

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA INTEGRADA EN PATOLOGÍA DUAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS
EN TÉRMINOS DE FUNCIONALIDAD Y REDUCCIÓN DEL DAÑO**

INVESTIGADORES

Victoria Maria Castañeda Amashta

COINVESTIGADORES

Sandra L Albarrán Ruiz

TUTOR TEMÁTICO

Jeffrey González

TUTOR METODOLÓGICO

Juan Fernando Cano

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA INTEGRADA EN PATOLOGÍA DUAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS
EN TÉRMINOS DE FUNCIONALIDAD Y REDUCCIÓN DEL DAÑO**

INVESTIGADORES

Victoria Maria Castañeda Amashta
victoria.castaneda@urosario.edu.co

COINVESTIGADORES

Sandra L Albarrán Ruiz

TUTOR TEMÁTICO

Jeffrey González
Jeffrey.gonzalez@urosario.edu.co

TUTOR METODOLÓGICO

Juan Fernando Cano
Juanf.cano@urosario.edu.co

Especialización en Epidemiología
Universidad del Rosario
Universidad CES

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN	4
2.	ABSTRACT	4
3.	INTRODUCCIÓN.....	5
4.	METODOLOGÍA	6
5.	RESULTADOS.....	7
6.	DISCUSIÓN.....	11
7.	LIMITACIONES.....	12
8.	CONCLUSIONES	12
9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	12
10.	CONFLICTO DE INTERÉS	13
11.	REFERENCIAS	13

1. Resumen

Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención en engranaje o integrada en el tratamiento a largo plazo de la patología dual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de una muestra de 93 pacientes, se registraron los datos demográficos, el diagnóstico Trastorno por Uso de Sustancias y Patología Dual de acuerdo con entrevista diagnóstica semiestructurada - MINI y los resultados de escala de evaluación del desempeño personal y social - PSP como medida de funcionalidad basal aplicada antes de la intervención secuencial en Clínica Campo Victoria.

Resultados: Noventa y tres pacientes (edad media 23 años; DE=7.76) (77,4 hombres). El nivel de escolaridad primaria fue la característica sociodemográfica con mayor asociación, con un 45,2%. Las sustancias más consumidas fueron cannabis, nicotina y alcohol, con una disminución de casi un 50% posterior a la terapia integrada.

Conclusiones: Se evidenció una prevalencia de patología dual del 45.2% cifras similares encontradas en otros estudios a nivel mundial, sin embargo, los trastornos de la personalidad no fueron incluidos dentro de este estudio, lo cual podría aumentar las tasas de patología dual en nuestra población. En cuanto a los resultados de funcionalidad de PSP no mostraron una diferencia estadísticamente significativa, como hipótesis explicativa a este fenómeno consideramos el deterioro cognitivo derivado del consumo y/o del trastorno mental.

Palabras clave: adicción, abuso de sustancias, patología dual, terapia integrada.

2. Abstract

Objectives: Evaluate the effectivity of the integrated treatment in the long-term management of dual diagnosis. **Methods:** An observational descriptive study was conducted with a sample of 93 patients, recording demographic data, substance abuse diagnosis, dual diagnosis according to the semi-intervention in the clinic Campo Victoria.

Results: A sample of ninety-three patients (average age 23 years, SD = 7.76; 77.4% men) was included. The primary education level was the sociodemographic characteristic with the strongest association, at 45.2%. The most commonly consumed psychoactive substances were cannabis, nicotine, and alcohol, with a nearly 50% decrease in consumption post-treatment.

Conclusions: A prevalence of dual diagnosis of 45.2% was found, which is consistent with what has been described in other studies developed worldwide. However, personality disorders were not included in this study, which could increase rates of dual diagnosis in our population. Respecting functionality results according to the PSP there was no statistically significant difference found, which could be explained by the cognitive impairment derived from substance abuse and/or mental disorders.

Keywords: addiction, substance abuse, dual diagnosis, integrated therapy.

3. Introducción

La patología dual (PD), es una entidad clínica definida como la coexistencia de un trastorno adictivo y una enfermedad mental. Su reconocimiento es reciente, solo después de los años 90 se empezó a identificar una relación recíproca y codependiente entre la patología mental y las adicciones, y, por lo tanto, la necesidad de un tratamiento integral para los pacientes que la padecen. Se estima que su prevalencia es superior al 50% y que su aparición debe ser considerada más que una excepción, pues en la mayoría de los casos es sub diagnosticada (1,2).

La relación entre los trastornos que conforman la patología dual (PD) es compleja y aún no ha sido completamente esclarecida. Se sabe que en su desarrollo intervienen factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, los cuales influyen una vez que el individuo ha estado expuesto a ciertos desencadenantes (2). Esta coexistencia de condiciones puede potenciarse mutuamente, aumentando la severidad de los síntomas y ocasionando un deterioro en distintas áreas de la vida del paciente(1,8). Los mecanismos por los que se establece la PD tienen su origen en el neurodesarrollo y en procesos relacionados con circuitos de neurotransmisores íntimamente ligados entre el proceso adictivo y la enfermedad mental, lo que sugiere una etiopatogenia común en la dupla (3,9). Así, el proceso neurobiológico de la adicción está descrito como un desbalance en el circuito de recompensa que involucra neurotransmisores como dopamina, serotonina, noradrenalina, y los sistemas opioides y endocannabinoide principalmente (4,5). Su localización anatómica incluye el núcleo accumbens, el área tegmental ventral, la corteza frontal y prefrontal y la región parietal. Sin embargo, los efectos directos de las sustancias psicoactivas (SPA) sobre ciertas áreas cerebrales generan deterioro progresivo de funciones ejecutivas, inhibición de mecanismos de control de impulsos, compromiso cognitivo importante, dificultad para la regulación emocional (10, 13). A su vez, los trastornos mentales presentan un sin número de alteraciones en los procesos de neurotransmisión, que tienen etiologías multigénicas variadas que aún no han sido completamente dilucidadas; sin embargo, cada trastorno mental (TM) cuenta con particularidades que lo definen nosológica, etiológica, epigenética y neurobiológicamente (16, 20).

Las investigaciones epidemiológicas a nivel internacional indican una alta prevalencia de abuso o dependencia de sustancias en diversas patologías psiquiátricas. Se estima que esta comorbilidad afecta entre el 70 y el 80 % de las personas con esquizofrenia, a más del 60 % de quienes padecen trastorno bipolar y a más del 70 % de aquellos con trastornos de personalidad graves. Asimismo, se han reportado tasas superiores al 30 % en casos de trastornos de ansiedad y depresión, así como en personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (3,8,9,17). El manejo de los pacientes con patología dual ha sido controvertido, pues se han utilizado métodos que han separado al individuo con adicciones de las clínicas de manejo psiquiátrico, reduciendo la enfermedad adictiva a situaciones puramente socioculturales y medio ambientales y, dejando a un lado los factores neurobiológicos y genéticos bastamente inmersos en la etiopatogenia de la enfermedad (1,16,19,20).

De esta manera, surge la necesidad de intervenciones dispuestas a dar una solución en cuanto a la participación, la multidisciplinariedad, la integralidad, la sensibilidad, el dialogismo propositivo, lo psicosocial, la pedagogía, la investigación, la educación y la normatividad (6), teniendo en cuenta

que existen tres modelos de intervención usados en la actualidad: el integrado, el secuencial y el paralelo, siendo mayormente usado el método paralelo, pero teniendo una mayor evidencia en la eficacia el integrado (8,9).

- **Tratamiento secuencial:** En este enfoque, el paciente recibe atención primero en uno de los sistemas de tratamiento (salud mental o adicciones) y posteriormente en el otro. El orden en que se lleva a cabo depende de diversos factores, como la prioridad clínica, la severidad de los trastornos, el momento de contacto con los servicios y la posible relación causal entre ambas condiciones (8, 9, 20).
- **Tratamiento paralelo:** Este modelo permite que el paciente acceda de manera simultánea a recursos terapéuticos tanto de salud mental como de adicciones. Sin embargo, aunque ambos tratamientos se desarrollan en el mismo periodo, la coordinación entre los equipos suele ser variable y en algunos casos insuficiente (8, 9, 19, 20).
- **Tratamiento integrado:** Se basa en la combinación de estrategias y recursos de ambas áreas dentro de un mismo plan terapéutico, facilitando un abordaje unificado para el tratamiento de los trastornos duales. Idealmente, este modelo debería ser aplicado por un equipo interdisciplinario capacitado en ambos ámbitos, lo que permite un seguimiento más preciso del paciente y un tratamiento más eficaz (8, 9, 19, 20).

Para evaluar la funcionalidad en salud mental, se han utilizado distintos métodos sin que exista un estándar definido. Uno de los instrumentos más empleados es la Escala de Evaluación del Desempeño Personal y Social (PSP), desarrollada por Morosini en el año 2000 (11). Esta herramienta, adaptada al español por García-Portilla y colaboradores en 2011 (13), ha demostrado su utilidad en el estudio de la patología dual, permitiendo medir aspectos como el autocuidado, la actividad productiva y las relaciones interpersonales del paciente de manera objetiva. (11,13)

4. Metodología

Se realizó un estudio observacional de tipo no probabilístico y consecutivo que incluyó un componente exploratorio en la Clínica Campo Victoria, con el objetivo de determinar las características demográficas de los individuos de la muestra, la funcionalidad de los mismos después de la intervención terapéutica mediante la escala PSP (validada en Colombia) (12), el tipo de sustancia consumida y, posteriormente, la frecuencia del consumo, las recurrencias y las recaídas definidas por rehospitalizaciones.

Se revisaron las historias clínicas de ingreso de los pacientes de la Clínica Campo Victoria y la escala de vigilancia epidemiológica de sustancias psicoactivas VESPA. Los criterios de inclusión requirieron que los pacientes hubiesen culminado el proceso de deshabitación de dos meses en la Clínica Campo Victoria. Los pacientes debían presentar el diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias y Patología Dual de acuerdo con la entrevista diagnóstica semiestructurada MINI (Versión 5.0.0 en español).

Los pacientes no recibieron compensación económica por su participación y expresaron libremente su deseo de participar en el estudio. Además, todos firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la clínica.

Como criterio de exclusión, se consideró a aquellos pacientes que no hubiesen culminado el proceso de deshabitación intramural de al menos dos meses de duración por cualquier motivo, incluyendo expulsión, retiro voluntario y/o remisión. Los pacientes con diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias y Patología Dual fueron reclutados consecutivamente al ingresar a la Clínica Campo Victoria. No se estableció un número fijo de participantes previamente; en su lugar, se incluyeron todos los casos disponibles que cumplieran con los criterios de selección.

Los datos recopilados retrospectivamente incluyeron: características sociodemográficas (edad, sexo, ciudad de residencia, dirección del domicilio, estrato socioeconómico, escolaridad y ocupación), características clínicas del paciente (diagnóstico inicial con un máximo de tres diagnósticos por paciente, tipo de sustancias consumidas, consumo actual y consumo a lo largo de la vida) y características terapéuticas (número de ingresos a la institución).

Se utilizó el cálculo de la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se calcularon valores relativos y frecuencias absolutas. Las variables cualitativas se compararon mediante la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher, y las variables cuantitativas se analizaron con la prueba t de Student/ANOVA (o sus equivalentes no paramétricos, prueba U de Mann-Whitney y prueba de Kruskal-Wallis). Para los análisis estadísticos se utilizó Jamovi versión 2.2.

5. Resultados

Se evaluaron 93 pacientes. Las características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la *Tabla 1*. La edad nos mostró que existe una media de edad de 23, una mediana de 21 con un percentil 25 de 17 años de edad y percentil 75 de 27 años, sin embargo, un mínimo de 14 años y máximo de 54 años.

En cuanto al nivel educativo, un 84,9% de los participantes terminaron la primaria y secundaria quienes dentro de los cuales un 83,2% (n=35) presentaron patología dual asociado al consumo de sustancias, sin encontrar una diferencia significativa entre los pacientes sin escolaridad ($p=0.095$), además sin significancia estadística de acuerdo a su ocupación ($p=0.510$). Adicionalmente, en el presente estudio se encontró que los participantes con un estrato socioeconómico bajo presentaban mayor consumo de sustancias ($p=0.004$).

Cuando se evaluó a los pacientes según el diagnóstico, se encontró que el 54,8% no presentaron una patología dual (n=51) siendo un 80,3% hombres. Los 42 pacientes que sí presentaron una patología dual estaban asociados de la siguiente manera: el trastorno afectivo estuvo presente en el 23,7% (n=22) sin embargo, estuvo presente en 16 pacientes hombres (22,2%) y en 6 pacientes mujeres (28,5%), seguido del trastorno de pensamiento (12,9%: n=12), otras patologías (4,3%; n=4),

TDAH (3,2%; n=3) y por último en el trastorno de ansiedad (1,1%; n=1), como se observa en la *Tabla 2*.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variables	Muestra total	Dual	No dual
	n=93	n=42	n=51
Edad (Media)	23	23.6	22.4
Sexo %			
Hombre	72 (77,4%)	31(73,8%)	41(80,3%)
Mujer	21 (22,6%)	11(26,1%)	10 (19,6%)
Escolaridad%			
No escolaridad	3 (3,2%)	0	3 (5,8%)
Primaria	47 (50,5%)	19 (45,2%)	28 (54,9%)
Secundaria	32 (34,4%)	16 (38,0%)	16 (31,3%)
Técnico	8 (8,6%)	6 (14,2%)	2 (3,9%)
Universitaria	3 (3,2%)	1 (2,3%)	2 (3,9%)
Estrato socioeconómico%			
0	3 (3,2%)	0	3 (5,8%)
1	3 (3,2%)	1 (2,3%)	2 (3,9%)
2	76 (81,7%)	32 (76,1%)	44 (86,2%)
3	9 (9,7%)	7 (16,6%)	2 (3,9%)
4	2 (2,2%)	2 (4,7%)	0

Frecuencia de la patología dual

En cuanto a las características clínicas de los pacientes, los diagnósticos utilizados fueron los que se encuentran codificados en el CIE-10, siendo el principal diagnóstico al momento del ingreso el F191 (*ver tabla 2*). “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: uso nocivo”, así mismo como diagnósticos secundarios estuvieron presentes: Trastorno afectivo bipolar, Trastorno psicótico agudo y transitorio, Esquizofrenia paranoide, entre otros. Sin embargo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tipo de diagnóstico y el sexo de los participantes en el trastorno del afecto y del pensamiento. La media del total de número de ingresos de los pacientes a la institución fue de 1.16 en la población total y de 1.19 en los pacientes con patología dual.

Tabla 2. Frecuencia de la patología dual

	Muestra total	Hombres	Mujeres
	n=93	n=72	n=21
Sin patología	51 (54.8 %)	41 (56,9%)	10 (47,6%)
Trastorno del afecto	22 (23.7 %) <i>p</i> < 0.001	16 (22,2%) <i>p</i> < 0.001	6 (28,5%) <i>p</i> = 0.006
Trastorno pensamiento	12 (12.9 %) <i>p</i> < 0.001	10 (13,8%) <i>p</i> < 0.001	2 (9,5%) <i>p</i> = 0.156
Trastorno de ansiedad	1 (1.1 %) <i>p</i> = 0.268	0 -	1 (4,7%) <i>p</i> = 0.329
TDAH	3 (3.2 %) <i>p</i> = 0.052	3 (4,1%) <i>p</i> = 0.042	0 -
Otros	4 (4.3 %) <i>p</i> = 0.024	2 (2,7%) <i>p</i> = 0.099	2 (9,5%) <i>p</i> = 0.156

En cuanto al consumo de sustancias inicial, se evidencia una disminución posterior terapia integrada significativa con la desaparición del consumo de sustancias como ketamina, basuco y opioides. Como se evidencia en la *Tabla 3*, la sustancia más consumida que fue el cannabis (THC) presentó una disminución del 58,7%, seguido de alcohol en un 57,3% y nicotina en un 45,3%.

Tabla 3. Consumo de sustancias

	Consumo de sustancias											
	THC	ALC	NIC	COC	KET	BAS	ALUC	INH	BZD	ANF	XAT	OPI
Consumo inicial n=93	80 (86,02%)	75 (80,6%)	67 (72,0%)	32 (34,4%)	1 (1,0%)	29 (31,2%)	11 (11,8%)	27 (29%)	8 (8,6%)	3 (3,2%)	4 (4,3%)	4 (4,3%)
Dual n=42	36 (85,7%)	32 (76,1%)	32 (76,1%)	16 (38,0%)	1 (2,3%)	11 (26,1%)	6 (14,2%)	16 (38,0%)	4 (9,5%)	2 (4,6%)	3 (7,1%)	2 (4,6%)
No dual n=51	44 (86,2%)	43 (84,3%)	35 (68,6%)	16 (31,3%)	0	18 (35,2%)	5 (9,8%)	11 (21,5%)	4 (7,8%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	2 (3,9%)
Consumo final n=93	47 (50,5%)	43 (46,2%)	34 (36,5%)	14 (15,0)	0	13 (13,9%)	0	5 (5,3%)	2 (2,1%)	2 (2,1%)	1 (1,0%)	0
Dual n=42	16 (38,0%)	21 (48,8%)	16 (38,0%)	6 (14,2%)	-	6 (14,2%)	-	2 (4,6%)	1 (2,3%)	-	1 (2,3%)	-
No dual n=51	31 (60,7%)	22 (43,1%)	18 (35,2%)	8 (15,6%)	-	7 (13,7%)	-	3 (5,8%)	1 (1,9%)	2 (3,9%)	-	-
<i>Valor de p en consumo de patología dual inicial vs final posterior a escala PSP</i>	0.243	0.147	0.177	0.011	-	<.001	-	0.722	0.743	-	<.001	-
<i>Valor de p en consumo sin patología dual inicial vs final posterior a escala PSP</i>	0.832	0.057	0.095	0.039	-	0.003	-	0.050	0.768	<.001	-	-

Nota. Cannabis (THC), alcohol, nicotina (NIC), cocaína (COC), ketamina (KET), basuco (BAS), alucinógenos, INHALANTES (INH), benzodiacepinas (BZD), anfetaminas (ANF), xantinas (XAT), opiáceos (OPI).

Al relacionar el consumo inicial vs. el consumo final de las drogas posterior a la aplicación de la escala PSP se logra evidenciar que en algunas de ellas no existe significancia estadística de acuerdo con la disminución del consumo. En el caso de los participantes que presentaron una patología dual asociada al consumo de sustancias, se evidenció que existió una diferencia estadísticamente significativa al aplicar la escala en el consumo de cocaína, bazuco, y xantinas. Respecto al sexo, si se hace un análisis de acuerdo al consumo final de estas sustancias, no se evidencia una diferencia significativa entre los dos sexos. En aquellas variables con un tamaño de muestra muy pequeño no se pudo evaluar su significancia.

Encontramos a través de este estudio que nuestra prevalencia de pacientes de patología dual del 45.2%, donde la mayor asociación al consumo de spa estuvo dada por trastornos del afecto (Trastorno afectivo bipolar, trastornos depresivos, distimia), sin embargo, hay que reconocer que no se tuvieron en cuenta trastornos de la personalidad, lo cual hubiera impactado en el aumento de nuestra tasa de patología dual, especialmente trastornos del clúster B.

En cuanto a los resultados de funcionalidad determinados por la prueba PSP, no se evidencia un impacto significativo, como un probable indicador suponemos que el deterioro cognitivo sea el responsable de una variación de promedio 6 puntos en la escala, teniendo en cuenta que tanto el consumo de sustancias psicoactivas en su mayoría afecta las funciones ejecutivas, además de la concurrencia con trastornos mentales. La correlación en el número de sustancias al ingreso al programa disminuye con el número de sustancias consumidas por los pacientes al salir del programa, lo que supone la prevención de comorbilidades asociadas al consumo de múltiples sustancias, así como la disminución de recaídas en la patología dual.

Este estudio presenta varias limitaciones, en particular, el tamaño de muestra fue pequeña lo que limita la extrapolación de los resultados a poblaciones diferentes, y el hecho de que se empleara para la evaluación de funcionalidad un instrumento traducido al español, pero no validado en Colombia, no obstante, consideramos que los resultados obtenidos generan un adecuado acercamiento al constructo.

6. Discusión

La alta prevalencia de patología dual observada en este estudio, que alcanzó un 45.2%, es consistente con lo que se ha reportado en investigaciones internacionales, donde se ha evidenciado que los trastornos mentales y el abuso de sustancias a menudo coexisten, complicando el tratamiento y la recuperación de los pacientes (3,9). La exclusión de trastornos de la personalidad en nuestra muestra podría haber subestimado aún más la tasa de patología dual, dado que estos trastornos son comúnmente asociados con el abuso de sustancias (1,9). Además, la falta de un impacto significativo en la funcionalidad, medido a través de la escala PSP, sugiere que, a pesar de la reducción en el consumo de sustancias, otros factores como el deterioro cognitivo podrían estar influyendo en los resultados. Esto resalta la necesidad de un enfoque más integral que aborde tanto los aspectos adictivos como los trastornos mentales subyacentes (16).

En cambio, este estudio pone de relieve la importancia de la terapia integrada para el tratamiento de la patología dual. Los resultados indican que la intervención puede ser exitosa en la reducción del consumo de sustancias y la prevención de recaídas, a pesar de ciertas limitaciones, como el tamaño de la muestra y la falta de validación de instrumentos en el contexto colombiano (8,9). Para validar estos resultados e investigar la implementación más efectiva de varios modelos de tratamiento, se necesita más investigación (17). Los estudios futuros deberían considerar la inclusión de más variables y diagnósticos para obtener una comprensión más completa de este tema. La multidisciplinariedad y la atención individualizada son esenciales para abordar la complejidad de la patología dual (1,16).

7. Limitaciones

Al interpretar los resultados, es importante tener en cuenta las diversas limitaciones de este estudio. Los hallazgos no se pueden aplicar a poblaciones más grandes porque el tamaño de la muestra fue pequeño (solo 93 pacientes) en primer lugar. La solidez de los hallazgos y la capacidad para identificar variaciones notables en la funcionalidad y el consumo de sustancias pueden verse afectadas por un tamaño de muestra pequeño. Además, la selección de pacientes se limitó a una sola clínica, lo que puede haber introducido sesgos en la muestra y no haber logrado captar la diversidad de la población con patología dual en varios entornos.

8. Conclusiones

Este estudio sugiere que el empleo de terapias combinadas son una buena alternativa de tratamiento en Colombia, tal como lo sugieren las guías internacionales para esta patología.

9. Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki, adoptada en Fortaleza, Brasil en 2013, que rige la investigación médica en sujetos humanos. Esta política establece que todos los participantes en un estudio deben ser protegidos en lo que respecta a sus derechos, dignidad e integridad, asegurando su bienestar en todo momento (21).

Basado en la Resolución 8430 de 1993, aquellos relevantes para intervenciones o pruebas psicológicas de grupos o individuos que no incluyen la manipulación del comportamiento del sujeto se categorizan como estudios de riesgo mínimo, como este protocolo (22).

Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado al firmar y aceptar verbalmente después de que se les explicaron adecuadamente los objetivos generales del estudio, los pasos a seguir, los posibles daños y beneficios, así como su derecho a la confidencialidad y privacidad de la información recopilada.

Este protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de: Grupo CISNE - Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso.

Además, los investigadores declaran que no existen conflictos de interés en relación con el desarrollo e implementación de este estudio; todos los investigadores están obligados a informar a los organismos organizados y sancionados sobre el estudio.

Se garantizará la absoluta confidencialidad de la información recabada durante el estudio, respetando el anonimato de los participantes y el buen nombre de las instituciones y profesionales involucrados en el mismo.

10. Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses. Ambos tutores participan activamente en el Grupo CISNE, sin embargo, afirman que su involucramiento en este estudio no ha estado relacionado con intereses financieros ni remuneraciones. Asimismo, la realización del estudio ha sido completamente independiente de cualquier influencia externa o conflicto de interés relacionado con la institución o el grupo. La investigación ha sido conducida sin pagos, patrocinio o incentivos por parte de ninguna entidad vinculada al estudio.

11. Referencias

1. Hoffman GW, DiRito DC, McGill EC. Three-Month Follow-up of 28 Dual Diagnosis Inpatients. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 1993 Jan 7;19(1):79–88. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00952999309002667>
2. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. Libro Blanco 2006-2012 Prevención y Tratamiento de las Adicciones. México D.F.: Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones; 2012. 16 p.
3. Navarrete RM, Szerman N, Ruiz P. Conceptos básicos sobre Patología Dual. 2018;(April). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324273042_Conceptos_Basicos_sobre_Patologia_Dual
4. Méndez M, Romero BM, Cortés J, Ruíz AE, Prospér O. Neurobiología de las adicciones. *Neurobiol Addict*. 2017;60(1):6–16.
5. Pereira T. Neurobiología de la adicción. *Rev Psiquiatr del Uruguay*. 2009;73(1):9–24.
6. Henao S. Representaciones sociales de las intervenciones para el consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2013;31(3):338–48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000300005&lang=es. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.14368
7. Beco E, Cort IM, Jos E, Lorena H, Fern C, Gonz PB, et al. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: Martín Impresores S.L.
8. Kelly TM, Daley DC. Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders. *Soc Work Public Health* [Internet]. 2013 May;28(3–4):388–406. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2013.774673>
9. Wüsthoff LE, Waal H, Gråwe RW. The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression: a group randomized trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 Dec 5;14(1):67. Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-67>
10. Escobar Palomares A, Ibáñez Brell A, Esfors Hernández J, Santamaría Bellés A, Albalat Martínez S, Portalés del Valle A, et al. Estudio sobre la mejoría en la PSP en un programa de Patología Dual | Mentalízate [Internet]. Póster. 2014 [citado 2022 Sep 6]. Disponible en: <https://enfermeriamentalizate.wordpress.com/2014/10/20/poster-estudio-sobre-la-mejoria-en-en-un-programa-de-patologia-dual-3>

11. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2000 Apr;101(4):323–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10782554>
12. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J. Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2011 Jan;4(1):9–18. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989111000024>
13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
14. Lusilla-Palacios P, Masferrer E. La entrevista motivacional en dermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(8):627–30. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION->
15. De Ruyscher C, Vandeveld S, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Vanheule S. The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First Person Perspective. *J Dual Diagn* [Internet]. 2017 Oct 2;13(4):264–79. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2017.1349977>
16. Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y Derecho. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Bogotá D.C.; 2013.
17. López Acosta C. La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Ter psicológica* [Internet]. 2009 Jul;27(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradolí V, Marales Gallús E. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastor Adict*. 2004;6(3):159–66.
19. Hernández DC. Tratamiento de adicciones en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:153S-170S.
20. Sciacca K. Best practices for dual diagnosis treatment and program development: Co-occurring mental illness and substance disorders in various combinations. *Praeger Int Collect Addict Vol 3 Charact Treat Perspect* [Internet]. 2009;(Volume 3):161–88. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2009->
21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
22. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establece el marco normativo para la investigación en salud en Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>