



MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO: PROPUESTA PARA UN CASO CON PATOLOGÍA DUAL

Yolanda Flecher, Josefina Rodríguez-Góngora, José Antonio Rodríguez-Rodríguez

Universidad de Almería

Resumen

La Patología Dual se define como la asociación cruzada de dos situaciones clínicas: un Trastorno mental y un Trastorno adictivo. La Patología Dual es una realidad clínica infradiagnosticada, donde los diferentes estudios estiman una elevada prevalencia entre la población general y clínica. La evaluación y diagnóstico de la Patología Dual presenta complicaciones debido al solapamiento de síntomas de ambos trastornos. Actualmente, no existen programas de tratamiento específicos para los pacientes, con esta patología, que trabajen de manera multidisciplinar e integral. En los pacientes duales es el consumo de cannabis y el Trastorno Límite de personalidad una de las combinaciones de Patología Dual más frecuente, y que se suele dar mayormente en mujeres. Por ello, en este trabajo se realiza una propuesta de intervención psicoeducativa basada en el Modelo Transteórico del Cambio dirigida a un caso con Patología Dual, con adicción al cannabis y Trastorno Límite de la personalidad, que consta de 15 sesiones distribuidas a lo largo de los diferentes estadios del cambio.

Palabras clave: cannabis, Modelo Transteórico del Cambio, Patología Dual, psicoeducación, Trastorno adictivo, Trastorno Límite de la personalidad, Trastorno mental.

Abstract

Dual disorders is defined as the cross association of two clinical situations: a mental disorder and an addictive disorder. Dual disorders is an under-diagnosed clinical reality but different studies estimate a high prevalence among the general and clinical population. The assessment and diagnosis of dual disorders presents complications due to the overlapping symptoms of both disorders. Currently, there are no specific treatment programs for dual patients that work in a multidisciplinary and comprehensive manner. In dual patients the use of cannabis and Borderline Personality Disorder is one of the most frequent combination of dual disorders and it tends to occur mostly in women. Therefore, in this work we propose a psychoeducational intervention based on the Transtheoretical Model of Change, directed to a case with dual disorders, specifically, with both cannabis addiction and borderline personality disorder. In short, the proposal consists of 15 sessions distributed across the stages of change.

Key words: addictive disorder, borderline personality disorder, cannabis, dual disorders, mental disorder, psychoeducation, transtheoretical model of change

INTRODUCCIÓN

Patología Dual: Delimitación conceptual y situación actual

El término Patología Dual (en adelante PD) fue acuñado en la década de los noventa por Miguel Casas (Szerman, 2014), y representa la existencia simultánea o secuencial de dos situaciones clínicas: la presencia de un Trastorno adictivo y la de un Trastorno mental (Szerman y Martínez-Raga, 2015). La concurrencia de ambos trastornos es una realidad entre pacientes drogodependientes (Becoña et al., 2011).

Esta terminología hace referencia a la coexistencia de dos trastornos en un sentido estricto, cuando puede presentarse la adicción a más de una droga y manifestarse más de una psicopatología del Eje I, del Eje II o de ambos (Becoña et al., 2011). Por lo tanto, la PD debe considerarse dentro de las patologías mentales graves y resistentes a los tratamientos convencionales, siendo cada vez más evidente que ésta tiene entidad en sí misma y no en la asociación de ambas problemáticas (Fundación Acorde, 2015).

En la actualidad la PD es uno de los temas de mayor interés en el campo de las adicciones, ha ido adquiriendo importancia a lo largo de los años debido a su elevada prevalencia y a la inexistencia de un tratamiento específico, así como por la gravedad clínica y social que genera y elevado coste sanitario que ocasiona (Torrens et al., 2017).

Uno de los grandes problemas del diagnóstico de la PD es por considerarla una realidad clínica infradiagnosticada, donde diferentes estudios epidemiológicos estiman la existencia de una alta prevalencia, donde el uso de sustancias psicoactivas está fuertemente asociado con la morbilidad psiquiátrica (Fundación Acorde, 2015; Sociedad Española de Patología Dual, 2015). Según Marín-Navarrete y Szerman (2015) se ha demostrado la existencia de importantes asociaciones estadísticas que evidencian la elevada coocurrencia entre ambos trastornos, siendo entre el 20% y el 50% en población general y entre el 40% y el 80% en población clínica. En un estudio sobre la prevalencia y características de los pacientes con PD realizado en Madrid y promovido por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), los resultados obtenidos con una muestra de 837 pacientes señalan que más de una tercera parte de los pacientes se pueden considerar duales y que el 80% de los pacientes diagnosticados de PD son hombres. Asimismo, observaron que hay una tendencia a una asociación entre policonsumo de drogas y presencia de PD, sin poder establecer causalidad (Arias et al., 2013). En 2015 la SEPD afirmó que más del 70% de los pacientes que consultan por un trastorno por uso de sustancias presenta otro psicopatológico, y que aproximadamente el 55% de los adultos con consumo de sustancias presentará un diagnóstico psiquiátrico en los 15 años posteriores.

Correspondencia: Yolanda Flecher Miras
Email: yolandica98@hotmail.com

Cuando se diagnostica PD, una de las dificultades con las que se encuentran los profesionales es la complejidad de saber cuál va antes, si el Trastorno Mental (TM) o el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), y la dificultad en el diagnóstico del Trastorno mental por el solapamiento de síntomas (Arias et al., 2013). Otra es conocer si son entidades nosológicas independientes o no (Bello, 2016).

La PD impacta negativamente en la calidad de vida y en el funcionamiento biopsicosocial de las personas, colocándolas así en un mayor riesgo de marginación social, ya que la coexistencia entre los trastornos mentales y los TUS se asocia a elevadas tasas de: gravedad de la adicción y de la sintomatología psiquiátrica co-ocurrente, conductas e ideas de suicidio, mayor utilización de servicios de psiquiatría, recaídas y abandono del tratamiento, consumo de drogas inyectables, conductas sexuales de riesgo, contagio de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual, conducta violenta, delictiva, criminal y encarcelamiento, indigencia, vagabundeo y problemas de tipo laboral, escolar, financiero y carga familiar (Marín-Navarrete y Szerman, 2015).

La SEPD (2009) señala que empiezan a surgir equipos especializados para los pacientes duales, pero que siguen existiendo varias problemáticas relacionadas con la PD que podrían resumirse en: la inexistente generalización de modelos de coordinación entre los dispositivos asistenciales a pacientes con Trastornos por consumo de sustancias y salud mental, el acceso tardío a dispositivos específicos y atención insuficiente en la mayoría de los casos, los escasos programas específicos multidisciplinarios e intersectoriales y la escasa formación de los profesionales en la intervención en casos de PD.

Esta gravedad clínica y social ha provocado la necesidad de fomentar la investigación relacionada con la PD para así poder desarrollar un sistema modelo y, en consecuencia, poder diseñar e implementar programas y tratamientos específicos para esta comunidad (Sociedad Española de Patología Dual, 2009; Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014).

Adicción y drogas: Definiciones, prevalencia del consumo y problemáticas asociadas

Uno de los problemas que enfrenta nuestro país en materia de salud y bienestar social es el consumo de drogas legales e ilegales por un amplio sector de la población (Tavera y Martínez, 2013). La adicción, según la Organización Mundial de la Salud (2008) es “el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (p.13).

“Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente

“droga”, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento” (Casas et al., 2011, p. 18).

Es necesario distinguir y definir tres conceptos básicos: uso, abuso y dependencia. Se entiende por uso aquel tipo de relación con las drogas en el que no se detectan consecuencias negativas inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. Por otro lado, entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. Y finalmente, definimos dependencia como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes a pesar de la aparición de problemas significativos, convirtiéndose así el consumo de drogas en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto (Caudevilla, 2006).

La prevalencia del consumo de sustancias, por parte de adolescentes y adultos jóvenes en España, se encuentra entre las más altas de Europa (Sociedad Española de Patología Dual, 2015). Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis y de los hipnosedantes con o sin receta médica. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) realiza una serie de estimaciones del consumo de drogas en la Unión Europea en el año 2019 en adultos (15-64 años) y en adultos jóvenes (15-34 años) donde se reflejan que el consumo de cannabis en el último año en adultos es del 7,4% y del 14, 4% en adultos jóvenes, el consumo de cocaína es del 1,2% en adultos y del 2,1% en adultos jóvenes, el de MDMA es del 0,8 % en adultos y del

1,7% en adultos jóvenes y el de anfetaminas es del 0,5% en adultos y del 1% en adultos jóvenes (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

Las drogas han sido clasificadas a través de múltiples criterios (origen, estructura química, acción farmacológica, consideración sociológica, legalidad, peligrosidad, etc.), pero la clasificación más habitual es según su efecto en el SNC. Este criterio de clasificación de las sustancias psicoactivas es el más aceptado y utilizado por la OMS y separa las drogas en depresoras, estimulantes y perturbadoras (Caudevilla, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2005).

El consumo y abuso de drogas ilegales y alcohol antes de los años 80 estaba asociado a la marginalidad y delincuencia, mientras que, en la actualidad, está vinculado a la cultura del ocio (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007). El problema de las adicciones tiene diversos motivos: individuales, como la baja autoestima, la poca tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad; familiares, como la desintegración del núcleo familiar la disfuncionalidad por problemas de comunicación, rigidez en los roles, abandono afectivo, sobreprotección, entre otros; y sociales, como el fácil acceso a las sustancias psicoactivas, la recreación, las pocas oportunidades para el empleo y la educación (Tavera y Martínez, 2013).

Los pacientes con problemas de adicción suelen presentar baja autoestima, dificultad de autocontrol, elevada impulsividad, baja tolerancia a la frustración, poca iniciativa, poca constancia (falta de hábitos), mentira psicológica (deshonestidad), bajo umbral de demora en el intervalo compensación-esfuerzo, negación de necesidades de afecto y comunicación, irresponsabilidad, pérdida de autoconfianza y carencia de aspiraciones y motivaciones sociales (Bobes et al., 2011).

La salud mental y el uso de sustancias ilícitas y/o alcohol son un problema social que afecta a una gran cantidad de personas y no tiene distinción social. Muchos de los que poseen estos trastornos (abuso y/o dependencia de sustancias) también presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Glantz et al., 2008) lo cual aumenta la severidad del problema no solo para el individuo que lo sufre, sino también para la familia y la sociedad (Farrell et al., 2001; Torres de Galvis et al., 2010).

El consumo de cannabinoides durante la pubertad y su uso a largo plazo a menudo provoca trastornos comportamentales, como depresión, déficit atencional o hiperactividad (Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000) y precede al uso de otras sustancias de abuso (Crowley et al., 1998). También el consumo de esta sustancia provoca lo que se conoce como el síndrome amotivacional, “que conduce a un estado de apatía, pasividad e indiferencia caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales” (Álvarez et al., 2012, p.19).

La Intervención Psicoeducativa en Patología Dual

La evaluación en PD presenta una serie de dificultades a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de un Trastorno mental de un Trastorno por consumo de sustancias. Algunos de los síntomas, que son propios de los Trastornos mentales, se solapan con los efectos que produce la intoxicación y abstinencia del consumo de sustancias, lo que provoca diagnósticos erróneos por el solapamiento de síntomas y la variabilidad de los mismos. Por ello, será necesario examinar la historia toxicológica del paciente con el fin de determinar si hay presencia de PD o no, e identificar si el inicio del TM está vinculado al consumo de sustancias, y viceversa, y en qué fase del consumo se da la aparición de síntomas. Además, es importante establecer una relación temporal entre ambas patologías (Albalat, 2015).

En la práctica clínica se suele subestimar el diagnóstico de TUS en pacientes psiquiátricos, así como también se suele sobrediagnosticar trastornos mentales en pacientes adictos (Albalat, 2015; Weaver et al., 2003; Weiss et al., 1998).

Se barajan tres hipótesis sobre el desarrollo de la PD, basándose en el orden de aparición de los trastornos y la influencia existente entre ellos (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014). La primera de estas hipótesis propone la adicción a las drogas como Trastorno primario que induce la aparición de un Trastorno mental, principalmente en aquellos casos donde hay una vulnerabilidad previa. La segunda se refiere a la Teoría de Automedicación, la cual propone que las sustancias se usan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes. La elección de la droga no es un proceso al azar, sino que se basa en los efectos que tiene para aliviar los síntomas. Y la última hace referencia al Modelo Biopsicosos-

cial que propone que la aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de compartir los mismos factores de riesgo (estrés, rasgos de personalidad, factores medioambientales) (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014; National Institute on Drug Abuse, 2008).

La presencia de un diagnóstico dual dificulta el tratamiento y determina un peor pronóstico para ambos trastornos (Becoña et al., 2008). Las dificultades en el tratamiento de estos pacientes están principalmente relacionadas con que, en la mayoría de los países, existe una separación de las redes de tratamiento de la salud mental y del consumo de drogas, además de carecer de conocimientos combinados para tratar ambos trastornos. Por este motivo, el tratamiento de la PD debe ser accesible, completo, integrado y coordinado, así como centrado tanto en la conducta adictiva como en el otro trastorno psiquiátrico (Becoña et al., 2011).

Según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2014), existen tres modelos de tratamiento para la intervención en Patología Dual: el Modelo Secuencial, Paralelo e integrado. Desde el Modelo Secuencial se comienza a intervenir en primer lugar en uno de los trastornos, y cuando éste se estabiliza, se inicia una segunda intervención atendiendo a la otra patología. A través del Modelo Paralelo se lleva a cabo un tratamiento simultáneo, donde el paciente asiste a dos recursos para tratar ambas patologías, por un lado, la adicción y, por otro, el Trastorno mental. En el Modelo Integrado se realiza una intervención unificada que tiene en cuenta las necesidades de la persona, con la presencia de un equipo multidisciplinar que combina los elementos terapéuticos de ambas redes. Este Modelo es el más recomendable, aunque la efectividad del tratamiento dependerá del grado de coordinación entre ambas redes.

La psicoeducación es un componente fundamental del tratamiento de la PD donde la confrontación con el consumo de sustancias no sea lo básico, sino el apoyo y la educación sobre el consumo, los síntomas psíquicos y la medicación, fomentando así el cumplimiento terapéutico. La psicoeducación ha demostrado su eficacia en adolescentes y adultos con doble diagnóstico evidenciando la mejora de la adherencia al tratamiento, reduciendo a largo plazo el número de recaídas y mejorando el funcionamiento global del paciente. Y es por esto, que no se debe olvidar que es fundamental realizar una adecuada psicoeducación con relación a los trastornos y el tratamiento, tanto en los pacientes como en la familia, con el objetivo de que utilicen esa información para mejorar la adherencia al tratamiento, aumentar la calidad de vida, concienciarse de la existencia de un doble diagnóstico, reconozcan los síntomas de recaída y disminuyan la cantidad de hospitalizaciones (Bobes et al., 2011). Además, la psicoeducación debe estar complementada con el tratamiento de fármacos siempre que sea necesario (Álvarez et al., 2007).

Uno de los problemas es la escasez de programas de intervención psicoeducativa en PD, pero estos no son inexistentes y por ello, a continuación, serán mencionadas algunas de las intervenciones que trabajan teniendo en cuenta el enfoque psicoeducativo. Recientemente se ha demostrado la eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con TUS y PD, donde los resultados indican que ha sido efectiva para aumentar la motivación para el cambio, y aunque en menor medida también ha aumentado el conocimiento sobre drogodependencias, y ha generado un nivel adecuado de satisfacción tanto para los pacientes con TUS como para los pacientes con PD (Rubio et al., 2015). En otro estudio se expone un abordaje preventivo psicoeducativo grupal en pacientes con Trastorno bipolar con historia de abuso y/o dependencia de sustancias en abstinencia con el objetivo de reducir el número de recaídas en el consumo (González, 2009).

Y, por último, es necesario destacar un nuevo tratamiento que se publicó hace unos años para tratar la comorbilidad donde se utiliza la entrevista emocional, el control de consumo mediante uronálisis, entrevistas estructuradas para identificar pequeñas metas para disminuir el consumo, la psicoeducación sobre las razones del uso de sustancias y el peligro de estas en los pacientes comórbidos y el entrenamiento en habilidades sociales y habilidades conductuales para la prevención de recaídas (Bellack et al., 2006).

Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente

El Modelo Transteórico (MTT) tuvo su origen a finales de los años 70 y su popularización se debe al trabajo de James O. Prochaska y Carlo Di Clemente durante los años 80 y 90. Es un Modelo comprensivo del cambio que cubre todo el curso de éste desde el momento en que

un individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que ya no existe. Aunque el origen de este Modelo procede del mundo de las adicciones, ha sido aplicado a una gran variedad de problemas conductuales tanto del ámbito de la salud física como de la mental (Soler, 2010).

Este Modelo brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal, sino más bien circular y que los seres humanos podemos pasar por diversas fases e incluso estancarnos y retroceder en el camino del cambio (Soler, 2010). El MTT integra tres dimensiones: los estadios, los procesos y los niveles de cambio. Los estadios de cambio son la dimensión principal del MMT. Según este, existirían 5 estadios de cambio en el proceso de modificar una conducta.

El estadio de Precontemplación, en este estadio los adictos no se plantean modificar su conducta ya que no son conscientes o lo son mínimamente y, por esta razón, no acuden a tratamiento o si lo hacen es presionados. El estadio de Contemplación, en esta etapa los adictos son conscientes de la existencia de un problema, están considerando seriamente la posibilidad de cambiar y se encuentran más abiertos a la información. El estadio de Preparación, este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, realizando algunos pequeños cambios conductuales. El estadio de Acción se trata de la etapa en la que el individuo cambia su conducta y el estilo de vida asociado a la misma. Requiere un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos. Y finalmente, el estadio de Mantenimiento donde el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático. Lo que suele ocurrir frecuentemente es que dentro del primer año después del tratamiento e incluso durante el tratamiento la mayoría de las personas suelen recaer. Existiendo así dos importantes momentos en este proceso global de cambio: la Recaída y la Finalización del proceso de cambio (Díaz, 2001).

Varias investigaciones realizadas bajo el paradigma del MTT han tenido en cuenta la existencia de Patología Dual en sus muestras para adecuar de forma más realista a la población drogodependiente intentando precisar la forma en que se produce el cambio conductual tomando como referencia este modelo (Finnell, 2003; Graña et al., 2007; Velásquez et al., 1999).

Debido a la alta prevalencia de Patología Dual (Sociedad Española de Patología Dual, 2015), y de la alta comorbilidad de TLP y consumo de cannabis (Gillespie et al., 2018; Sociedad Española de Patología Dual, 2015), a los escasos programas de intervención psicoeducativa integral y al inexistente tratamiento individualizado para cada combinación de TM y TUS (Arias et al., 2013), el principal objetivo de este trabajo es diseñar una Propuesta de Intervención Psicoeducativa basada en el Modelo Transteórico dirigida a un caso con Patología Dual, concretamente, para un caso con Trastorno Límite de Personalidad y adicción al cannabis.

Propuesta de Intervención

La propuesta de intervención va dirigida a un caso con Patología Dual que presenta Trastorno Límite de Personalidad y adicción al cannabis.

Objetivos

Los objetivos de la propuesta de intervención son:

- Concienciar de la existencia de patología dual en el paciente y de la necesidad e importancia de la intervención psicológica y farmacológica para la mejora de la sintomatología y conseguir el cambio.
- Concienciar de las oportunidades laborales y de la importancia de tener hábitos saludables.
- Concienciar de las consecuencias y efectos del consumo y de los éxitos y habilidades presentes y reducir el consumo hasta conseguir la abstinencia y las conductas autodestructivas.
- Fomentar la toma de decisiones, las conductas asertivas, el autoconocimiento y una visión realista y positiva.
- Mejorar las habilidades de regulación emocional para identificar y controlar emociones y el control de impulsos.
- Fomentar las habilidades sociales para conseguir estabilidad en las relaciones interpersonales y las habilidades de resolución de problemas para poder afrontar los problemas que se presenten a lo largo del proceso de cambio.

Metodología

Instrumentos

Addiction Severity Index (EuropASI; Kokkevi y Hartgers, 1995) en su versión española (Bobes et al., 1996). Es una entrevista semiestructurada que recoge información relevante sobre aspectos de la vida del paciente, que pudieran haber contribuido a su proceso de abuso-dependencia de alcohol y otras drogas. Explora las siguientes áreas: situación médica, empleo y soportes, uso de alcohol, uso de drogas, situación legal, relaciones familiares y sociales, estado psiquiátrico. En cada una de las áreas, el entrevistador, teniendo en cuenta la impresión subjetiva del paciente, establece un índice de gravedad que oscila entre 0 (No existe problema real, el tratamiento no está indicado) y 9 (Problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario). Esta entrevista proporciona un perfil con la gravedad que el paciente presenta en cada una de las áreas exploradas. Las propiedades psicométricas del EuropASI han sido contrastadas en numerosos estudios (Chermack et al., 2000; Leonhard et al., 2000).

El Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-III; Millon et al., 1997) en su versión española (Cardenal y Sánchez, 2007). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. El MCMI-III está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero-falso) que evalúa 14 patrones de personalidad (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide) y 10 síndromes clínicos (Trastorno de ansiedad, Trastorno somatomorfo, Trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno del pensamiento, depresión mayor y Trastorno delirante). También posee cuatro escalas de validación: sinceridad, validez, deseabilidad social y devaluación. El MCMI-III considera que una puntuación de prevalencia entre 75 y 85 indica rasgos clínicos de personalidad, mientras que a partir de una puntuación de 85 un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave, un Trastorno de la personalidad. Tiene buenas propiedades psicométricas con una fiabilidad test-retest entre .84 y .96 y una consistencia interna superior a .80 (Cardenal y Sánchez, 2007).

Procedimiento

La propuesta de intervención consta de 15 sesiones psicoeducativas que se distribuyen a lo largo de los cinco estadios del cambio propuestos por el Modelo Transteórico. En el estadio de Precontemplación se impartirán las sesiones 0-4, en el estadio de Contemplación las sesiones 5-8, en el estadio de Preparación las sesiones 9 y 10, en el estadio de Acción las sesiones 11 y 12 y en el estadio de Mantenimiento finalización las sesiones 13 y 14.

Las sesiones se distribuyen a lo largo de 15 semanas, una sesión por semana, con una duración de dos horas aproximadamente. Todas las sesiones serán impartidas por el mismo psicólogo/a, a excepción de una parte de la sesión 4 que será impartida por un/a orientador/a laboral. Estas sesiones serán impartidas en una habitación amplia, luminosa, con ordenador y proyector, mesa y sillones. El control de tóxicos se hará en otra habitación en la que se encuentra el material necesario. Cada dos semanas, empezando en la sesión 2, se hará un control de tóxicos.

La sesión 0 y la sesión 14 serán utilizadas para aplicar el EuropASI y el Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-III) llevando a cabo un pre y post test para poder comprobar si las sesiones psicoeducativas han tenido efecto en la paciente. En la sesión 4 se comenzará a elaborar el calendario semanal, el cual se revisará en la próxima sesión. Este calendario semanal tendrá que elaborarlo la paciente cada semana y siempre se revisará antes de comenzar cada sesión con el fin de revisar si se están cumpliendo los objetivos propuestos. La revisión del calendario y de los objetivos durará alrededor de 10 minutos. En todas las sesiones el/la psicólogo/a tratará de dar feedback al paciente en relación al contenido de la sesión y al cumplimiento o no de los objetivos.

Sesiones psicoeducativas

Sesión 0: Recogida de información

Esta es una sesión preparatoria, de contacto y de recogida de información. Se iniciará un acercamiento al usuario, se recogerán aspectos de filiación y se aplicarán dos cuestionarios:

- *EuroASI*. Valoración de la gravedad de la adicción.
- *MCMI-III*. Evaluación de la personalidad.

La duración de la sesión no será superior a 1 hora. El usuario se llevará a casa el cuestionario MCMI-III para su cumplimentación y lo aportará en la siguiente visita.

Sesión 1: ¿Quiénes somos?

La primera sesión comienza con la presentación del/la psicólogo/a que va a llevar el programa y del personal que estará en algunas de las sesiones, posteriormente se le pedirá al paciente que se presente, que exprese cómo se siente y el motivo por el que está aquí para así crear un ambiente de confianza y una alianza terapéutica. Posteriormente, se le pedirá que dibuje un genograma para que el terapeuta pueda conocer la visión que tiene del sistema familiar al que pertenece. Tras esto, se explica el propósito del programa y de las normas que se siguen. Una vez hecho esto se le pide que exprese qué espera del programa y cómo se siente.

Sesión 2: ¿Qué es la Patología Dual?

Se dará comienzo a la sesión con la técnica de lluvia de ideas con el objetivo de que el/la paciente participe y tenga un rol más activo, así como conocer qué sabe en relación a la patología dual a través de una serie de preguntas, elaboradas por el terapeuta previamente, que tendrá que responder en un folio. Después, se explicará qué es la patología dual, las características que presentan las personas duales, el impacto que tiene en la vida de estas personas y los trastornos psiquiátricos y sustancias más predominantes con la finalidad de informar y concienciar de la existencia de este trastorno y sus consecuencias. Con el objetivo de concienciar de la importancia del tratamiento psicológico y farmacológico en patología dual se le explicará las ventajas del tratamiento y las consecuencias del abandono terapéutico y farmacológico. Antes de finalizar la sesión, se le pregunta si tiene alguna duda, cómo se siente y que responda en un folio una serie de preguntas elaboradas previamente por el terapeuta qué es lo que más le ha impactado de la explicación, si le ha hecho reflexionar o no y qué le ha hecho reflexionar en el caso de que sea así y si el/ella cree que es importante o no el tratamiento y por qué (Anexo 1). Al terminar la sesión se le realizará el primer control de tóxicos.

Sesión 3: Conociendo el TLP y los efectos del consumo

La sesión dará comienzo preguntándole al paciente cómo se siente y si durante la semana ha habido algún acontecimiento que le apetezca contar. Después se explicará lo que es el TLP, los síntomas, las causas, el diagnóstico y el tratamiento. Tras esto se explicará los efectos que tiene el consumo sobre el TLP y los motivos por los que se consume cannabis con el objetivo de informar y concienciar. Tras la explicación se le hará una serie de preguntas que tendrá que responder en un folio y posteriormente leer para comprobar si se ha sentido identificada en algún momento de la explicación. Finalmente, se le explicará el impacto que tiene el TLP y el consumo de cannabis en la familia y en las relaciones interpersonales, y se le pedirá que nos relate en un folio como ha impactado la PD en la relación con su familia y con su círculo social y que una vez acabado lo lea con el objetivo de conocer cómo se relaciona y cómo se siente con esa forma de relacionarse.

Sesión 4: ¿Y ahora qué?

La primera parte de esta sesión está dirigida por un/a orientador/a laboral para informar de las oportunidades laborales y académicas existentes y revisar cuales podrían interesarle, con el objetivo de integrarla social y laboralmente y concienciarla de sus oportunidades. En la segunda parte, el terapeuta le explicará la importancia de tener hábitos saludables para el cuidado de la salud física y mental y se le explicará que cada semana realizará un calendario semanal con una serie de objetivos que se tendrán que cumplir y que se revisarán en la siguiente sesión, trabajando la responsabilidad, la adquisición de hábitos saludables, la autonomía e inserción social y la eliminación del consumo y otras conductas autodestructivas. Estos objetivos se distribuyen en diferentes áreas: área de la salud (revisiones médicas, establecer un horario de sueño, de alimentación, asistir a las sesiones psicoeducativas, etc.), familiar (compartir más tiempo con la familia, llevar a cabo actividades juntos, etc.), social y de ocio (quedar con amigo/s, llevar a cabo actividades que le gusten con sus amigos o sola, pasar tiempo con su pareja, etc.), formativa y laboral (inscribirse en cursos, asistir a cursos formativos que le gusten y motiven, asistir a clase, buscar trabajo, asistir al trabajo, etc.), y de conductas impulsivas y autodestructivas

(reducir el consumo, no consumir, análisis de tóxicos, no autolesionarse, etc.) (Anexo 3). Al terminar la sesión se hará el control de tóxicos.

Sesión 5: ¿Cómo me ha afectado el consumo?

En primer lugar, se revisarán el calendario y los objetivos. La sesión empezará explicando al paciente que se va a llevar a cabo una actividad llamada "Consecuencias del consumo" donde tendrá que reflejar en un folio cuales cree que son para ella las consecuencias negativas y las positivas del consumo y una vez escritas tendrá que leerlas y decir el porqué de cada consecuencia. Después se le explicará cuáles son las consecuencias del consumo, los distintos tipos de sustancias psicoactivas y sus efectos. Tras esto se le pedirá que parta un folio en dos para llevar a cabo la actividad "Antes y después del consumo", en la que tendrá que escribir en una parte del folio cómo recuerda que era su vida antes del consumo y en la otra como es su vida ahora. Finalmente, se le explicará qué son los factores de riesgo y de protección y se tratará de identificar cuáles son sus factores de riesgo y de protección (Anexo 4).

Sesión 6: ¿Qué hay dentro del cofre?

En primer lugar, se revisarán el calendario y los objetivos. Se dará comienzo a la sesión pidiéndole al paciente que le cuente como se encuentra. Después se explicará qué es el autoconcepto y la autoestima y cómo influyen en la vida cotidiana. Una vez explicado se llevará a cabo una serie de actividades con el objetivo de ejercitar habilidades de autoconocimiento, fomentar una visión realista y positiva de sí misma y de las propias posibilidades. La primera actividad "¿Quién soy? ¿Me gusta?" tratará de escribir frases que describan como se ve a sí misma en diferentes aspectos de su vida (familia, amigos, ámbito académico, laboral, pareja, en actividades que le gusten, lo que le gusta más u odia más de sí misma, como cree que la ven los demás, cómo ve su futuro, etc.) y una vez hecho esto tendrá que dibujar caritas (sonrientes, tristes, enfadadas, etc.) para valorar como se siente con cada uno de esos aspectos. Después se irán leyendo y con ayuda del terapeuta se tratará de descubrir pensamientos erróneos para poder ver el lado positivo y reforzar sus cualidades. Finalmente, se terminará con una segunda actividad "Anuncio publicitario" donde tendrá que hacer un anuncio publicitario de sí misma a partir de cualidades positivas (Anexo 5). Al terminar la sesión se hará el control de tóxicos.

Sesión 7: ¿Yo puedo!

En primer lugar, se revisarán el calendario y los objetivos. La sesión comenzará con la actividad "Estoy orgullosa/o" donde el/la paciente debe de identificar y escribir en un folio tres cosas que haya conseguido en estos últimos seis meses de las que se sienta orgullosa/o, cómo las ha conseguido y cómo se ha sentido. Después se explicará lo que es la motivación, los valores y las metas, y la importancia de estas para dejar el consumo y conseguir cualquier cosa que se proponga. Una vez finalizada la explicación se llevarán a cabo dos actividades. La primera actividad "Puedo más de lo que imagino" tiene como objetivo orientar la atención del/la paciente hacia sus éxitos, capacidades personales, cualidades y habilidades, y tratará de que escriba situaciones a lo largo de su vida donde haya conseguido cosas de las que se sienta orgullosa/o, cómo las ha conseguido y cómo se ha sentido al conseguirlas, situaciones donde no haya conseguido lo que se había propuesto, por qué cree que no las consiguió y cómo se había sentido, también se le proporcionará una lista de cualidades, de capacidades y de habilidades y tendrá que identificar entre 8-10 cualidades, 8-10 capacidades y 8-10 habilidades propias y escribirlas y después leerlo para que la psicóloga pueda intervenir donde crea conveniente. La segunda actividad "Dentro de 5 años" tiene el objetivo de hacer consciente del trabajo presente para la consecución de metas a medio y largo plazo, para ello se tiene que imaginar dentro de cinco años y responder en un folio a las preguntas "¿Cuáles son mis valores? ¿Cuáles son mis metas? ¿Qué puedo hacer hoy para alcanzarlas algún día?", después tendrá que leerlo para que el terapeuta intervenga donde sea necesario.

Sesión 8: Asertividad y toma de decisiones

En primer lugar, se revisarán el calendario y los objetivos. Se comenzará la sesión explicando qué es el asertividad, la diferencia entre actuar de manera asertiva y actuar de forma agresiva o pasiva y algunas técnicas asertivas (técnica de la pregunta asertiva, del aplazamiento asertivo, del acuerdo asertivo y decir no) y cómo llevarlas a cabo. Tras la explicación se llevará a cabo la actividad "Teniéndome en cuenta a mí misma y a los demás" con el objetivo de trabajar las conductas asertivas y diferenciarlas de las agresivas y las pasivas. En esta actividad se expondrán cuatro situaciones, dos relacionadas con el consumo y dos con la vida diaria, donde se tendrán que poner dos ejemplos de conducta aser-

tiva, uno de agresiva y otro de pasiva para cada situación, y después tendrán que leerse. A continuación, se le explicará qué es la toma de decisiones y por qué hay que tomar decisiones, los factores que influyen y las fases del proceso de toma de decisiones, con el objetivo de concienciar que la resolución de problemas requiere autonomía de las personas para tomar decisiones, que la vida consiste en afrontar problemas y que es posible hacerlo a través de la toma de decisiones. Tras esto, se finalizará la sesión con la realización de la actividad "Tomando decisiones" con el objetivo de poner en práctica las fases del proceso de tomar decisiones. En esta actividad se expondrán dos problemáticas que tendrá que resolver siguiendo las fases del proceso de toma de decisiones. Al terminar la sesión se hará el control de tóxicos.

Sesión 9: Emociones, ¿puedo controlarlas? Parte 1

La sesión se dividirá en dos partes, esta primera parte se lleva a cabo en la semana 10 y la segunda en la semana 12. En primer lugar, se revisarán el calendario y los objetivos. Se comenzará la sesión pidiéndole que identifique tres emociones que haya tenido esa semana y qué hizo cuando las tuvo. Después se explicará que son las emociones, las cinco emociones básicas, cómo influyen las emociones en las conductas impulsivas y autodestructivas como las autolesiones o el consumo de drogas y qué es la regulación emocional. Tras la explicación se llevarán a cabo dos actividades. La primera actividad "Situaciones y emociones" tiene el objetivo de identificar emociones y qué hacer con ellas, donde tendrá que exponer cuatro situaciones recientes, dos negativas y dos positivas, identificar las emociones y qué hace y piensa cuando las tiene, y qué piensa y haría ahora. La segunda actividad "Identificando emociones" tiene el objetivo de aprender a identificar emociones y trata de presentar ocho fotografías que expresen distintas emociones y la paciente tiene que identificarlas.

Sesión 10: ¿Cómo me relaciono?

En la sesión 9 se le pedirá que acuda a esta sesión con dos miembros de su familia, un amigo/a y/o su pareja, con el objetivo de comprender la manera de relacionarse de la paciente y que aprendan a comunicarse, escuchar activamente y relacionarse asertivamente. En primer lugar, se revisarán el calendario y los objetivos con el/la paciente. Después, se comenzará la sesión explicando cómo la personalidad influye en las relaciones personales y cómo cada uno tenemos una personalidad que proviene de la genética, del entorno y las vivencias, también cómo el TLP influye en las relaciones interpersonales y en las habilidades interpersonales, qué es la efectividad interpersonal, cuáles son los factores que la reducen y por qué necesitamos las habilidades interpersonales. Después de la explicación se llevarán a cabo una serie de actividades con el objetivo de entrenar habilidades de efectividad interpersonal y respuestas sociales adecuadas a la situación para reducir la pasividad de estos pacientes en el momento de resolver problemas interpersonales. En la primera actividad "Relacionándome con asertividad" se explicará brevemente a todos qué son las conductas asertivas, agresivas y pasivas y, posteriormente, los asistentes a esta sesión tendrán que reflexionar e identificar conductas agresivas, pasivas o asertivas que hayan tenido con el/la paciente este último mes y la paciente con ellos. Cada miembro debe comunicar las conductas que tuvo, cómo se sintió al hacerlo y preguntarle a la paciente cómo se sintió con esa manera de comportarse. El/la paciente también tendrá que comunicar a cada miembro las conductas que tuvo con ellos, como se sintió y preguntar cómo se sintieron ellos. Todos los miembros deben escuchar, no interrumpir, no faltar el respeto y comunicarse de manera asertiva y respetando los turnos de palabra. Una vez hecho esto, entre todos se buscarán alternativas asertivas para las conductas agresivas y pasivas que tuvieron y reforzar, positivamente, las conductas asertivas. Con esta actividad se trabaja la comunicación, la expresión de sentimientos y pensamientos, la escucha activa y las conductas asertivas.

En la segunda actividad "Hacer peticiones, asimilar las negativas y decir no" (Role playing). Cada miembro tendrá que elaborar 6 peticiones, 3 maneras de aceptar y responder las negativas y 3 maneras de decir "no" de manera asertiva. Se ponen por parejas, estarán 10 minutos por pareja, 5 minutos para cada miembro, e irán rotando de manera que todos trabajen con todos. Por ello, cada uno elaborará 6 peticiones, dos para cada uno, ya que son 4 y cada uno trabajará con 3. Primero uno de ellos hará una de sus peticiones de manera asertiva, el otro tendrá que decir "no" asertivamente, y el que ha realizado la petición tendrá que asimilar la negativa asertivamente y comunicarlo, después tendrá que hacer la otra petición y el otro tendrá que aceptarla de manera asertiva. Una vez hecho esto será el turno del otro miembro de la pareja y cuando terminen, con esa pareja, rotarán haciendo el mismo ejercicio hasta que todos lo hagan. Finalmente, tendrán que reflexionar y comunicar cómo se han sentido a la hora de realizar las peticiones, cuándo han tenido que asimilar las negati-

vas, cuándo han aceptado su petición, y cuándo han tenido que decir “no” de manera asertiva (Anexo 9). Al terminar la sesión se realizará el control de tóxicos.

Sesión 11: Emociones, ¿puedo controlarlas? Parte 2

La segunda parte comienza con la revisión del calendario y los objetivos. A continuación, se explican las distintas técnicas de regulación emocional: a nivel cognitivo (cambiar el pensamiento hacia otro que no genere malestar), comportamental (alejarse de la situación y buscar apoyo) y fisiológico (relajación progresiva, respiración), y cómo utilizarlas para manejar el estrés y la ansiedad, controlar el deseo (craving), las emociones y no llevar a cabo conductas impulsivas y autodestructivas (autolesiones, consumo de sustancias, etc.) con el objetivo de tolerar el malestar, prevenir recaídas de consumo y de conductas autolesivas. La primera actividad “Impulsividad” el/la paciente deberá identificar, por un lado, situaciones recientes de su vida donde no haya podido controlar sus emociones y qué conductas llevó a cabo y, por el otro, situaciones recientes donde haya podido controlar sus emociones y cómo lo hizo. Esta actividad tiene el objetivo de poder identificar qué habilidades de regulación emocional y control de impulsos se llevan a cabo y cuáles son necesarias entrenar. La segunda actividad “Respira, piensa y actúa” tiene como objetivo practicar la respiración controlada para reducir el estrés, el control de la impulsividad y tomar decisiones de manera racional. En esta actividad se tratará de pensar en una situación negativa, después practicar la respiración abdominal con los ojos cerrados pensando en algo positivo durante diez minutos y después abrir los ojos. Una vez hecho esto, se le pedirá que piense en las diferentes soluciones para la situación negativa y que escoja la más adecuada.

Sesión 12: Resolución de problemas como prevención de recaídas

En primer lugar, se revisará el calendario y los objetivos, después empezará la sesión explicando qué se entiende por resolución, por problema y por resolución de problemas; también se explicarán los distintos tipos de abordaje de un problema (pasivo, activo y evitador) y la metodología de la resolución de los mismos. Tras esto, se expondrán tres casos prácticos en los que el/la paciente tendrá que proponer diferentes estrategias y soluciones para prevenir la recaída en el consumo y las conductas autodestructivas. Finalmente, tendrá que identificar situaciones y personas de riesgo que se le presentan en la actualidad, y situaciones y personas protectoras que le ayudan a no recaer para analizar por sí misma y con ayuda del/la terapeuta qué puede hacer para evitar la recaída. Al terminar la sesión se realizará el control de tóxicos.

Sesión 13: ¡Lo estoy consiguiendo!

Se le pedirá que traiga a la/s persona/s que le hayan acompañado durante todo el proceso de cambio a esta sesión, para poder dar feedback y conocer la visión de su situación, por ella misma, y de la/s persona/s que le ha/n apoyado y acompañado. Se llevará a cabo la última revisión del calendario y de los objetivos. Esta sesión tiene el objetivo de conocer, en primer lugar, la situación actual del/la paciente con respecto al mantenimiento del cambio: cuál es la visión y valoración que tiene de sí, sus expectativas sobre el cambio, los cambios que ha percibido y las cosas que cree que aún hay que trabajar, sus fortalezas y debilidades, nuevas metas y acciones para conseguirlas, su estado actual de abstinencia y de reducción o desaparición de conductas autolesivas, si ha adquirido habilidades interpersonales y la calidad de sus relaciones interpersonales y con su familia, las estrategias que está utilizando para evitar las recaídas y para el control de sus emociones y sus hábitos saludables. Después se le pedirá al acompañante que cuente la visión que tiene del/la paciente con respecto a los cambios producidos. Finalmente, el/la psicólogo/a dará feedback al paciente con respecto a todo lo que le haya comentado y crea conveniente decir, motivándola a seguir y reforzando los cambios que ha realizado.

Sesión 14: ¡Despedida!

Para cerrar el programa se le volverá a aplicar el EuropASI y el MCMI-III para comprobar si las sesiones psicoeducativas han tenido impacto sobre los objetivos que se plantearon en un principio. Se le realizará el último control de tóxicos y se le pedirá que escriba y, posteriormente, lea si le ha ayudado este programa, en qué le ha ayudado y si cambiaría algo del mismo.

Conclusiones

La propuesta de intervención realizada, tenía la finalidad de llevarse a cabo en el centro Proyecto Hombre en una adolescente con TLP y adicción al cannabis. Sin embargo, esto no ha sido posible por la situación de crisis provocada por el COVID-19.

La PD es una realidad clínica que se encuentra infradiagnosticada, ya que los diversos estudios señalan la existencia de una elevada prevalencia de PD entre la población clínica y general (Fundación Acorde, 2015; Sociedad Española de Patología Dual, 2015). La PD impacta negativamente en la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial de los pacientes, poniéndolos así en una situación de exclusión social (Marín-Navarrete y Szerman, 2015). Los pacientes duales presentan mayores tasas de mortalidad, morbilidad, recaídas y una peor evolución y adherencia al tratamiento que los pacientes no duales (Fundación Acorde, 2015). Por ello, es fundamental, en la adolescencia o adultez, la prevención del consumo de drogas y atender las necesidades de los pacientes que presentan un uso tóxico con las mismas y alteraciones psicopatológicas, con el propósito de mejorar la calidad de vida, conciencia de la enfermedad y desarrollo de la autonomía (Bobes et al., 2011).

La mayoría de los pacientes con TLP y adicción al cannabis no tienen conciencia de su enfermedad, lo que dificulta la necesidad de cambio y en, consecuencia, el tratamiento (Díaz, 2001). Presentan una gran inestabilidad en el estado de ánimo, en las relaciones interpersonales y en la autoimagen, además de elevadas tasas de comportamientos impulsivos y autodestructivos (Corchero et al., 2012). Debido a estas características, la intervención propuesta en este trabajo se lleva a cabo desde un enfoque psicoeducativo y teniendo en cuenta la conciencia del paciente sobre su problema. El objetivo es trabajar la concienciación de la existencia de dos patologías y la necesidad de intervención para reducir el malestar provocado por la sintomatología. Además, dotar de habilidades sociales, emocionales y de resolución de problemas para reducir el consumo y mantener la abstinencia, y poder desenvolverse en su día a día logrando tener una mayor autonomía, reduciendo así los problemas interpersonales, laborales, económicos y familiares (Bobes et al., 2011; Corchero et al., 2012).

Durante el proceso de elaboración de la propuesta de intervención, se han observado distintos tipos de terapias e intervenciones psicoeducativas con pacientes con TLP (Corchero et al., 2012; De la Vega y Sánchez, 2013), por un lado, y con pacientes con adicción al cannabis u otro tipo de sustancia por otro (Echeburúa et al., 2010), pero no intervenciones que trabajen ambas patologías de manera multidisciplinar e integral (Becoña et al., 2011). Y es por esto que es necesario realizar evaluaciones específicas a pacientes con problemas de adicción, que pueden estar presentando otro Trastorno mental y a pacientes con psicopatologías que puedan presentar problemas con el uso de sustancias psicoactivas (Albalat, 2015), además de programas de tratamiento integrales para esta comunidad y planes de intervención individualizados, teniendo en cuenta las características biopsicosociales y las necesidades que presenta cada paciente (Álvarez et al., 2007).

Referencias

Albalat, C. (2015). *Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Murcia, Murcia, España.

Álvarez, C. M., Arias, F., Basurte, J., Brousoño, M., Casas, M., Castell, X., Dida-Attas, J., Fernández-Marcote, R. O., García-Portilla, M. P., Henche, A. I., Jiménez, L., Martínez, S., Martínez, J., Negrete, J. C., Peris, L., Ponce, G., Poyo, F., Ramírez, N., Ramos, M., Roncero, C., Saiz, P. A., Sevilla, J., Sopelana, P. A., Szerman, N., y Vicens, E. (2007). *Patología Dual en Esquizofrenia: Opciones Terapéuticas*. Editorial Glosa. Recuperado de https://www.patologiadual.es/docs/patologia_dual_en_esquizofrenia.pdf

Álvarez, A., Gutiérrez, L., Peón, S., Pérez, T., y Real, A. (2012). Adicción al cannabis y trastornos psicopatológicos asociados. *Psicología de las Adicciones*, 1, 18-24.

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., 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(1), 191-200. <https://doi.org/10.20882/adicciones.59>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Edición -DSM-5)*.

- Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J. M., López, A., Madoz, A., Martínez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A., y Villanueva, V. (2011). Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R., y Tomás, V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm?att_231208_EN_ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., y Ye yang, M. S. (2006). A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Archives Of General Psychiatry*, 63, 426-432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>
- Bello, L.A. (2016). *Epidemiología, Factores Etiológicos y Modelos Asistenciales en Patología Dual*. Universidad Miguel Hernández. Recuperado en <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2016/02/PMDPatolog%C3%ADa-Dual-Epidemiolog%C3%ADa-factores-etiol%C3%B3gicos-modelos-asistenciales.pdf>
- Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos*. Enfoque Editorial S. C. Clayton, R. Recuperado de http://bibliosjd.org/wpcontent/uploads/2017/03/Manual_de_Trastornos.Adictivos.pdf
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A., y Bousño, M. (1996). Índice Europeo de Gravedad de la Adicción: EuropASI. Versión Española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Cardenal, V., y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y Baremación al Español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMIII)*. TEA Ediciones.
- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P., y Pinet, C. (2011). Conceptos Básicos en Trastornos Adictivos. En J. Bobes, M. Casas, y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual de Trastornos Adictivos* (pp. 17-25). Enfoque Editorial S. C. Clayton, R.
- Caudevilla, F. (2006). *Drogas Conceptos Generales, Epidemiología y Valoración del Consumo*. Grupo de Intervención en Drogas semFYC. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas.%20conceptos%20generales.%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Chermack, S. T., Roll, J., Reilly, M., Davis, L., Kilaru, U., y Grabowski, J. (2000). Comparison of Patient Self Reports and Urinalysis Results Obtained under Naturalistic Methadone Treatment Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 43-49. [http://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00106-4](http://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00106-4)
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2014). Aproximación a la Patología Dual Propuestas de Intervención en la Red FEAFES. Recuperado el 4 de abril de 2020, de <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Aproximacion-patologiadual.pdf>
- Corchero, M., Balés, C., Olivia, C. y Puig, C. (2012). Diagnóstico, Evolución y Tratamiento de una Adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (103), 55-64.
- Crowley, T. J., Macdonald, M. J., Whitmore, E. A. y Mikulich, S.K. (1998). Cannabis Dependence, Withdrawal and Reinforcing Effects among Adolescents with Conduct Symptoms and Substance Use Disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 50(1), 27-37. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00003-9](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00003-9)
- De la Vega, I. y Sánchez, S. (2013). Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno de Personalidad Límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Díaz, J. (2001). El Modelo de los Estadios del Cambio en la Recuperación de las Conductas Adictivas. *Escritos de Psicología*, 5, 21-35.
- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R., y Aizpiri, J. (2010). Trastornos de la Personalidad en Adultos Jóvenes Dependientes del Cannabis en Tratamiento: Un Estudio Comparativo. *Behavioral Psychology*, 18(2), 229-239
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C. y Meltzer, H. (2001). Nicotine, Alcohol and Drug Dependence and Psychiatric Comorbidity. Results of a National Household Survey. *British Journal of Psychiatry*, 179(5), 432-437. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.432>
- Finnell, D. S. (2003). Use of the transtheoretical model for individuals with co-occurring disorders. *Community Mental Health Journal*, 39, 3-15. <https://doi.org/10.1023/a:1021273206004>
- Fundación Acorde. (2015, abril 29). *El 70% de los Pacientes con Conducta Adictiva Padece un Segundo Trastorno Mental*. Recuperado 1 de abril de 2020, de <http://www.fundacionacorde.com/patologia-dual.html>
- Gillespie, N. A., Aggen, S. H., Neale, M. C., Peggy, G., Krueger, R.F., South, S. C., Czajkowski, N., Nesvåg, R., Ystrom, E., Kendler, K. S. y Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Associations between Personality Disorders and Cannabis Use and Cannabis Use Disorder: A Population-based Twin Study. *Addiction*, 113(8), 1488-1498. <https://doi.org/10.1111/add.14209>
- Glantz, M. D., Anthony, J. C., Berglund, P. A., Degenhardt, L., Dierker, L., Kalaydjian, A., Merikangas, K. R., Ruscio, A. M., Swendsen, J. y Kessler, R.C. (2008). Mental Disorders as Risk Factors for Later Substance Dependence: Estimates of Optimal Prevention and Treatment Benefits. *Psychological Medicine*, 39(8), 1365-1377. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004510>
- Graña, J. L., Muñoz, J. J., y Navas, E. (2007). Características Psicopatológicas, Motivacionales y de Personalidad en Drogodependientes en Tratamiento de la Comunidad de Madrid. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCaracter%3%ADstigas+psicopat%3%B3logicas+psicopat%3%Agencia+Antidroga.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271808393360&ssbinary=true>
- González, P. (2009). Psicoeducación Grupal en Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Bipolar Asociado a Dependencia de Tóxicos en Abstinencia. *NURE Investigación*, 6(38).
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210. <https://doi.org/10.1159/000259089>
- Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. R. y Shwartz, M. (2000). The Addiction Severity Index: A Field Study of Internal Consistency and Validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 129-135. [https://doi.org/10.1016/S07405472\(99\)00025-2](https://doi.org/10.1016/S07405472(99)00025-2)
- Marín-Navarrete, R. y Szerman, N. (2015). Repensando el Concepto de Adicciones: Pasos hacia la Patología Dual. *Salud Mental*, 38(6), 395-396. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.060>
- Millon, T., Davis, R. y Millon C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMIII)*. Pearson Assessments.
- National Institute on Drug Abuse. (2008). Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. *Research Report Series*, 1-12.
- Navarro, M., y Rodríguez de Fonseca, F. (2000). Cannabinoides y Conducta Adictiva. *Adicciones*, 12, 97-108.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y Novedades, 2019*. Recuperado de https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ESN_PDF.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). *Guía sobre drogas*. Recuperado de https://www.girona.cat/adminwebs/docs/gu/guia_drogas.pdf
- Rubio, B., Benito, A., Juan, M., Francés, S., Real, M., y Haro, G. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en Pacientes Hospitalizados con Trastorno por Uso de Sustancias y Patología Dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(3), 61-79.
- Sociedad Española de Patología Dual. (2015). *Existe una Relación Biológica, Psicológica y Sociocultural entre Adicciones y Otros Trastornos Mentales*. IV International Congress Addictions and other

- Mental Disorders, Barcelona, España. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/prensa/np/170415np-nuevas-sustancias1.pdf>
- Sociedad Española de Patología Dual. (2009). Propuesta de la SEPD a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de https://www.patologiadual.es/docs/propuesta_AEPD_estrategia_salud%20mental_sns.pdf
- Soler, J. (2010). *Aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual en el Trastorno Límite de la Personalidad* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Szerman, N. (2014). Editorial. *Revista de Patología Dual*, 1(1), 1.
- Szerman, N. y Martínez-Raga, J. (2015). Editorial. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2). <https://doi.org/10.1108/ADD-03-2015-0004>
- Tavera, S., y Martínez, M. (2013). *Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida. Guía para el Promotor de «Nueva Vida»*. Conadic. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvle_preencion.pdf
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J., Montanari, L., Vicente, J., y Domingo-Salvany, A. (2017). Patología Dual: Una Perspectiva Europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5. <https://doi.org/10.20882/adicciones.933>
- Torres de Galvis, Y., Posada, J., Bareño, J., y Berbesí, D. Y. (2010). Trastornos por Abuso y Dependencia de Sustancias en Población Colombiana: su Prevalencia y Comorbilidad con otros Trastornos Mentales Seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 105-136. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60265-1](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60265-1)
- Velasquez, M. M., Carbonari, J. P. y DiClemente, C. C. (1999). Psychiatric Severity and Behaviour Change in Alcoholism: The Relation of the Transtheoretical Model Variables to Psychiatric Distress in Dually Diagnosed Patients. *Addictive Behaviors*, 24(4), 481-496. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00103-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00103-8)
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middlenton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N. y Ford, C. (2003). Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness in Community Mental Health and Substance Misuse Services. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 304-13. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.304>
- Weiss, R. D., Najavits, L. M. y Mirin, S. M. (1998). Substance Abuse and Psychiatric Disorders. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Behaviours* (pp. 291-318). Guildford Press.
- http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvle_preencion.pdf
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J., Montanari, L., Vicente, J., y Domingo-Salvany, A. (2017). Patología Dual: Una Perspectiva Europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5. <https://doi.org/10.20882/adicciones.933>
- Torres de Galvis, Y., Posada, J., Bareño, J., y Berbesí, D. Y. (2010). Trastornos por Abuso y Dependencia de Sustancias en Población Colombiana: su Prevalencia y Comorbilidad con otros Trastornos Mentales Seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 105-136. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60265-1](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60265-1)
- Velasquez, M. M., Carbonari, J. P. y DiClemente, C. C. (1999). Psychiatric Severity and Behaviour Change in Alcoholism: The Relation of the Transtheoretical Model Variables to Psychiatric Distress in Dually Diagnosed Patients. *Addictive Behaviors*, 24(4), 481-496. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00103-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00103-8)
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middlenton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N. y Ford, C. (2003). Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness in Community Mental Health and Substance Misuse Services. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 304-13. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.304>
- Weiss, R. D., Najavits, L. M. y Mirin, S. M. (1998). Substance Abuse and Psychiatric Disorders. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Behaviours* (pp. 291-318). Guildford Press.