menos efectos negativos y genera menos dependencia que el resto e incluso hay movimientos que hacen apología de su consumo (Isorna y Felpeto, 2014).

Aunque la sustancia de consumo influye en el nivel de satisfacción con la TPMB-D, no se relaciona con el aumento del nivel de conocimientos ni de la motivación para el cambio, en la línea de estudios que encuentran que la sustancia de consumo no influye en la efectividad de programas de contrato, recuerdo y refuerzo de

la continuidad de cuidados (Lash et al., 2013), pero diferenciándose de aquellos que encuentran que la sustancia de consumo influye en la probabilidad de alta terapéutica (Madoz-Gúrpide et al., 2013).

Nuestros resultados respecto a la satisfacción con el tratamiento en pacientes dependientes de sustancias con o sin PD son similares a algunos de los encontrados en pacientes psiquiátricos, quienes en general muestran un alto grado de satisfacción global y cuya satisfacción no se relaciona con las variables sociodemográficas (Sartorius, Sanz y Pérez, 2006). No obstante, difieren en que entre los pacientes psiquiátricos los pacientes involuntarios suelen estar menos satisfechos, los pacientes esquizofrénicos suelen mostrarse menos satisfechos que los afectivos, los pacientes con trastorno de la personalidad suelen estar en general menos satisfechos y los mayores están más satisfechos que los jóvenes (Sartorius et al., 2006).

7-CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos confirman todas las hipótesis:

- 1- Ha sido posible adaptar los contenidos y procedimientos de la TPMB para ser usados en un contexto hospitalario que incluye también pacientes con PD, creando la TPMB-D.
- 2- Ha sido posible implementar la TPMB-D en un contexto hospitalario integrando en los mismos grupos terapéuticos a pacientes con TUS y con PD.
- 3- La TPMB-D ha aumentado el conocimiento sobre adicciones y PD.
- 4- La TPMB-D ha aumentado la motivación para el cambio.
- 5- Los pacientes tratados con TPMB-D han presentado mayores niveles de conocimientos sobre dependencia y PD que los tratados con TO.
- 6- Los pacientes tratados con TPMB-D han presentado mayores niveles de motivación para el cambio que los tratados con TO.
- 7- Los pacientes tratados con TPMB-D han presentado mayores niveles de satisfacción con el tratamiento que los tratados con TO.

Estos resultados sugieren las siguientes conclusiones:

- 1- La TPMB-D ha mostrado ser efectiva para aumentar la motivación para el cambio y, en menor medida, el conocimiento sobre drogodependencias y PD en pacientes con TUS y con PD, generando un nivel adecuado de satisfacción.
- 2- La TPMB-D muestra mejores resultados en motivación, conocimientos y satisfacción que la TO.
- 3- La TPMB-D se puede aplicar en el contexto hospitalario tanto a pacientes con TUS como duales, siendo su formato grupal eficiente, sin que el incluir en un mismo grupo a ambos tipos de pacientes disminuya su efectividad, optimizando así los recursos y reduciendo el estigma asociado a los pacientes duales.

- 4- La TPMB-D presenta una buena adherencia al tratamiento.
- 5- La TPMB-D es más efectiva en aquellos pacientes que presentan menor nivel de conocimientos y motivación para el cambio.
- 6- La efectividad en el aumento de la motivación para el cambio es mayor si los sujetos acuden a más sesiones.
- 7- El recurso de derivación y la dependencia de cannabis se relacionan con la efectividad de la TPMB-D.
- 8- Los resultados de esta tesis indican que la TPMB-D es una buena opción terapéutica para ser aplicada a pacientes dependientes de sustancias hospitalizados como complemento al tratamiento estándar, siendo pertinente realizar más investigación sobre ella.

8-BIBLIOGRAFÍA

- Abad, F.J., Olea, J., Ponsoda, V., y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Abraham, H.D., y Fava, M. (1999). Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 44-50.
- Afuwape, S.A., Johnson, S., Craig, T.J.K., Miles, H., Leese, M., Mohan, R., y Thornicroft, G. (2006). Ethnic differences among a community cohort of individuals with dual diagnosis in South London. *JMH*, 15, 551-567.
- Ahles, T. A., Schlundt, D. G., Prue, P. M., y Rychtarik, R. G. (1983). Impact of aftercare arrangements on the maintenance of treatment success in abusive drinkers. *Addictive Behaviors*, 8, 53–58.
- Alcoholics Anonymous. (1952). *Twelve Steps and Twelve Traditions*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Alverson, H., Alverson, M., y Drake, R. E. (2000). An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with a severe mental illness. *Community Journal of Mental Health*, 36, 557–569.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1995). Practice guidelines for the treatment of patients with substance abuse disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1–50.

- American Psychiatric Association. (1997). *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias*. Barcelona: Edika Médica.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a Edición). Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, A.J. (1999). A Comparative Impact Evaluation of Two Therapeutic Programs for Mentally Ill Chemical Abusers. *International Journal Psychosocial Rehabilitation*, 4, 11–26.
- Anderson, A.J. (2001). Psychoeducational group therapy for the dually diagnosed. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 5, 77-78.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C.,..., y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127.
- Attkisson, C.C., y Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Back, S.E. (2010). Toward an improve model of treating co-occurring PTSD and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(1), 11-13.
- Baigent, M. (2012). Managing patients with dual diagnosis in psychiatric practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 201–205.

- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R.,..., y Terry, M. (2002). Motivational interviewing among psychiatric inpatients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(3), 233–240.
- Baker, A., Turner, A., Kay-Lambkin, F.J., y Lewin, T.J. (2009). The long and the short of treatments for alcohol or cannabis misuse among people with severe mental disorders. *Addictive Behaviors*, *34*, 852–858.
- Baker, A.L., Kavanagh, D.J., Kay-Lambkin, F.J., Hunt, S.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., y Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction*, *105*, 87–99.
- Balcells, M., Torres, M., y Yahne, C.E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, *16*(2), 227-236.
- Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C., y O’Neill, T. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, *46*, 371-379.
- Ball, S.A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addictive Behaviors*, *23*, 883–891.
- Ball, S.A., y Young, J.E. (2000). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, *7*, 270–281.
- Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín, E., López, N., y Haro, G. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, *22*(1), 15-24.

- Barkus, E., y Murray, R. M. (2010). Substance use in adolescence and psychosis: clarifying the relationship. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 365–389.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R.,..., y McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with co-morbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1706–1713.
- Batel, P. (2000). Addiction and schizophrenia. *European Psychiatry*, 15, 115-122.
- Bechdolf, A., Pohlmann, B., Geyer, C., Ferber, C., Klosterkötter, J., y Gouzoulis-Mayfrank, E. (2005). Motivational interviewing for patients with comorbid schizophrenia and substance abuse disorders: a review. *Fortschritte Neurologie-Psychiatrie*, 73(12), 728-735.
- Bechdolf, A., Pohlmann, B., Guttgemanns, J., Geyer, C., Lindner, K., Ferber, C., y Gouzoulis-Mayfrank, E. (2011). State-dependent motivational interviewing for people with schizophrenia and substance use: Results of a randomised controlled trial. *Nervenarzt*, 83(7), 888–896.
- Becoña, E., y Cortés, M. (Coord.). (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf> .
- Becoña, E., y Cortés, M. (Coord.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., y 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(4), 426–432.

- Bellack, A.S., y DiClemente, C.C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *50*, 75–80.
- Belloso, J.J., García, B., y de Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, *20*(73), 23-40.
- Benaiges, I., Prat, G., y Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*,106.
- Bergman, B.G., Greene, M.C., Hoepfner, B.B., Slaymaker, V., y Kelly, J.F. (2014). Psychiatric Comorbidity and 12-Step Participation: A Longitudinal Investigation of Treated Young Adults. *Alcoholism: clinical and experimental research*, *38*(2), 501-510.
- Black, J.J., Heffner, J.L., Anthenelli, R.M., Beavers, J.N., Albertz, A., Blom, T.,..., y DelBello, M.P. (2012). Diagnosing Alcohol and Cannabis Use Disorders in Adolescents with Bipolar Disorder: A Preliminary Investigation. *Journal Dual Diagnosis*, *8*(1), 13–18.
- Blanchard, J.J., Brown, S.A., Horan, W.P., y Sherwood, A. (2000). Substance use disorders in schizophrenia: Review, integration and a proposed model. *Clinical Psychology Review*, *20*, 207-234.
- Blankertz, L., McKay, C., y Robinson, S. (1998). Work as a Rehabilitative Tool for Individuals with Dual Diagnosis. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *11*, 113–123.
- Boden, M.T., y Moos, R. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse & Treatment*, *37*, 335-345.
- Book, S.W., Thomas, S.E., Smith, J.P., Randall, P.K., Kushner, M.G., Bernstein, G.A.,..., y Randall, C.L. (2013). Treating individuals with social anxiety

- disorder and at-risk drinking: Phasing in a brief alcohol intervention following paroxetine. *Journal Anxiety Disorders*, 27(2), 252–258.
- Borge, L., Røssberg, J.I., y Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 932-942.
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., van den Brink, W., Smit, J.H., Veltman, D.J., Beekman, A.T.F., y Penninx, B.W. (2012). Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 476–484.
- Bossema, E.R., de Haar, C.A.J., Westerhuis, W., Beenackers, B.P.F., Blom, B.C.E.M., Appels, M.C.M., y van Oeveren, C.J. (2011). Psychoeducation for Patients With a Psychotic Disorder: Effects on Knowledge and Coping. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13(4).
- Brady, K.T., Verduin, M.L., y Tolliver, B.K. (2007). Treatment of Patients Comorbid for Addiction and Other Psychiatric Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 9, 374–380.
- Brandariz, R.A. (2009). Propiedades psicométricas de la escala estados de disposición al cambio. *Anuario de Proyectos e Informes de Investigación de Becarios de Investigación*, 6, 190-194.
- Brown, E.S., Suppes, T., Adinoff, B., y Thomas, N.R. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: Comorbidity or misdiagnosis? *Journal of Affective Disorders*, 65, 105-111.
- Brunette, M.F., y Mueser, K.T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 10-17.

- Budney, A.J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J., y Novy, P.L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051–1061.
- Burns, N., y Grove, S. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. St Louis: Elsevier Saunders.
- Burrow, J., y Lundberg, K. (2007). Readiness to change in adults waiting for publicly funded substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 32(1), 199-204.
- Cardenal, V., Sánchez, M.P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Carey, M.P., Carey, K.B., Maisto, S.A., Gordon, C.M., y Venable, P.A. (2001). Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behaviour among psychiatric outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 846-850.
- Carlson, M.J., y Gabriel, R.M. (2001). Patient Satisfaction, Use of Services, and One-Year Outcomes in Publicly Funded Substance Abuse Treatment. *Psychiatric Services*, 52(9), 1230–1236.
- Carroll, K.M. (2004). Behavioral therapies for co-occurring substance use and mood disorders. *Biological Psychiatry*, 56, 810-816.
- Casadio, P., Olivoni, D., Ferrari, B., Pintori, C., Speranza, E., Bosi, M.,..., y Atti, A.R. (2014). Personality Disorders in Addiction Outpatients: Prevalence and Effects on Psychosocial Functioning. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8, 17-24.

Cassidy, F., Ahearn, E.P., y Carroll, B.J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 3, 181-188.

Caton, C.L., Shrout, P.E., Eagle, P.F., Opler, L.A., Felix, A., y Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *American Journal of Public Health*, 84, 265-270.

Chengappa, K.R., Levine, J., Gershon, S., y Kupfer, D. (2000). Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. *Bipolar Disorders*, 2(3), 191-195.

Chi, F.W., Sterling, S., Campbell, C.I., y Weisner, C. (2013). Twelve-Step Participation and Outcomes over Seven Years among Adolescent Substance Use Patients with and without Psychiatric Comorbidity. *Substance Abuse*, 34(1), 33–42.

Clark, C., Young, M.S., Jackson, E., Graeber, C., Mazelis, R., Kammerer, N., y Huntington, N. (2008). Consumer Perceptions of Integrated Trauma-Informed Services Among Women with Co-Occurring Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 71–90.

Clark, R. E., Samnaliev, M., y McGovern, M. P. (2009). Impact of substance disorders on medical expenditures for medicaid beneficiaries with behavioral health disorders. *Psychiatric Services*, 60(1), 35–42.

Clarke, N., Mun, E.Y., Kelly, S., White, H.R., y Lynch, K. (2013). Treatment Outcomes of a Combined Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for a Sample of Women with and without Substance Abuse Histories on an Acute Psychiatric Unit: Do Therapeutic Alliance and Motivation Matter? *American Journal of Addiction*, 22(6), 566–573.

- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., Siegfried, N., y Walter, G. (2008). Psychosocial treatment programs for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 226-228.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., y Walter, G. (2009). Psychosocial treatment programs for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 238-258.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., Broekaertand, E., y De Fruyt, F. (2012). Prevalence and Determinants of Personality Disorders in a Clinical Sample of Alcohol-, Drug-, and Dual-Dependent Patients. *Substance Use & Misuse*, 47, 649–661.
- Consejo de la Juventud de España. (2003). *La precariedad que vivimos*. Recuperado de http://83.247.129.61/docs/Joventut/Documents/Arxiu/La_precariedad_que_vivimos.pdf.
- Cook, J.A., y Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87–103.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Craig, T.K.J., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., Gournay, K.,..., y Thornicroft, G. (2008). Integrated Care for Co-occurring Disorders: Psychiatric Symptoms, Social Functioning, and Service Costs at 18 Months. *Psychiatric Services*, 59, 276-282.
- Darghouth, S., Nakash, O., Miller, A., y Alegría, M. (2012). Assessment of co-occurring depression and substance use in an ethnically diverse patient sample

- during behavioral health intake interviews. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1), S51–S58.
- Daughters, S.B., Braun, A.R., Sargeant, M.R., Reynolds, E.K., Hopko, D.R., Blanco, C., y Lejuez, C.W. (2008). Effectiveness of a Brief Behavioral Treatment for Inner-City Illicit Drug Users with Elevated Depressive Symptoms: The Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry*, 69,122–129.
- Davis, L.L., Pilkinton, P., Wisniewski, S.R., Trivedi, M.H., Gaynes, B., Howland, R.H.,..., y Rush, J. (2012). The Effect of Concurrent Substance Use Disorder on the Effectiveness of Single and Combination Antidepressant Medications for the Treatment of Major Depression: An Exploratory Analysis of a Single-Blind Randomized Trial. *Depression and Anxiety*, 29(2), 111–122.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M.J., Neira-León, M., y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española Salud Pública*, 80, 505-520.
- DeMarce, J.M, Lash, S.J., Stephens, R.S., Grambow, S.C., y Burden, J.L. (2008). Promoting continuing care adherence among substance abusers with co-occurring psychiatric disorders following residential treatment. *Addictive Behaviors*, 33, 1104–1112.
- DeVido, J.J., y Weiss, R.D. (2012). Treatment of the Depressed Alcoholic Patient. *Current Psychiatry Report*, 14(6), 610–618.
- Díaz, E.M., García-Portilla, P., Sáiz, P.A., Bobes, T., Casares, M.J., Fonseca, E.,..., y Bobes, J. (2010). Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22(3), 513-519.

- Didia, J., Dorpinghaus, A., Patrizzi, C., y Greif, V. (2010). *Otros trastorno psiquiátricos en patología dual*. En: Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., y Rubio, G. (Eds.). *Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental*. Castellón: MRA. pp. 71-81.
- Donald, M., Dower, J., y Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science & Medicine*, 60, 1371–1383.
- Donat, D. C., y Haverkamp, J. (2004). Treatment of psychiatric impairment complicated by co-occurring substance use: Impact of rehospitalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(1), 78–82.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey K.B., Minkoff, K., Kola, L.,..., y Rickards, L. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52, 469–476.
- Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J., y Bond, G.R. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F., y McHugo, G.J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 360-374.
- Drake, R.E., O’Neal, E.L., y 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.

- Drake, R.E., y Mueser, K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis (review). *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105-118.
- Drake, R.E., y Wallach, M.A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126-1129.
- Easton, C.J., Oberleitner, L.M., Scott, M.C., Crowley, M.J., Babuscio, T.A., y Carroll, K.M. (2012). Differences in Treatment Outcome among Marijuana-Dependent Young Adults with and without Antisocial Personality Disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(4), 305–313.
- Esfors, J., Villar, M., Rubio, B., Juan-Porcar, M., Romero, F., Rodríguez, M.N., y García, T. (2014). Unidad Hospitalaria de Patología Dual Grave: un año de experiencia. *Revista Española Drogodependencias*, 39(1), 31-44.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Uth, R. y LaChance, H. (2006). Cognitive behavioral treatment for suicidal alcohol abusing adolescents: development and pilot testing. *American Journal of Addictions*, 15, 126-130.
- Farren, C.K., Hill, K.P., y Weiss, R.D. (2012). Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. *Current Psychiatry Report*, 14(6), 659–666.
- Farren, C.K., Snee, L., Daly, P., y McElroy, S. (2013). Prognostic Factors of 2-year Outcomes of Patients with Comorbid Bipolar Disorder or Depression with Alcohol Dependence: Importance of Early Abstinence. *Alcohol and Alcoholism*, 48(1), 93–98.
- Farris, S.G., Epstein, E.E., McCrady, B.S., y Hunter-Reel, D. (2012). Do Co-morbid Anxiety Disorders Predict Drinking Outcomes in Women with Alcohol Use Disorders? *Alcohol and Alcoholism*, 47(2), 143–148.

- Fassino, S., Abbate, G., Delsedime, N., Rogna, L., y Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 73-80.
- Fernández, J., García, J., y Martínez, C. (2011). Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6(1), 113-132.
- Fernández, J.J., y Gutiérrez, E. (2005). Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17(2), 95-110.
- Figlie, N., Dunn, J., y Laranjera, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26(2), 91-99.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Benjamin, L.S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Fisher, M.S., y Bentley, K.J. (1996). Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatric Services*, 17, 1244-1250.
- Flynn, P. M., y Brown, B. S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 36-47.
- Fowler, I.L., Carr, V.J., Carter, N.T., y Lewin, T.J. (1998). Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 443-455.
- García, E., Gil, J., y Rodríguez, G. (2000). *Análisis factorial*. Madrid: La Muralla.

- García, J. (2009). La inserción laboral de los universitarios y el fenómeno de la sobrecualificación en España. *Papeles de economía española*, 119, 172-187.
- García-Campayo, J. y Sanz, C. (2002). *Epidemiología de la comorbilidad entre abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*. En: Rubio, G., López-Muñoz, F., Alamo, C., y Santo-Domingo, J. (Eds.). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. pp. 135-154.
- Generalitat Valenciana. (2001). *Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- George, T.P., y Krystal, J.H. (2000). Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(3), 327-331.
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L.J., Ang, A., Hillhouse, M., y Rawson, R. (2013). Does Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Affect Post-Treatment Methamphetamine Use? *Dual Diagnosis*, 9(2), 123–128.
- Goldsmith, R.J., y Garlapati, V. (2004). Behavioral interventions for dual-diagnosis patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 709-725.
- Gonzalez, G., y Rosenheck, R. (2002). Outcome and service use among homeless persons with serious mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services* 53(4), 437–446.
- Goti, J., Díaz, R., Serrano, L., González, L., Calvo, R., Gual, A., y Castro, J. (2010). Brief intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: a randomized controlled trial. *European Child&Adolescent Psychiatry*, 19, 503–511.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2008). Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders-theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschritte Neurologie-Psychiatrie*, 76(5), 263-271.

- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Patricia Chou, S., June Ruan, W., y Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39(1), 1–9.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., y Pickering, R.P. (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W.,..., y Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61: 807-816.
- Green, A.I., Canuso, C.M., Brenner, M.J., y Wojcik, J.D. (2003). Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(1), 115–139.
- Green, A.I., Noordsy, D.L., Brunette, M.F., y O’Keefe, C. (2008). Substance abuse and schizophrenia: Pharmacotherapeutic intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 61-71.
- Gregg, L., Barrowclough, C., y Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 494-510.
- Grella, C.E., Stein, J.A., Weisner, C., Chi, F., y Moos, R. (2010). Predictors of longitudinal substance use and mental health outcomes for patients in two

- integrated service delivery systems. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 92-100.
- Hall, W., Degenhardt, L., y Teesson, M. (2009). Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: Broadening the research base. *Addictive Behaviors*, 34, 526-530.
- Handmaker, N.S., Packard, M., y Conforti, K. (2002). *Motivational interviewing in the treatment of dual disorders*. En: Miller, W.R., y Rollnick, S. (Eds.). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., Vol. 2). New York: Guilford Press. pp. 362–376.
- Hapangama, A., Kuruppuarachchi, K.A.L.A., y Pathmeswaran, A. (2013). Substance use disorders among mentally ill patients in a General Hospital in Sri Lanka: prevalence and correlates. *Ceylon Medical Journal*, 58, 111-115.
- Haro, G., Barea, J., Ramírez, N., López, N., y Cervera, G. (2006). *Manual de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (TPMB)*. Madrid: Ergon.
- Haro, G., Ramírez, N., López, N., Barea, J., Mateu, C., y Cervera, G. (2006). Effectiveness of a Step-Stage Psychotherapeutic Approach between Hospital Detoxification and Outpatient Treatment of drug dependencies. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 5(2), 87-98.
- Hasin, D., Nunes, E., y Meydan, J. (2004). *Comorbidity of alcohol, drug and psychiatric disorders: epidemiology*. En: Kranzler, H. R. y Tinsley, I.A. (Eds.). *Dual diagnosis and psychiatric treatment: Substance abuse and comorbid disorders*, 2nd ed. New York: Marcel Dekker. pp. 1-31.
- Hasin, D., Stinson, F., Ogburn, E., y Grant, B. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the

- United States. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842.
- Helmus, T.C., Saules, K.K., Schoener, E.P., y Roll, J.M. (2003). Reinforcement of counseling attendance and alcohol abstinence in a community-based dual-diagnosis treatment program: a feasibility study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 249-251.
- Hensley, M.A. (2004). Evaluation of integrated treatment outcomes at Places for People. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 8, 141-149.
- Henwood, B.F., Padgett, D.K., Smith, B.T., y Tiderington, E. (2012). Substance Abuse Recovery after Experiencing Homelessness and Mental Illness: Case Studies of Change Over Time. *Journal of Dual Diagnosis*, 8(3), 238-246.
- Hesse, M. (2009). Integrated psychological treatment for substance use and comorbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry*, 9, 6.
- Hides, L., Elkins, K., Catania, L.S., Mathias, S., Kay-Lambkin, F., y Lubman, D.I. (2007). Feasibility and outcomes of an innovative cognitive-behavioural skill training programme for cooccurring disorders in the youth alcohol and other drug (AOD) sector. *Drug and Alcohol Review*, 26, 517-523
- Hides, L., Samet, S., y Lubman, D.I. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and Alcohol Review*, 29, 508-517.
- Higgins, S.T., Alessi, S.M., y Dantona, R.L. (2002). Voucher-based incentives: A substance abuse treatment innovation. *Addictive Behaviors*, 27, 887-910.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E., y Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders

- (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24-34.
- Hospital Carlos Haya. (2014). *Plan de atención a la psicosis*. Recuperado de <http://www.carloshaya.net/saludmental/default.asp?id=9&mnu=9>.
- Houck, J.M., Forcehimes, A.A., Gutierrez, E.T., y Bogenschutz, M.P. (2013). Test-retest reliability of self-report measures in a dually diagnosed sample. *Substance Use & Misuse*, 48, 99-105.
- Hunt, G.E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., y Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Art. No.: CD001088.
- Hunter, S.B., Watkins, K.E., Hepner, K.A., Paddock, S.M., Ewing, B.A., Osilla, K.C., y Perry, S. (2012). Treating depression and substance use: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43, 137–151.
- Isorna, M., y Felpeto, M. (2014). Evidencia científica y medidas preventivas para la reducción del consumo de cannabis durante la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(1), 12-30.
- Jaffe, A., Du, J., Huang, D., y Hser, Y.I. (2012). Drug-abusing offenders with comorbid mental disorders: Problem severity, treatment participation, and recidivism. *Substance Abuse Treatment*, 43(2), 244–250.
- James, W., Preston, N. J., Koh, G., Spencer, C., Kisely, S. R., y Castle, D. J. (2004). A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 34(6), 983-990.
- Kashy, D. A., y Kenny, D. A. (2000). *The analysis of data from dyads and groups*. En: Reis, H. T., y Judd, C. M. (Eds.). *Handbook of research methods in social and*

- personality psychology. New York, NY: Cambridge University Press. pp. 451-477.
- Kaskutas, L.A., Zhang, L., French, M.T., y Witbrodt, J. (2005). Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study. *Addiction*, *100*(1), 60–69.
- Kavanagh, D. J., y Mueser, K. T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, *44*, 618–637.
- Kavanagh, D.J., y Connolly, J.M. (2009). Interventions for co-occurring addictive and other mental disorders (AMDs). *Addictive Behaviors*, *34*, 838-845.
- Kelly, T.M., Daley, D.C., y Douaihy, A.B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, *37*, 11–24.
- Kessler, R.C. (1995). The national comorbidity survey: Preliminary results and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* *5*(2), 139–151.
- Kessler, R.C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, *56*(10), 730–737.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., Swartz, M., y Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US national comorbidity survey. *British Journal of Psychiatry*, *30*, 17–30.

- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 1259-1264.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, *4*, 231-244.
- Kienst, T. y Foerster, J. (2008). Psychoterapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*, 619-624.
- King, V.L., Kidorf, M.S., Stoller, K.B., y Brooner, R.K. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *Journal of Addictive Diseases*, *19*, 65-83.
- Kreiner, B., Baranyi, A., Stepan, A., y Rothenhäusler, H.B. (2012). Psychoeducation and quality of life: An amplification of the evaluation study in Graz (Part 1): Psychoeducation with psychotic patients. *Neuropsychiatry*, *26*(1), 7-14.
- Krug, I., Pinheiro, A.P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E.,..., y Fernández-Aranda, F. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(1), 82-87.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M.,..., y Fernández-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug & Alcohol Dependence*, *97*, 169-179.
- Lana, F. (2001). Personality disorders and substance abuse disorders. Psychosocial strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *29*(1), 58-66.

- Lash, S.J., Burden, J.L., Monteleone, B.R., y Lehmann, L.P. (2004). The impact of social reinforcement of substance abuse treatment aftercare participation on outcome. *Addictive Behaviors*, 29, 337–342.
- Lash, S.J., Burden, J.L., Parker, J.D., Stephens, R.S., Budney, A.J., Horner, R.D.,..., y Grambow, S.C. (2013). Contracting, prompting and reinforcing substance use disorder continuing care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 449–456.
- Lash, S.J., y Blosser, S.L. (1999). Increasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 55–60.
- Laudet, A.B. (2012). Rate and Predictors of Employment among Formerly Polysubstance Dependent Urban Individuals in Recovery. *Journal of Addictive Disorders*, 31(3), 288-302.
- Lima, M., Soares, O.B., Reisser, P.A., y Farrell, M. (2002). Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*, 97, 931–949.
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P., y Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- López, A., y Pérez-Llantada, M.C. (2005). *Evaluación de programas en psicología aplicada*. Madrid: Dykinson.
- López, J.A. (2005). CLM-1 y RM-1: dos programas para el análisis de tests psicométricos. *Psicothema*, 17(3), 536-537.
- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A., y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad: módulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.

- López-Muñoz, F., Álamo, C., y Rubio, G. (2010). *Fundamentos y justificación histórica de la patología dual*. En: Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., y Rubio, G. (Eds.). *Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental*. Castellón: MRA. pp. 21-37.
- López-Muñoz, F., Rubio, G., y Álamo, C. (2010). *Psicosis y adicciones*. En: Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., y Rubio, G. (Eds.). *Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental*. Castellón: MRA. pp. 49-58.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Anfreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.N.,..., y Fergusson, B. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Lozano, B.E., LaRowe, S.D., Smith, J.P., Tuerk, P., y Roitzsch, J. (2013). Brief Motivational Feedback May Enhance Treatment Entry in Veterans with Comorbid Substance Use and Psychiatric Disorders. *The American Journal on Addictions*, 22, 132–135.
- Lubman, D.I., King, J.A., y Castle, D.J. (2010). Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 191-201.
- Luppi, I., y Boggio, G. (2006). Los modelos de niveles múltiples: una estrategia analítica para el estudio de los problemas de salud de la población. *Revista Brasileña de Epidemiología*, 9(1), 42-55.
- Lybrand, J., y Caroff, S. (2009). Management of Schizophrenia with Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 821–833.
- Lykke, J. (2001). *En kognitiv model for miljøterapi*. En: Oestrich, I., Holm, L. (Eds.). *Kognitiv miljøterapi*. Gylling: Psykologisk Forlag.

- Madoz-Gúrpide, A., García, V., Luque, E., y Ochoa, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4), 300-308.
- Madson, M.B., Mohn, R.S., Zuckoff, A., Schumacher, J.A., Kogan, J., Hutchison, S.,..., y Stein, B. (2013). Measuring client perceptions of motivational interviewing: factor analysis of the Client Evaluation of Motivational Interviewing scale. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 330–335.
- Magura, S. (2008). Effectiveness of dual-focus mutual aid for co-occurring substance use and mental health disorders: a review and synthesis of the “Double Trouble” in recovery evaluation. *Substance Use & Misuse*, 43, 1904–1926.
- Magura, S., Rosenblum, A., Villano, C.L., Vogel, H.S., Fong, C., y Betzler, T. (2008). Dual-Focus Mutual Aid for Co-Occurring Disorders: A Quasi-Experimental Outcome Evaluation Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 61–74.
- Mandersen, J., Nizzoli, U., Corbelli, C., Margaron, H., Torres, M.A., Castro del Prado, I.,..., y Gossop, M. (2001). Fiabilidad del Maudsley addiction profile (MAP, ERIT-Version) del Treatment perceptions questionnaire (TPQ) en Italia, España y Portugal para la evaluación de tratamientos. *Adicciones*, 13(2), 217-227.
- Mariani, J.J., Horey, J., Bisaga, A., Aharonovich, E., Raby, W., Cheng, W.Y.,..., y Levin, F.R. (2008). Antisocial behavioral syndromes in cocaine and cannabis dependence. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 34(4), 405-414.
- Marlatt, G.A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En: Casas, M., y Gossop, M. (Coord.). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en*

- drogodependencias. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran. pp. 137-159.
- Marlatt, G.A., y Donovan, D.M. (Eds). (2005). *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2^a ed. Nueva York: Guilford Publications.
- Marlatt, G.A., y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P.,..., y Strang, J. (2000). Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems: Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research & Theory*, 8, 455-470.
- Martín, Q. (2001). *Contrastes de hipótesis*. Madrid: La Muralla.
- Martínez, I., Peñas, J.M., Chamorro, J., Aragües, M., Marín, M., y Rubio, G. (2010). *Trastornos afectivos y adicciones*. En: Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., y Rubio, G. (Eds.). Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental. Castellón: MRA. pp. 59-70.
- Martínez, J.M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 166-174.
- Martínez-González, J.M., Albein-Urios, N., Munera, P., y Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18-24.
- Martino, S.K., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J., y Rounsaville, B. (2002). Dual diagnosis motivational interviewing for substance abusing patients with psychotic disorders. *Journal Substance Abuse Treatment*, 23(4), 297-308.

- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J.M., Imaz, M. L., Navinés, R.,..., y Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European Journal of Psychiatry*, 20, 147–156.
- Matusow, H., Guarino, H., Rosenblum, A., Vogel, H., Uttaro, T., Khabir, S.,..., y Magura, S. (2013). Consumers' Experiences in Dual Focus Mutual Aid for Co-occurring Substance Use and Mental Health Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 7, 39–47.
- McConaughy, E.N., Prochaska, J.O., y Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- McDermut, W., Mattia, J., y Zimmerman, M. (2001). Comorbidity burden and its impact on psychosocial morbidity in depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 65, 289-295.
- McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A.I., y Weiss, R.D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 34, 892–897.
- McKellar, J., Kelly, J., Harris, J., y Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 31, 450–460.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
- Melartin, R.K., Ryttsälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., Sokero, T.P., y Isometsä, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 126-134.

- Mericle, A.A., Ta, V.M., Holck, P., y Arria, A.M. (2012). Prevalence, Patterns, and Correlates of Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders in the US: Variations by Race/Ethnicity. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 657–665.
- Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M., Petukhova, M., y Kessler, R.C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64, 543-552.
- Merkes, M., Lewis, V., y Canaway, R. (2010). Supporting good practice in the provision of services to people with comorbid mental health and alcohol and other drug problems in Australia: describing key elements of good service models. *BMC Health Services Research*, 10, 325.
- Miles, H., Johnson, S., Amponsah-Afuwape, S., Finch, E., Leese, M., y Thornicroft, G. (2003). Characteristics of Subgroups of Individuals With Psychotic Illness and a Comorbid Substance Use Disorder. *Psychiatric Services*, 54, 554-561.
- Miller, A.L., Hall, C.S., y Buchanan, R.W. (2004). The Texas Medication Algorithm Project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2003 update. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 500-508.
- Miller, W. R., y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behavior*, 10, 81-89.
- Miller, W.R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C., y Rychtarik, R.G. (1995). *Motivational Enhancement Therapy Manual*. Rockville: US Department of Health and Human Services.

- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Minkoff, K. (2001). Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance-use disorders. *Psychiatric Services*, 52(1), 597-599.
- Moggi, F., Giovanoli, A., Buri, C., Moos, B.S., y Moos, R.H. (2010). Patients with substance use and personality disorders: a comparison of patients characteristics, treatment process, and outcomes in Swiss and U.S. substances use disorders programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 66-72.
- Moggi, F., Hirsbrunner, H.P., Brodbeck, J., y Bachmann, K.M. (1999). One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addictive Behaviors*, 24(4), 589-592.
- Morrens, M., Dewilde, B., Sabbe, B., Dom, G., De Cuyper, R., y Moggi, F. (2011). Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. *European Addiction Research*, 17(3), 154-163.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Klinkenberg, W.D., Cunningham, J., y Lemming, M.R. (2008). Integrated Treatment for Homeless Clients With Dual Disorders: A Quasi-Experimental Evaluation. *Journal of Dual Diagnosis*, 4, 219-237.
- Mueser, K., Drake, R., Sigmon, S., y Brunette, M.F. (2005). Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: a review of specific interventions. *Journal of Dual Diagnosis*, 1, 57-82.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., y Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Mueser, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L.F.,..., y Feldman, J. (2013). A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-

- occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 658–672.
- Muñiz, J., Fidalgo, A.M, García-Cueto, E., Martínez, R., y Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Murthy, P., y Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 194-200.
- Negrete, J.C. (2007). *Introducción*. En: Szerman, N., Alvarez, CM, y Casas, M. (Eds.). *Temas en Patología dual. Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas*. Barcelona: Glosa. pp. 19-24.
- Nidecker, M., DiClemente, C.C., Bennett, M.E., y Bellack, A.S. (2008). Application of the Transtheoretical Model of change: Psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. *Addictive Behaviors*, 33, 1021–1030.
- Nomamiukor, N., y Brown, E.S. (2009). Attrition factors in clinical trials of comorbid bipolar and substance-related disorders. *Journal of Affective Disorders*, 112, 284–288
- Noordsy, D.L., y Fox, L. (1991). Group Intervention Techniques for People with Dual Disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(2), 67-78.
- Office of Applied Studies. (2009). *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National findings*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Organización Mundial de la Salud. (1949). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death: sixth revision*. Geneva: World Health Organization.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- Osilla, K.C., Hepner, K.A., Muñoz, R.F., Woo, S., y Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 412–420.
- Ossip, D.J., Van-Landingham, W.P., Prue, D.M., y Rychtarik, R.G. (1984). Increasing attendance at alcohol aftercare using calendar prompts and home based contracting. *Addictive Behaviors*, 9, 85–89.
- Pantalon, M.V., y Swanson, A.J. (2003). Use of the University of Rhode Island Change Assessment to Measure Motivational Readiness to Change in Psychiatric and Dually Diagnosed Individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 91-97.
- Paquin, J.D., Kivlighan, D.M., y Drogosz, L.M. (2013). If You Get Better, Will I? An Actor-Partner Analysis of the Mutual Influence of Group Therapy Outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 171-179.
- Peláez, M.A., Labrador, F.J., y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Pérez, B., García, L., de Vicente, M.P., Oliveras, M.A., y Lahoz, M. (2010). Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Health and Addictions*, 10(1), 35-50.

- Petry, N.M. (2002). Discounting of delayed rewards in substance abusers: relationship to antisocial personality disorder. *Psychopharmacology*, *162*(4), 425-432.
- Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K., y Mainerova, B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomedical Papers*, *155*(4), 385-396.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *19*(3), 276-288.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. En: Miller, W.R., & Heather, N. (Eds.), *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press. pp. 3-27.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, *28*, 183-218.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*, 7-29.
- Ravndal, E., y Vaglum, P. (1998). Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *12*, 135-142.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, B.J., Judd, L.L., y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, *264*(19), 2511-2518.

- Rizvi, S.L., Dimeff, L.A., Skutch, J., Carroll, D., y Linehan, M.M. (2011). A Pilot Study of the DBT Coach: An Interactive Mobile Phone Application for Individuals With Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Behavior Therapy*, 42, 589–600.
- Robins, L.N., y Regier, D.A. (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M.A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A.,..., y Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49(2), 195-205.
- Rodríguez-Jiménez, R., Bagney, A., Peñas, J.M., Gómez, N., y Aragüés, M. (2010). *Modelos etiopatogénicos de la patología dual*. En: Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., y Rubio, G. (Eds.). Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental. Castellón: MRA. pp. 187-203.
- Roig, P., Sabater, E., Borràs, T., Sesmilo, M.S., y Pinet, C. (2005). El Tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. *RET, Revista de Toxicomanías*, 43, 29-36.
- Rojas, J.L. (2010). *Propuesta de intervención con el modelo psicoeducativo para padres y madres de familia de la escuela "Ciudad de Cuenca" 2011-2012*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/handle/123456789/930>.
- Rojas, M.J., y Espinoza, L.S. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de Escucha"- CEDRO. *Adicciones*, 20(2), 185-196.
- Rollnick, S., y Miller, W.S. (1995). What is motivational interviewing? *Behavior Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-335.

- Roncero, C., Gómez-Baeza, S., Vázquez, J.M., Terán, A., Szerman, N., Casas, M., y Bobes, J. (2014). Perception of Spanish professionals on Therapeutic Adherence of Dual Diagnosis Patients. *Actas Españolas Psiquiatría*, 41(6): 319-329.
- Root, T.L., Pinheiro, A.P., Thornton, L., Strober, M., Fernández-Aranda, F., Brandt, H.,..., y Bulik, C.M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 14-21.
- Rosenberg, S.D., Goodman, L.A., Osher, F.C., Swartz, M.S., Essock, S.M., Butterfield, M.I.,..., y Salyers, M.P. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91, 31-37.
- Rounsaville, B.J., Kranzler, H.R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J., y Triffleman, E. (1998). Personality Disorders in Substance Abusers: Relation to Substance Use. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186(2), 87-95.
- Rubio, G., Torrens, M., Calatayud, M., y Haro, G. (2010). *Modelos asistenciales para patología dual*. En: Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., y Rubio, G. (Eds.). Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental. Castellón: MRA. pp. 745-759.
- Saavedra, A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva*, 19, 63-103.
- Salazar, G.M., Martínez, M.K., y Ayala, V.H. (2001). *Adaptación y Validación de la Escala "The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)"*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salloum, I.M., Mezzich, J.E., Cornelius, J., Day, N.L., Daley, D., y Kirisci, L. (1995). Clinical profile of comorbid major depression and alcohol use disorders in an initial psychiatric evaluation. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 260-266.

- San Luis, C. (2011). *Apuntes de análisis de datos y modelos estadísticos*. Madrid: UNED.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre Patología Dual*. Barcelona: Psiquiatría Editoriales.
- San, L., Arranz, B., Ramírez, N., y Salavert, J. (2009). *Esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. En: San, L. (Coord). Patología Dual. Madrid: Aula Médica Psiquiátrica. pp. 3-13.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F.J., Roncero, C.,..., y Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113.
- Sanderson, W.C., Beck, A.T., y Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Santa Ana, E.J., y Nietert, P.J. (2007). Efficacy of Group Motivational Interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816-822.
- Sartorius, N., Sanz, J., y Pérez, R. (2006). Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 289-301.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A., y Grant, M. (1993). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362.

- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schaefer, J.A., Cronkite, R.C., y Hu, K.U. (2011). Differential relationships between continuity of care practices, engagement in continuing care, and abstinence among subgroups of patients with substance use and psychiatric disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(4), 611-621.
- Schaub, A., Neubauer, N., Bernhard, B., Born, C., Möller, H.J., y Grunze, H. (2013). Cognitive-psychoeducational group programme for bipolar disorder: pilot study with two-year follow-up. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 81(1), 30-34.
- Schulte, S.J., Meier, P.S., Stirling, J., y Berry, M. (2008). Treatment approaches for dual diagnosis clients in England. *Drug and Alcohol Review*, 27, 650-658.
- Schulte, S.J., Meier, P.S., y Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction-a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco*. Recuperado de <http://www.feafes.org/publicaciones/TratamientoasertivocomunitarioAndalucia.pdf>.
- Shaner, A., Eckman, T., Roberts, L.J., y Fuller, T. (2003). Feasibility of a Skills Training Approach to Reduce Substance Dependence Among Individuals With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(9), 1287-1289.
- Shaner, R.L.J., y Eckman, T.A. (1999). *Overcoming addictions: Skills Training for People with Schizophrenia*. New York: W.W.Norton.

- Skinner, H.A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371.
- Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., Van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M.,..., y Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1627–1636.
- Sociedad Española de Patología Dual. (2014). *Protocolos de intervención en patología dual*. Recuperado de http://www.patologiadual.es/formacion_protocolos.html.
- Stein, J.A., Zane, J.I., y Grella, C.E. (2012). Impact of Abstinence Self-Efficacy and Treatment Services on Physical Health-Related Behaviors and Problems among Dually Diagnosed Patients. *Journal Dual Diagnosis*, 8(1), 64-73.
- Stotts, A. L., Schmitz, J. M., Rhoades, H. M., y Grabowski J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-862.
- Stroup, T.S., Gilmore, J.H., y Jarskog, L.F. (2000). Management of medical illness in persons with schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 30, 35-40.
- Swanson, A.J., Pantalon, M.V., y Cohen, K.R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(10), 630–635.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I.,..., y Grupo de Investigación del Estudio Piloto sobre la Prevalencia de Patología Dual en la Comunidad de Madrid. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255.

- Szerman, N., Basurte, I., Vega, P., y Arias, F. (2010). *Trastornos de la personalidad y adicciones*. En: Haro, G., Bobes, J., Casas, M., Didia, J., y Rubio, G. (Eds.). Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental. Castellón: MRA. pp. 41-48.
- Tamm, L., Trello-Rishel, K., Riggs, P., Nakonezny, P.A., Acosta, M., Bailey, G., y Winhusen, T. (2013). Predictors of Treatment Response in Adolescents with Comorbid Substance Use Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Substance Abuse Treatment*, 44(2), 224–230.
- Tejero, A., y Trujols, J. (2003). *Adictología. Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. CITRAN. Barcelona: Ars Medica.
- The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. (2003). *Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders*. New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Thirthalli, J., y Benegal, V. (2006). Psychosis among substance users. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 239-245.
- Thylstrup, B., y Johansen, K.S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions- Introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 202-208.
- Tiet, Q.Q., y Mausbach, B. (2007). Treatment for patients with dual diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 513-536.
- Timko, C., Cronkite, R.C., McKellar, J., Zemore, S., y Moos, R.H. (2013). Dually diagnosed patients' benefits of mutual-help groups and the role of social anxiety. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 216–223.

- Timko, C., Sutkowi, A., Cronkite, R.C., Makin-Byrd, K., y Moos, R.H. (2011). Intensive referral to 12-step dual-focused mutual-help groups. *Drug and Alcohol Dependence*, 118, 194-201.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.
- Torrens, M., Fonseca, F., Eladi, J., y Farré, M. (2006). Ensayos clínicos. En: Ballesteros, J., Torrens, M., y Valderrama, J.C. (Coord.). Manual introductorio a la investigación en drogodependencias. *Formación continuada en trastornos adictivos*, 3, 57-72.
- Torrens, M., Martínez-Sanvisens, D., Martínez-Riera, R., Bulbena, A., Szerman, N., y Ruiz, P. (2011). Dual diagnosis: focusing on depression and recommendations for treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(2), 50–59.
- Torrens, M., Rossi, P.C., Martínez-Riera, R., Martínez-Sanvisens, D., y Bulbena, A. (2012). Psychiatric Co-Morbidity and Substance Use Disorders: Treatment in Parallel Systems or in One Integrated System? *Substance Use & Misuse*, 47, 1005–1014.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G., y Martín-Santos, R. (2004). Diagnosing Psychiatric Comorbidity in Substance Abusers. Validity of the Spanish Versions of Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV). *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Tsuang, J., Fong, T.W., y Lesser, I. (2006). Psychosocial treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 5, 53–66.

- Tsuang, J., y Fong, T.W. (2004). Treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Current Pharmaceutical Design*, 10(18), 2249-2261.
- Usieto, E.G., Pernia, M.C., y Pascual, C. (2006). Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbidos desde una unidad de patología dual. *Rehabilitación psicosocial*, 3(1): 26-32.
- Van den Bosch, L.M., y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 67-71.
- Vázquez, C., Muñoz, M., y Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.
- Verheul, R., Van den Bosch, L.M., Koeter, M.W.J., Ridder, M.A., Stijnen, T., y Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Volkow, N. D (2007). Addiction and Co-occurring mental disorders. Director's perspective. *NIDA Notes*, 21, 2.
- Waid, L. R., Johnson, D. E., y Anton, R. F. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse*. En: Kranzler, H. R. y Rounsaville, B. J. (Eds.). *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse & comorbid medical & psychiatric disorders (Medical Psychiatry, Vol. 8)*. NewYork: Marcel Dekker. pp. 393-426.

- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Greenfield, S.F., Najavits, L.M., Wyner, D., Soto, J.A., y Hennen, J.A. (2000). Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 361–367.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Jaffee, W.B., Bender, R.E., Graff, F.S., Gallop, R.J., y 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*, 212–219.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Kolodziej, M.E., Greenfield, S.F., Najavits, L.M., Daley, D.C.,..., y Hennen, J.A. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus drug group counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 100-107.
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *American Journal of Addictions*, *15*, 345-355.
- Wilens, T. E., Adamson, J., Monuteaux, M. C., Faraone, S. V., Schillinger, M., Westerberg, D., y Biederman, J. (2008). Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *162*(10), 916–921.
- Wilens, T.E., y Upadhyaya, H.P. (2007). Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(8), e20.
- Wilson, C.R., y Morgan, B.L. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, *3*(2), 43-50.

- Worley, M.J., Trim, R.S., Roesch, S.C., Mrnak-Meyer, J., Tate, S.R., y Brown, S.A. (2012). Comorbid depression and substance use disorder: longitudinal associations between symptoms in a controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*, 291–302.
- Xie, H., Drake, R.E., McHugo, G.J., Xie, L., y Mohandas, A. (2010). The 10-year course of remission, abstinence, and recovery in dual diagnosis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 39*, 132–140.
- Ziedonis, D.M. (2004). Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectrums, 9*(12), 892-904.
- Ziedonis, D.M., Smelson, D., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J.,....., y 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.
- Ziedonis, D.M., y Fisher, W. (1996). Motivation based assessment and treatment of comorbid substance abuse in patients with schizophrenia. *Directions in Psychiatry, 16*, 1-8.
- Ziedonis, D.M., y Krejci, J. (2003). *Dual recovery therapy: blending psychotherapies for depression and addiction*. En: Westermeyer, J., Weiss, R., y Ziedonis, D. (Eds). *Integrated Treatment for Mood and Substance Use Disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press. pp. 90-121.
- Ziedonis, D.M., y Stern, R. (2001). Dual recovery therapy for schizophrenia and substance abuse. *Psychiatric Annals, 31*(4), 225-264.

Ziedonis, D.M., y Trudeau, K. (1997). Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: Implications for a motivationbased treatment model. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 229–238.

Zimmerman, M., Chelminski, I., y McDermut, W. (2002). Major depressive disorder and Axis I diagnostic comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(3), 187-193.

Apéndice A

Cuestionario de conocimientos sobre drogodependencias y patología dual

1		¿Cuál de las siguientes drogas <u>no</u> tiene acción depresora del sistema nervioso central?	
	A	Opiáceos	
	B	Alcohol	
	C	Benzodiacepinas (trankimazin)	
	D	Cocaína	
	E	Hipnóticos	
	F	No lo sé	
2		La necesidad de administrar mayor cantidad de droga para seguir experimentando los mismos efectos se le llama (adaptación del organismo a la sustancia)	
	A	Abuso	
	B	Síndrome de abstinencia	
	C	Tolerancia	
	D	Dependencia física	
	E	Dependencia psíquica	
	F	No lo sé	
3		De las fases del tratamiento, ¿cuál estaría más directamente relacionada con la dependencia psíquica?	
	A	Desintoxicación	
	B	Deshabitación	
	C	Reinserción social	
	D	Todas por igual	
	E	Ninguna de ellas	
	F	No lo sé	
4		Cuando una sustancia es consumida y entra en el organismo altera	
	A	Conductas	
	B	Emociones	
	C	Pensamientos	
	D	Funciones generales del organismo	
	E	Todas las anteriores	
	F	No lo sé	
5		Según la teoría de procesos de cambio de Prochaska y DiClemente. ¿Cuál de estas fases no se incluiría en su modelo?	
	A	Precontemplación	
	B	Contemplación	
	C	Resignación	
	D	Actuación	
	E	Mantenimiento y prevención de recaídas	
	F	No lo sé	
6		En una situación de riesgo de recaída/consumo, cuál de las siguientes estrategias de control no sería la adecuada?	
	A	Técnicas de relajación	
	B	Consumir una sustancia tóxica menos dañina	
	C	Autoinstrucciones	

	D	Control de estímulos	
	E	Técnicas asertivas	
	F	No lo sé	
7		¿Qué conducta no estaría indicada al inicio de la deshabituación pero sí en las fases iniciales?	
	A	Escape/evitación	
	B	Cambiar de ambiente	
	C	Exponerse a situaciones de consumo preparadas de antemano	
	D	Realizar actividades saludables e incompatibles	
	E	Buscarse otras compañías	
	F	No lo sé	
8		¿Cuál de las siguientes sustancias crees que podría perjudicarte en tu evolución si la consumes?	
	A	Bebidas gaseosas	
	B	Comidas ricas en grasas	
	C	Infusiones de marihuana	
	D	Todas las anteriores	
	E	Ninguna de las anteriores	
	F	No lo sé	
9		Abstenerse de tomar drogas forma parte de un estilo de vida saludable al igual que (señale la falsa)	
	A	Practicar ejercicio físico	
	B	Hacer una dieta rica y variada	
	C	Visitar a los médicos cuando se necesita	
	D	Desempeñar un trabajo estresante en ambientes nocturnos (pubs, discotecas...)	
	E	Ocupar el tiempo de ocio con aficiones no dañinas	
	F	No lo sé	
10		Cómo debemos entender una recaída	
	A	Una vuelta al principio en la que se tira por la “borda” todo el esfuerzo hecho hasta ese momento	
	B	La confirmación de que uno es un enfermo y que nunca cambiará	
	C	Que aunque se ha tenido un descuido, no necesariamente significa perder el control o volver a las andadas	
	D	Una experiencia de la que se aprende para en el futuro no cometer los mismos errores	
	E	Las respuestas C y D son correctas	
	F	No lo sé	
11		Cuando se padece un trastorno mental grave, el consumo de sustancias tóxicas	
	A	Mejora los síntomas de la enfermedad	
	B	No influye si se toma el tratamiento farmacológico adecuadamente	
	C	Empeora el curso de la enfermedad	
	D	Puede causar síntomas psicóticos o inestabilidad emocional	
	E	C y D son ciertas	
	F	No lo sé	
12		En relación a las enfermedades mentales graves	
	A	Son incompatibles con padecer una dependencia a sustancias	
	B	Aparecen siempre debido a un consumo de tóxicos prolongado	

	C	Los pacientes que lo padecen han de ser tratados de forma diferente y su estabilización es imposible	
	D	Ha de conseguirse la abstinencia a sustancias tóxicas y su estabilización es posible con tratamiento farmacológico adecuado	
	E	No tienen tratamiento	
	F	No lo sé	

Apéndice B

Cuestionario de conocimientos sobre drogodependencias y patología dual

1		¿Cuál de las siguientes drogas <u>no</u> tiene acción depresora del sistema nervioso central?	
	A	Benzodiacepinas (trankimazin)	
	B	Cocaína	
	C	Hipnóticos	
2		La necesidad de administrar mayor cantidad de droga para seguir experimentando los mismos efectos se le llama (adaptación del organismo a la sustancia)	
	A	Abuso	
	B	Tolerancia	
	C	Dependencia psíquica	
3		De las fases del tratamiento, ¿cuál estaría más directamente relacionada con la dependencia psíquica?	
	A	Desintoxicación	
	B	Deshabitación	
	C	Ambas por igual	
4		Cuando una sustancia es consumida y entra en el organismo altera	
	A	Conductas	
	B	Funciones generales del organismo	
	C	Ambas cosas	
5		Según la teoría de procesos de cambio de Prochaska y DiClemente. ¿Cuál de estas fases no se incluiría en su modelo?	
	A	Resignación	
	B	Actuación	
	C	Mantenimiento y prevención de recaídas	
6		En una situación de riesgo de recaída/consumo, cuál de las siguientes estrategias de control no sería la adecuada?	
	A	Consumir una sustancia tóxica menos dañina	
	B	Autoinstrucciones	
	C	Control de estímulos	
7		¿Qué conducta no estaría indicada al inicio de la deshabitación pero sí en las fases iniciales?	
	A	Escape/evitación	
	B	Cambiar de ambiente	
	C	Exponerse a situaciones de consumo preparadas de antemano	
8		¿Cuál de las siguientes sustancias crees que podría perjudicarte en tu evolución si la consumes?	
	A	Bebidas gaseosas	
	B	Comidas ricas en grasas	
	C	Infusiones de marihuana	
9		Abstenerse de tomar drogas forma parte de un estilo de vida saludable al igual que (señale la falsa)	
	A	Visitar a los médicos cuando se necesita	
	B	Desempeñar un trabajo estresante en ambientes nocturnos (pubs, discotecas...)	

	C	Ocupar el tiempo de ocio con aficiones no dañinas	
10		Cómo debemos entender una recaída	
	A	Una vuelta al principio en la que se tira por la “borda” todo el esfuerzo hecho hasta ese momento	
	B	La confirmación de que uno es un enfermo y que nunca cambiará	
	C	Que aunque se ha tenido un descuido, no necesariamente significa perder el control o volver a las andadas	
11		Cuando se padece un trastorno mental grave, el consumo de sustancias tóxicas	
	A	Empeora el curso de la enfermedad	
	B	Puede causar síntomas psicóticos o inestabilidad emocional	
	C	A y B son ciertas	
12		En relación a las enfermedades mentales graves	
	A	Son incompatibles con padecer una dependencia a sustancias	
	B	Los pacientes que lo padecen han de ser tratados de forma diferente y su estabilización es imposible	
	C	Ha de conseguirse la abstinencia a sustancias tóxicas y su estabilización es posible con tratamiento farmacológico adecuado	

