

# Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual

## *The efficacy of dual brief motivational psychoeducational therapy (D-BMPT) in patients hospitalized for substance use disorders and dual diagnosis*

Begoña Rubio<sup>1</sup>, Ana Benito<sup>2</sup>, María Juan<sup>1</sup>, Sonia Francés<sup>3</sup>, Matías Real<sup>1</sup> y Gonzalo Haro<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Hospital Provincial de Castellón

<sup>2</sup> Unidad de Salud Mental Torrente, Valencia

<sup>3</sup> Psicóloga

<sup>4</sup> Universidad CEU-Cardenal-Herrera

Recibido: 08/04/2015 · Aceptado: 21/09/2015

### Resumen

**Introducción:** El término patología dual (PD) se refiere a 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. En este sentido, el Hospital Provincial de Castellón adaptó la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (efectiva en pacientes con TUS en Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) para ser usada también con pacientes con PD (TPMB-D), incluyendo a pacientes con TUS y con PD en los mismos grupos terapéuticos. **Método:** Estudio experimental doble ciego con dos grupos aleatorios que evaluó 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. El 55,8% fueron asignados al grupo TPMB-D y el 44,2% al grupo TO. Se evaluaron en el pretest el nivel de conocimientos sobre adicciones y PD (cuestionario ad hoc) y la motivación para el cambio (cuestionario SOCRATES 8D de Miller y Tonigan). Después de recibir tres sesiones de TPMB-D o TO se volvieron a evaluar postest estas variables y la satisfacción con la terapia recibida (Cuestionario de Percepciones del Tratamiento de Marsden et ál.). **Resultados:** 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, motivación para el cambio, Terapia Ocupacional, Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D).

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Ana Benito  
e-mail: [anabenitodel@hotmail.com](mailto:anabenitodel@hotmail.com)



## Abstract

**Introduction:** Dual diagnosis (DD) is the term used for comorbidity of substance use disorders (SUD) with severe mental disorders and is associated with worse outcomes than each of these disorders separately, it thus being important to develop specific therapies for these patients. The Provincial Hospital of Castellon has adapted Brief Motivational Psychoeducational Therapy (effective in SUD patients in the Hospital's Detoxification Unit) for DD patients (D-BMPT), and includes patients with SUD and those with DD in the same therapeutic groups. **Method:** This double-blind experimental study used two randomized groups with the aim of assessing the efficacy of D-BMPT compared to occupational therapy (OT) in patients hospitalized with SUD and with DD. One hundred and sixty-three patients completed the study, 68.7% of whom had DD and 31.3% SUD. Their level of knowledge about drug addictions and DD (ad hoc questionnaire) and their motivation for change (Miller and Tonigan's SOCRATES 8D questionnaire) were evaluated pre- and post-treatment, and their satisfaction with the therapy received (Marsden et al.'s Treatment Perceptions Questionnaire) was evaluated post-treatment. **Results:** D-BMPT increases motivation for change and knowledge about drug addictions and DD more than OT, also generating higher levels of satisfaction.

## Key Words

Dual diagnosis, substance use disorders, motivation for change, occupational therapy, dual brief motivational psychoeducational therapy (D-BMPT).

## INTRODUCCIÓN

El término patología dual (PD) se utiliza 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), principalmente para referirse a la comorbilidad de los TUS con trastornos mentales graves (Martínez, 2011).

Casi el 40% de los pacientes con trastorno por uso de alcohol y más del 50% con trastornos por consumo de otras drogas reciben también, en algún momento de su vida, un diagnóstico de otro tipo de trastorno psiquiátrico (García-Campayo y Sanz, 2002). Alrededor del 50% de los individuos con trastornos mentales cumplirán criterios para abuso/dependencia de alcohol o drogas en algún momento de su vida (Rodríguez-

Jiménez, Bagney, Peñas, Gómez y Aragües, 2010). Entre el 30 y el 50% de los pacientes de salud mental presentan enfermedad mental y adicción (Becoña y Cortés, 2008; Ziedonis, 2004).

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 ál., 2006), hospitalización, utilización de los recursos sanitarios (Ziedonis, 2004), conductas de riesgo e infecciones por VIH y VHC (López-Muñoz, Álamo y Rubio, 2010), patología cardiovascular, hepática y gastrointestinal, mayor comorbilidad orgánica general (Torrens, Rossi, Martínez-Riera, Martínez-Sanvisens y Bulbena, 2012), mayores tasas de



desempleo y marginación (Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997) y mayor probabilidad de llegar a ser sin techo (Tsuang y Fong, 2004). 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).

Las estrategias terapéuticas empleadas en estos pacientes no están suficientemente contrastadas (López-Muñoz et ál., 2010). Debido a las complejas características clínicas de los pacientes con PD, es necesario un enfoque multidisciplinar desde las perspectivas psicopatológica, médica y social (Torrens et ál., 2012).

El modelo de tratamiento integrado (se integran los elementos de los tratamientos de trastornos mentales graves y de TUS) es el paradigma en el contexto estadounidense, mientras que en Europa se ha tendido al tratamiento en paralelo (el sujeto es atendido simultáneamente en la red de salud mental y en la red de drogodependencias) (Rubio, Torrens, Calatayud y Haro, 2010).

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 (Rubio et ál., 2010). Varios estudios apoyan la eficacia y efectividad de los tratamientos integrados (Murthy y Chand, 2012; Torrens et ál., 2012). 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 (Murthy y Chand, 2012).

Varios autores (Rubio et ál., 2010) sostienen que los tratamientos psicosociales basados en la evidencia son componentes esenciales de un programa integral de PD, siendo la combinación de psicoterapia y farmacoterapia más efectiva que cualquiera de las intervenciones por separado (Rubio et ál., 2010). De momento no hay suficiente evidencia que apoye un tratamiento psicosocial sobre otros (Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan y Cleary, 2013; Torrens et ál., 2012). Las evidencias sugieren que combinando los tratamientos basados en la evidencia se obtienen las psicoterapias más efectivas para la comorbilidad (Kelly, Daley y Douaihy, 2012). En contexto hospitalario se han usado psicoeducación, intervenciones para potenciar la continuidad de cuidados, terapia motivacional, intervenciones basadas en etapas, terapia cognitivo-conductual, prevención de recaídas y terapia grupal (Lubman, King y Castle, 2010). No obstante, es necesario más conocimiento sobre cuáles son las terapias más eficaces y desarrollar terapias específicas para los pacientes con PD (Torrens et ál., 2012) y sus necesidades y comorbilidades específicas (Thylstrup y Johansen, 2009).

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, Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) y Ambulatorio (Rubio et ál., 2010). Agudos y UDH coexisten en la misma sala del hospital junto con la Unidad de Hospitalización Breve.

En la UDH se utilizaba la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve (TPMB) (Haro, Barea, Ramírez, López y Cervera, 2006) diseñada para aplicarse a pacientes con TUS en formato grupal de 3 sesiones. La TPMB está manualizada (Haro et ál., 2006) y ha mostrado efectividad en aumentar el conocimiento de los pacientes sobre las dependencias y su



motivación para recibir psicoterapia, generando altos niveles de satisfacción en los usuarios (Haro, Ramírez, López, Barea, Mateu y Cervera, 2006). La 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, creando así la TPMB Dual (TPMB-D), que sigue el manual de la TPMB pero ampliando la psicoeducación a la PD. El manual de la TPMB-D está disponible solicitándolo a los autores. En la tabla I se pueden ver las tres sesiones que la componen.

**Tabla I.** Contenido de las tres sesiones de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) y de la Terapia Ocupacional (TO)

	TPMB-D	TO
<b>SESIÓN 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentación de los terapeutas e integrantes del grupo.</li> <li>-Descripción de la metodología de la terapia, pautas básicas de participación y resumen de los contenidos de las sesiones.</li> <li>-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).</li> <li>-Conceptos básicos relacionados con las drogas: concepto de droga; tipos de drogas; uso, abuso, dependencia, tolerancia, abstinencia, desintoxicación, deshabitación y reinserción.</li> <li>-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.</li> <li>-Descripción de los recursos asistenciales de la red de drogodependencias y de la de salud mental, así como los específicos de PD.</li> </ul>	-Manualidades.
<b>SESIÓN 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se recuerdan brevemente los contenidos expuestos en la sesión 1.</li> <li>-Se detallan las etapas motivacionales para el abandono del consumo según el modelo de Prochaska y DiClemente (1986): precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento.</li> <li>-Significado y efectos de la recaída.</li> <li>-Curso crónico de la adicción y la enfermedad mental, recordando los recursos al alta y la importancia de la continuidad del tratamiento.</li> <li>-Refuerzo del esfuerzo y el deseo de cambio.</li> <li>-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).</li> </ul>	-Gimnasia. -Relajación.
<b>SESIÓN 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Repaso de la sesión anterior.</li> <li>-Prevención de recaídas (II):</li> <li>-Entrenamiento en solución de problemas.</li> <li>-Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores del consumo.</li> <li>-Situaciones de riesgo y cambios a realizar.</li> <li>-Afrontamiento de la recaída.</li> <li>-Importancia de desarrollar un estilo de vida y hábitos saludables.</li> <li>-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.</li> </ul>	-Videofórum.

Nota: Las abreviaturas son UDH Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, UHB Unidad de Hospitalización Breve, PPDG Programa de Patología Dual Grave, TUS Trastorno por Uso de Sustancias y PD Patología Dual.



El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la TPMB-D en pacientes hospitalizados con TUS y con PD, siendo nuestras hipótesis que la TPMB-D aumenta el conocimiento sobre dependencias y PD y la motivación para el cambio y que los pacientes tratados con ella presentan mayores niveles de conocimientos, motivación para el cambio y satisfacción con el tratamiento que los tratados con terapia ocupacional (TO).

## MATERIALES Y MÉTODO

### Muestra

Los 199 participantes se seleccionaron por muestreo consecutivo entre los pacientes que ingresaban en la unidad de hospitalización durante 2012. Los criterios de inclusión eran: diagnóstico de dependencia de sustancias, que su psiquiatra hubiera solicitado su inclusión en la TPMB-D y que aceptaran 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 que pudiera interferir en la terapia grupal) 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 (18,09% de abandonos).

### 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

centiles 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).

### 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. Se contabilizó el número de aciertos. Este cuestionario se incluye en el Anexo A.

La motivación para el cambio se evaluó mediante el cuestionario de uso personal de drogas *SOCRATES 8D* (Miller y Tonigan, 1996; Salazar, Martínez y Ayala, 2001), inspirado en las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (1986). 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). 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.

La satisfacción con la terapia recibida se evaluó con el *Cuestionario de Percepciones del Tratamiento* (Mandersen et ál., 2001; Marsden et ál., 2000). Consta de 10 ítems de respuesta tipo Likert de 5 categorías (*Muy en desacuerdo-Muy de acuerdo*) y se contabilizó la puntuación total.

### 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 una vez que firmaban el consentimiento informado (pretest). Se recogieron los datos socio-demográficos y clínicos y se evaluaron sus conocimientos sobre dependencias y PD y su motivación para el cambio. Fueron asignados aleatoriamente al grupo de TPMB-D o al de TO por una enfermera especialista en salud mental mediante secuencia de aleatorización oculta. 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 recibieron las 3 sesiones de TPMB-D o 3 sesiones de TO (ver tabla 1). 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.

Se volvió a evaluar (postest) a los participantes con los cuestionarios de conoci-

mientos y motivación y también se evaluó la satisfacción con la terapia recibida. Después de la evaluación postest 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.

## Pruebas estadísticas

Los datos fueron analizados con SPSS de IBM versión 19.0. Se realizaron los análisis exploratorio y descriptivo y comparaciones entre los que abandonaban el estudio y los que no, entre los pacientes con TUS y aquellos con PD y entre los sujetos asignados a cada grupo de tratamiento mediante pruebas t y  $\chi^2$ . La comparación pre-post en conocimientos y motivación se realizó mediante ANOVA factorial mixto. La muestra necesaria para una potencia de 0,8 y  $\alpha$  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. La diferencia en la fase motivacional en la que se encontraban los sujetos se analizó mediante  $\chi^2$ . La satisfacción después de recibir las terapias se comparó mediante una prueba t.

## RESULTADOS

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). 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).

El 31,3% (n:51) de la muestra presentaba diagnóstico de TUS y el 68,7% (n:112) presentaba PD. 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 (los TUS lo eran desde UDH) ( $\chi^2$ :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. De las variables dependientes, ambos tipos de pacientes sólo se diferencian en la puntuación en precontemplación posttest, puntuando significativamente más alto los TUS ( $\bar{X}$  TUS:70,78 (DT:17,53);  $\bar{X}$  PD:61,25 (DT:23,75); $t$ :2,866; $p$ :0,005).

En la tabla 2 se pueden observar los descriptivos sociodemográficos y clínicos de la muestra total de sujetos que acabaron el estudio. No existen diferencias significativas entre los grupos TPMB-D y TO en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas.

En la tabla 3 se pueden observar las puntuaciones de la muestra total y de los dos grupos de tratamiento en las variables dependientes y las comparaciones entre ambos grupos en el pre y el posttest. En la tabla 4 se

pueden ver los resultados de las comparaciones entre los grupos mediante ANOVA en las puntuaciones en conocimientos y motivación.

## DISCUSIÓN

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% encontrado con población drogodependiente (Lima, Soares, Reisser y Farell, 2002). Este aceptable porcentaje de abandonos y el que se distribuya por igual en ambos grupos de tratamiento indicarían que este factor no influye en los resultados.

Dado los pocos sujetos que se encuentran en la fase de contemplación, la variable predictiva más relevante para el abandono es la dependencia de cannabis. Aunque otros estudios también encuentran que la sustancia de consumo predice el abandono, no coincide la sustancia con otros autores que lo asociaron con estimulantes (Nomamiukor y Brown, 2009) o con anfetaminas y opiáceos (Mueser et ál., 2013).

El abandono se relaciona con el nivel de conocimientos y la etapa motivacional, lo que coincide con la literatura y la opinión de los profesionales de que las intervenciones más recomendadas para fomentar la adherencia al tratamiento no farmacológico son psicoeducación, estrategias motivacionales y tratamiento individualizado (Roncero et ál., 2014).

El porcentaje de sujetos con PD en la muestra es similar al 65-85% encontrado en otros estudios en adictos en tratamiento (Arias et ál, 2013). Se han incluido en el estudio pacientes con TUS y con PD por varias razones. Dada la elevada prevalencia de la PD, ambos tipos de pacientes se encuentran de hecho en todos los recursos asistenciales, seamos o no conscientes de ello los profe-



**Tabla 2.** Descriptivos sociodemográficos y clínicos de la muestra total (N:163)

Sexo	Hombre	77,9% (n:127)	Derivación	UDH	51,5% (n:84)
	Mujer	22,1% (n:36)		PPDG	42,3% (n:69)
Edad	$\bar{X}$	38,42	Nº días desde ingreso a incorporación terapia	UHB	6,1% (n:10)
	DT	10,56		$\bar{X}$	9,75
Nacionalidad	Español	93,9% (n:153)	Total sesiones a las que asiste	DT	8,63
	Rumano	0,6% (n:1)		$\bar{X}$	2,6
	Árabe/magrebí	1,2% (n:2)		DT	0,75
	Otra	4,3% (n:7)		No diagnóstico	31,3% (n:51)
Estado civil	Soltero	71,8% (n:117)	Diagnóstico de alta (diferente a dependencia de sustancias)	Esquizofrenia	20,2% (n:33)
	Casado/Pareja de hecho	11% (n:18)		Trastorno esquizoafectivo	7,4% (n:12)
	Separado/Divorciado	14,7% (n:24)		Trastorno bipolar	6,1% (n:10)
	Viudo	2,5% (n:4)		Trastorno personalidad	23,3% (n:38)
				Otros	11,7% (n:19)
Nivel de estudios	Sin estudios	2,5% (n:4)	Tipo de pacientes	TUS	31,3% (n:51)
	Enseñanza Obligatoria Incompleta	39,9% (n:65)		PD	68,7% (n:112)
	Enseñanza Obligatoria Completa	34,4% (n:56)	Dependencia alcohol	Sí	58,9% (n:96)
	Enseñanza Secundaria/FPI o equivalente	11,7% (n:19)		No	40,5% (n:66)
	Enseñanza Universitaria Ciclo Corto/FP2 o equivalente	6,1% (n:10)	Dependencia cocaína	Sí	49,7% (n:81)
	Enseñanza Universitaria Ciclo largo y superiores	5,5% (n:9)		No	50,3% (n:82)
Situación laboral	Parado	36,8% (n:60)	Dependencia cannabis	Sí	27,6% (n:45)
	Contrato temporal	3,1% (n:5)		No	72,4% (n:118)
	Contrato indefinido/Autónomo	2,5% (n:4)	Dependencia drogas de síntesis	Sí	3,1% (n:5)
	ILT (incapacidad laboral transitoria)	20,2% (n:33)		No	96,9% (n:158)
	Pensionista	27,6% (n:45)	Dependencia benzodiacepinas	Sí	15,3% (n:25)
	Estudiante	0,6% (n:1)		No	84,7% (n:138)
	Ama de casa	1,8% (n:3)	Dependencia heroína	Sí	14,1% (n:23)
	Otros	7,4% (n:12)		No	85,9% (n:140)
Convivencia	Solo	25,2% (n:41)	Dependencia otras sustancias	Sí	5,5% (n:9)
	Familia propia	14,7% (n:24)		No	94,5% (n:154)
	Familia origen	42,9% (n:70)	Principal sustancia de consumo	Alcohol	37,4% (n:61)
	Vivienda compartida	1,2% (n:2)		Cocaína	24,5% (n:40)
	Vivienda institucional	4,9% (n:8)		Cannabis	11% (n:18)
	Otra	11% (n:18)		Heroína	3,7% (n:6)
		Otras		3,7% (n:6)	
		Alcohol y Cocaína		12,3% (n:20)	
		Heroína y Cocaína	3,7% (n:6)		
		Benzodiacepinas	3,1% (n:5)		
		Nº de dependencias	$\bar{X}$	1,74	
			DT	1,03	

Nota: Las abreviaturas son: TPMB-D Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual, TO Terapia Ocupacional, UDH Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, PPDG Programa de Patología Dual Grave, UHB Unidad de Hospitalización Breve, Trastorno por Uso de Sustancias y PD Patología Dual.





**Tabla 3.** Puntuaciones en las variables dependientes de la muestra total (N: 163) y los grupos de tratamiento y comparaciones entre los grupos

		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
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*
ETAPA MOTIVACIONAL EN LA QUE SE ENCUENTRAN LOS SUJETOS	P	47,2% (n:77)	41,1% (n:67)	44% (n:40)	31,9% (n:29)	51,4% (n:37)	52,8% (n:38)	$\chi^2$ :2,893 p (Monte Carlo): 0,241 $\phi$ de Cramer: 0,133 (1- $\beta$ )<0,19	$\chi^2$ :7,619 p (Monte Carlo): 0,014* $\phi$ de Cramer: 0,216 (1- $\beta$ ) $\approx$ 0,71
	C	2,5% (n:4)	2,5% (n:4)	1,1% (n:1)	2,2% (n:2)	4,2% (n:3)	2,8% (n:2)		
	A	50,3% (n:82)	56,4% (n:92)	54,9% (n:50)	65,9% (n:60)	44,4% (n:32)	44,4% (n:32)		
SATISFACCIÓN			$\bar{X}$ :36,13 DT:6,37		$\bar{X}$ :37,16 DT:6,54		$\bar{X}$ :34,83 DT:5,94		$\tau$ :2,339 p:0,021* d:0,371 (1- $\beta$ ):0,63

Nota: TPMB-D es la abreviatura de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual. TO es la abreviatura de Terapia Ocupacional. Pre y Post se refieren a las evaluaciones pretest y posttest respectivamente. P es la abreviatura de Precontemplación, C de Contemplación y A de Acción. Puntuaciones en precontemplación, contemplación y acción y fase motivacional evaluadas mediante el cuestionario de uso personal de drogas SOCRATES 8D (Miller y Tonigan, 1996; Salazar, Martínez y Ayala, 2001). Conocimientos sobre drogodependencias y patología dual evaluados con cuestionario ad hoc. Satisfacción evaluada con adaptación del cuestionario Treatment Perceptions Questionnaire (Mandersen et al., 2001; Marsden et al., 2000). Se señalan con \* las comparaciones que han resultado significativas con  $p < 0,05$ .

**Tabla 4.** Comparaciones entre los grupos de tratamiento mediante ANOVA factorial mixto en las puntuaciones en conocimientos y motivación

EFFECTO	CONOCIMIENTOS	PUNTUACIÓN PRECONTEMPLACIÓN	PUNTUACIÓN CONTEMPLACIÓN	PUNTUACIÓN ACCIÓN
<b>Momento evaluación: pre-post</b>	F: 37,798 p<0,001** : 0,190 (1-1)	F:0,172 p:0,679 :0,001 (1-0,070)	F:0,142 p:0,707 :0,001 (1-0,066)	F:9,141 p:0,003** :0,054 (1-0,852)
<b>Tratamiento: TPMB-D o TO</b>	F: 1,272 p:0,261 : 0,008 (1-0,202)	F:6,937 p:0,009** :0,041 (1-)	F:0,464 p:0,497 :0,003 (1-0,104)	F:0,803 p:0,372 :0,005 (1-0,145)
<b>Interacción Pre-post*Tratamiento</b>	F: 3,960 p: 0,048* : 0,024 (1-0,507)	F:0,597 p:0,441 :0,004 (1-0,120)	F:5,330 p:0,022* :0,032 (1-0,631)	F:6,682 p:0,011* :0,040 (1-0,729)

Nota: TPMB-D es la abreviatura de Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual. TO es la abreviatura de Terapia Ocupacional. Pre y Post se refieren a las evaluaciones pretest y posttest respectivamente. Puntuaciones en precontemplación, contemplación y acción evaluadas mediante el cuestionario de uso personal de drogas SOCRATES 8D (Miller y Tonigan, 1996; Salazar, Martínez y Ayala, 2001). Conocimientos sobre drogodependencias y patología dual evaluados con cuestionario ad hoc. Se señalan con \* las comparaciones que han resultado significativas con  $p < 0,05$  y con \*\* las significativas con  $p < 0,01$ .



sionales. 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. Además, dado que la PD se suele infradiagnosticar, 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 (Black et ál., 2012). 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), para ellos también son pertinentes los contenidos sobre PD. Por todo esto, un diseño que incluye ambos tipos de pacientes repartidos aleatoriamente en los grupos de tratamiento presenta mayor validez externa.

Nuestros resultados muestran 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 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 ál., 2014), de la combinación de entrenamiento en habilidades y trabajo motivacional (Easton et ál., 2012), de programas de contrato, recuerdo y refuerzo de la retención en tratamiento (Lash et ál., 2013) y de la combinación de terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional (Sánchez et ál., 2011).

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 ál., 2012), por lo que no disponemos de un estándar con el que comparar y es lícito comparar 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. La tercera razón es el pragmatismo: la TO está disponible en la unidad de hospitalización.

Otra cuestión discutible es si el diseño doble ciego es factible en psicología dado que tanto los terapeutas como los pacientes saben qué terapia están administrando y recibiendo. Según Coolican (2005), el doble ciego se obtiene si los pacientes no saben en qué terapia están interesados los investigadores y los terapeutas no saben a qué grupo están asignados los sujetos, como ocurre en este estudio.

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 ál. (2010), quienes encontraron que una intervención motivacional breve aumentaba el conocimiento sobre las drogas más que el tratamiento estándar, pero éste también lo hacía. 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 posttest (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. 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.

En precontemplación, 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). 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.

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 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, pueden no estar motivados para manejar su enfermedad.

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 postest. 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: cuanto mayor es el tiempo de adherencia al tratamiento, menor es el consumo y mejora el estado de salud y la adaptación social (Grella, Stein, Weisner, Chi y Moos, 2010). 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 ál., 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, 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). La revisión de Hunt et ál. (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 destacable. En este sentido, 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.

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 (Daughters et ál., 2008). Schulte, Meier y Stirling (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).

Parece un resultado muy positivo que la TPMB-D genere adecuados niveles de satisfacción, dado que la satisfacción con el tratamiento se relaciona 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). 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 ál., 2011).

### Limitaciones

Para evaluar los conocimientos sobre adicciones y PD se ha empleado un cuestionario ad hoc dado que ningún instrumento validado se ajustaba a lo que queríamos evaluar.

No se han registrado los motivos de los abandonos, por lo que no podemos objetivar si los sujetos que abandonan el estudio abandonan también las terapias objeto del mismo y/o la sala de hospitalización.

Al incluir ambos tipos de pacientes (TUS y PD) repartidos aleatoriamente en los grupos de tratamiento, no es posible evaluar directamente la influencia del diagnóstico en la efectividad de la terapia.

En el pretest, a pesar de la aleatorización, hay diferencias entre ambos grupos de tratamiento (TPMB-D y TO) en conocimientos y contemplación. Dado que la evaluación pretest se realiza antes de la aleatorización, la variable grupo de tratamiento no debería influir, por lo que este resultado es difícil de explicar. Dada esta diferencia inicial, los resultados del postest en estas dos variables han de tomarse con cautela dado que los grupos no son en principio comparables.

Al pasar finalmente los sujetos por ambas terapias, no ha sido factible realizar un seguimiento tras el alta para comprobar si los resultados obtenidos con la TPMB-D se traducían en mantener la abstinencia y la continuidad de cuidados. 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.

## CONCLUSIONES

Nuestros resultados indican que la TPMB-D ha mostrado ser efectiva para aumentar la motivación para el cambio y, en menor medida, aumentar el conocimiento sobre drogodependencias y PD en pacientes con TUS y con PD, generando un nivel adecuado de satisfacción. La TPMB-D muestra mejores resultados en motivación, conocimientos y satisfacción que la TO. La TPMB-D se puede aplicar en el contexto hospitalario tanto a pacientes con TUS como con PD, 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.

Estos resultados sugieren que la TPMB-D es una buena opción terapéutica para ser aplicada a pacientes dependientes de sustancias hospitalizados como complemento al tratamiento estándar, indicando la pertinencia de realizar más ensayos clínicos sobre la TPMB-D considerando variables dependientes como la continuidad del tratamiento y la abstinencia tras la hospitalización, con seguimiento a corto, medio y largo plazo y comparándola con otras terapias disponibles, tanto en términos de efectividad como de eficiencia. También sería interesante estudiar la influencia del diagnóstico adictivo o de enfermedad mental y del género en la eficacia de la TPMB-D.

## RECONOCIMIENTOS

Este estudio fue financiado íntegramente por 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.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- 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.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.). (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol. Recuperado el 30 de junio de 2013 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicalntPsicologica.pdf>.
- 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 Del Bello, M.P. (2012). Diagnosing Alcohol and Cannabis Use Disorders in Adolescents with Bipolar Disorder: A Preliminary Investigation. *Journal Dual Diagnosis*, 8, (1), 13-18.
- Boden, M.T. y Moos, R. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse & Treatment*, 37, 335-345.
- 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 Clinical Psychiatry*, 67, (7), 10-17.
- Burns, N. y Grove, S. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. St Louis: Elsevier Saunders.
- 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.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno.
- 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 Clinical Psychiatry*, 69, 122–129.
- DeVido, J.J. y Weiss, R.D. (2012). Treatment of the Depressed Alcoholic Patient. *Current Psychiatry Report*, 14, (6), 610–618.
- 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.
- 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.
- 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.



- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lana, F. (2001). Personality disorders and substance abuse disorders. Psychosocial strategies. *Actas Españolas Psiquiatría*, 29, (1), 58-66.
- 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.
- Lima, M.; Soares, O.B.; Reisser, P.A. y Farell, M. (2002). Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction*, 97, 931–949.
- 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. Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental. Castellón: MRA.
- 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.
- 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.
- 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 Perception Questionnaire (TPQ). *Addiction Research*, 8, 455-470.
- Martínez, J.M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 32, (2), 166-174.
- 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.
- 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.



- 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.
- Murthy, P. y Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 25, (3), 194-200.
- 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.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. En: Miller, W.R. y Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press. pp. 3-27.
- Rodríguez-Jiménez, R.; Bagny, 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. *Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental*. Castellón: MRA.
- 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.
- 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. *Tratado sobre patología dual: reintegrando la salud mental*. Castellón: MRA.
- 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.
- 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.
- 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.
- Schulte, S.J.; Meier, P.S. y Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction—a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64.
- Thylstrup, B. y Johansen, K.S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions—Introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 202-208.
- 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.; 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.
- Tsuang, J. y Fong, T.W. (2004). Treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Current Pharmaceutical Design*, 10, (18), 2249-2261.
- Van den Bosch, L.M. y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion 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.

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.

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.

## ANEXO A

### Cuestionario de conocimientos sobre drogodependencias y patología dual

<b>1</b>		<b>¿Cuál de las siguientes drogas <u>no</u> tiene acción depresora del sistema nervioso central?</b>	
	A	Opiáceos	
	B	Alcohol	
	C	Benzodicepinas (trankimazin)	
	D	Cocaína	
	E	Hipnóticos	
	F	No lo sé	
<b>2</b>		<b>La necesidad de administrar mayor cantidad de droga para seguir experimentando los mismos efectos se le llama (adaptación del organismo a la sustancia)</b>	
	A	Abuso	
	B	Síndrome de abstinencia	
	C	Tolerancia	
	D	Dependencia física	
	E	Dependencia psíquica	
	F	No lo sé	
<b>3</b>		<b>De las fases del tratamiento, ¿cuál estaría más directamente relacionada con la dependencia psíquica?</b>	
	A	Desintoxicación	
	B	Deshabitación	
	C	Reinserción social	
	D	Todas por igual	
	E	Ninguna de ellas	
	F	No lo sé	
<b>4</b>		<b>Cuando una sustancia es consumida y entra en el organismo altera</b>	
	A	Conductas	
	B	Emociones	
	C	Pensamientos	



	D	Funciones generales del organismo	
	E	Todas las anteriores	
	F	No lo sé	
<b>5</b>		<b>Según la teoría de procesos de cambio de Prochaska y DiClemente. ¿Cuál de estas fases no se incluiría en su modelo?</b>	
	A	Precontemplación	
	B	Contemplación	
	C	Resignación	
	D	Actuación	
	E	Mantenimiento y prevención de recaídas	
	F	No lo sé	
<b>6</b>		<b>En una situación de riesgo de recaída/consumo, cuál de las siguientes estrategias de control no sería la adecuada?</b>	
	A	Técnicas de relajación	
	B	Consumir una sustancia tóxica menos dañina	
	C	Autoinstrucciones	
	D	Control de estímulos	
	E	Técnicas asertivas	
	F	No lo sé	
<b>7</b>		<b>¿Qué conducta no estaría indicada al inicio de la deshabituación pero sí en las fases posteriores?</b>	
	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	
<b>8</b>		<b>¿Cuál de las siguientes sustancias crees que podría perjudicarte en tu evolución si la consumes?</b>	
	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	
<b>9</b>		<b>Abstenerse de tomar drogas forma parte de un estilo de vida saludable al igual que (señale la falsa)</b>	
	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	
<b>10</b>		<b>Cómo debemos entender una recaída</b>	
	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	
<b>11</b>		<b>Cuando se padece un trastorno mental grave, el consumo de sustancias tóxicas</b>	
	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	
<b>12</b>		<b>En relación a las enfermedades mentales graves</b>	
	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	