

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE TERCERA GENERACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL

RESUMEN

La Patología Dual (PD) se define como la presentación en un mismo periodo de tiempo de un Trastorno por Uso de Sustancias psicoactivas (TUS) y otro trastorno mental (TM). La prevalencia y el impacto en la salud pública de la PD son altos e involucra el sufrimiento de las familias, la pérdida de la capacidad para su cuidado y puede resultar en pérdida del apoyo familiar y falta de hogar. El tratamiento de la PD incluye psicofármacos y psicoterapia, no hay evidencia científica que respalde una psicoterapia específica en PD, se sugiere que la Entrevista Motivacional (EM), la terapia cognitivo conductual (TCC), el manejo de contingencias (MC), la prevención de recaídas y entrenamiento en habilidades pueden ser moderadamente efectivos. El objetivo de esta revisión es integrar la evidencia actual de las intervenciones no farmacológicas en el tratamiento de la PD, haciendo énfasis en las psicoterapias de tercera generación, la Terapia Familiar (TF) y la EM. Resultados: Se incluyeron 64 publicaciones entre revisiones y artículos originales, de los cuales 19 correspondieron a EM, 23 a MC, 9 a Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM), 8 a Terapia Dialéctica Comportamental (DBT), 4 a TF y 2 a Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). Si bien algunas intervenciones psicoterapéuticas mejoran la adherencia al tratamiento, disminuyen síntomas psiquiátricos y favorecen los periodos de abstinencia no es posible dar una recomendación con un nivel de evidencia alto, en especial por los tamaños de muestra y la heterogeneidad de los estudios.

ABSTRACT

Dual pathology (DP) is defined as the presentation on the same period of time of substances use disorder (SUD) and mental illness (MI). Prevalence and public health impact in DP are high and involve family suffering, selfcare capacity loss and it could result in family support loss and lack of home. Treatment for DP includes psychopharmaceuticals and psychotherapy, but there is no scientific evidence that supports a specific psychotherapy in DP. However, it is suggested that motivational interview (MI), Cognitive Behavioural Therapy (CBT), Contingency Management (CM), relapse prevention and abilities training could be moderately effective. The objective of this review is to integrate current evidence of non-pharmacological interventions in DP treatment, making emphasis on third generation psychotherapies, the Family Therapy (FT) and MI. Results: 64 publications were included among topic review and original papers of which 19 of them correspond to MI, 23 to CM, 9 to Mindfulness-Based Interventions (MBIs), 8 to Dialectical Behavior Therapy (DBT), 4 to FT and 2 to Acceptance and commitment therapy (ACT). Even though some psychotherapeutic interventions improve treatment adherence, decrease psychiatric symptoms and benefit abstinence periods, it is not possible to provide a recommendation with a high evidence level, especially for samples size and studies heterogeneity.

PALABRAS CLAVE: Patología dual, psicoterapia, mindfulness, terapia dialéctica comportamental, terapia de aceptación y compromiso, terapia de familia, entrevista motivacional, manejo de contingencias.

Dual diagnosis, psychotherapy, mindfulness, dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, family therapy, motivational interviewing and contingency management.

AGRADECIMIENTOS: Agradecemos A la Universidad CES, al grupo de docentes de la Maestría en Drogodependencias. Declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La Patología Dual (PD) se define como la presentación en un mismo periodo de tiempo de un Trastorno por Uso de Sustancias psicoactivas (TUS) y otro trastorno mental (TM) (1,2), es un concepto que ha evolucionado en las últimas dos décadas y permite estudiar la complejidad de quienes sufren las dos patologías (3). Los estudios epidemiológicos muestran una asociación clara entre diferentes grupos de TUS y diferentes TM, se ha propuesto una relación cercana y compleja que incluye vulnerabilidad genética, biológica y factores del medio ambiente; estos últimos pueden actuar como factores de riesgo o como factores compartidos (4,5). Los dos trastornos se pueden presentar como trastornos independientes, el TM puede predisponer a TUS, el TUS puede contribuir al desarrollo de TM o un estado de intoxicación o abstinencia pueden llevar a un estado temporal de TM; esta variabilidad hace que el diagnóstico sea más complejo y por esto se sugiere el uso de escalas de tamizaje y de diagnóstico. (6,7)

La prevalencia y el impacto en la salud pública de la PD son altos, en Europa se reportó que en un año el 38,5% de la población adulta presento al menos un TM, aproximadamente 15 millones de personas presentaron dependencia al alcohol (OH) y más de un millón de adultos TUS; se reportó que la carga de discapacidad fue del 30,1% de la carga total de enfermedad en mujeres y el 23,4% en hombres; la depresión contribuyó con 7,2% de la carga global de enfermedad, la demencia 3,7% y los trastornos por consumo de alcohol 3,4% (8). El impacto de la PD involucra el sufrimiento de las familias, la pérdida de la capacidad para su cuidado y puede resultar en pérdida del apoyo familiar y falta de hogar (9–11). En Colombia en 2009 se atendieron 9.419 personas con PD y en 2017 28.345, el 64,6% fueron hombres y el 49,1% tenían entre 15 y 34 años de edad. (12)

El tratamiento de la PD requiere una variedad estructurada de servicios e intervenciones bien dirigidas que permitan la estabilización en la etapa aguda y tratamientos a largo plazo, las intervenciones se pueden llevar a cabo en varios entornos, desde las clínicas ambulatorias hasta unidades hospitalarias; en cada entorno se incluyen componentes

farmacológico y psicológico (13–15). El tratamiento farmacológico debe ser individualizado y no existe un medicamento que haya demostrado ser eficaz como único tratamiento en PD (16,17). No se ha demostrado eficacia de las intervenciones psicosociales en PD (18–20), pero se sugiere que la entrevista motivacional (EM), la terapia cognitivo conductual (TCC), el manejo de contingencias (MC), la prevención de recaídas y entrenamiento en habilidades pueden ser moderadamente efectivos y duraderos para reducir el consumo de sustancias y los síntomas depresivos. (17,21,22) Además se considera que el incluir dentro del tratamiento integral las intervenciones psicosociales, como TCC que puede ser útil en adolescentes con consumo de OH y tendencia al suicidio; puede ser eficaz a corto plazo en múltiples patologías asociadas al TUS; también se ha considerado que las terapias menos exigentes y poco estructuradas como la EM favorecen la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la disminución de síntomas en poblaciones con carencias extremas como las personas sin hogar. (23) Para lograr la eficacia requieren de personal entrenado que trabaje en equipo multidisciplinario, con disposición de atención sanitaria durante 24 horas al día y seguimiento a largo plazo (24). El objetivo de esta revisión es integrar la evidencia actual de las intervenciones no farmacológicas en el tratamiento de la PD, haciendo énfasis en las psicoterapias de tercera generación, TF y EM.

METODO

Dos investigadores realizaron búsquedas independientes durante los meses de junio a noviembre de 2020 en tres bases de datos (PubMed, EBSCO y OVID); se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: “dual diagnosis”, “psychotherapy”, “mindfulness”, “dialectical behavior therapy”, “acceptance and commitment therapy”, “family therapy”, “motivational interviewing” y “contingency management”. Se utilizaron términos Mesh y operadores booleanos AND, NOT, OR, XOR. Se incluyeron artículos originales o revisiones sistemáticas, escritos en inglés o en español. También se consultaron listas de referencias de artículos de revisión sistemática, de libros de texto, y bases de datos en centros de información y documentación especializados en psiquiatría. Ante la necesidad de hacer una revisión comprehensiva de la evidencia sobre el tema, no se establecieron criterios de exclusión. Se tuvieron en cuenta los artículos más adheridos a criterios de estándares internacionales (STROBE para estudios observacionales, CONSORT para ensayos clínicos, PRISMA para revisiones sistemáticas).

RESULTADOS

Después de comparar los resultados de la búsqueda independiente de dos investigadores, se encontraron 74 publicaciones que cumplían con los criterios de inclusión, 10 de los cuales correspondían a publicaciones duplicadas por lo cual se eliminaron, se incluyeron en esta revisión 62 publicaciones, 46 corresponden a artículos originales (tabla 1), dos a estudios retrospectivos, 11 a revisiones narrativas y cinco a revisiones sistemáticas (tabla 2). Las psicoterapias con más publicaciones fueron EM con 19 y MC con 23, seguidas por IBM con nueve, DMT con ocho, TF con cuatro y TAC solo dos publicaciones. A continuación, se

describirán los hallazgos según el tipo de intervención, presentaremos inicialmente los estudios originales y después las revisiones.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

Dos estudios evaluaron EM en pacientes con esquizofrenia y su espectro, en un estudio las personas con esquizofrenia y TUS por OH que recibieron EM, al comparar con psicoeducación, los sujetos asignados a EM bebieron menos días. (25). Se comparó EM adaptada para pacientes con trastornos psicóticos relacionados con TUS y el tratamiento habitual (TAU), reportaron mayor reducción del consumo de SPA en el grupo de TUS. (26)

Cuatro estudios compararon intervenciones multicomponente, en uno de ellos se evaluó un programa de tratamiento integrado (EM, TCC y TF) con un diseño experimental controlado aleatorizado y se obtuvo en una reducción en síntomas psicóticos y un aumento de días de abstinencia a SPA (27). Se comparó EM, TCC y TAU en pacientes con consumo de cannabis y psicosis de aparición reciente, se reporta que no hubo mejoría en resultados clínicos (28). Se evaluó un programa de tratamiento con EM, TCC y TF, y se comparó con TAU, no reportan diferencias estadísticamente significativas (29). En una revisión de intervenciones psicosociales para personas con PD que incluyó EM, TCC y MC, no se reportaron hallazgos estadísticamente significativos, y concluyó la importancia de realizar adaptaciones estructuradas a los modelos de intervención en PD (30), la mayoría de los estudios reporta que EM no se muestra más efectiva ante a la posibilidad de obtener resultados positivos, comparada con TCC, MC, TAU Y TF. Se reporta un estudio de EM basada en la familia y habilidades de interacción familiar (HIF) en comparación con el apoyo familiar de rutina para jóvenes con esquizofrenia de inicio reciente y consumo de cannabis, EM se relacionó con menos frecuencia y cantidad de consumo de cannabis, menos craving y más apoyo familiar. (31)

Tres estudios evaluaron la efectividad de EM en comparación con TAU, en adolescentes con PD, durante hospitalización psiquiátrica, EM estuvo asociada a un retraso en el reinicio de consumo de cualquier SPA y reducción en el número de días de consumo, en los primeros 6 meses (32). Se evaluó la eficacia relativa de una sesión de EM en comparación con TAU, y no reportaron diferencias significativas en nivel de funcionamiento global, gravedad del abuso de sustancias, motivación o compromiso para el cambio (33). Un tercer estudio comparó TAU con EM más TAU para pacientes con consumo de marihuana y PD, en el grupo de EM más TAU se redujo significativamente el número de cigarrillos fumados, sin diferencias significativas a los 12 meses (34).

Tres estudios realizaron intervenciones en unidades de hospitalización, se realizó una prueba piloto con pacientes con PD de una unidad psiquiátrica de internamiento, EM estructurada se asoció con mejoría en la motivación intrínseca para involucrarse en un seguimiento a largo plazo (35). En pacientes con PD que recibieron TAU y EM, se reportó que los grupos de EM asistieron a más sesiones de seguimiento y consumieron menos OH

(36). En el seguimiento a adultos que habían estado hospitalizados por PD que recibieron TAU y otros TAU más EM; los hombres del grupo TAU más EM asistieron más a la primera cita (OR = 9,58, $p < 0,001$), lo que sugiere mejor adherencia a programas ambulatorios. (37)

Se comparó el Tratamiento para el abuso de sustancias en casos graves y persistentes de enfermedad mental (BTSAS), que incluye EM, con el Tratamiento de apoyo para la recuperación de adicciones (STAR), y se reportó que BTSAS fue significativamente más efectivo que STAR en pruebas de orina negativas, permanencia en el tratamiento y asistencia a las sesiones (38). Se evaluó la efectividad de EM breve para favorecer ingreso a tratamientos intensivos para TUS en veteranos con PD; el grupo de EM tuvo más probabilidades de ingresar grupos de tratamiento (39). Al evaluar el tratamiento integral basado en EM para PD, se evidenció una reducción en el número de días de consumo de SPA, se consideró que no tuvo un impacto global relevante. (40)

Un estudio evaluó adultos con TUS más depresión y se comparó EM con documentos de literatura impresa sobre los riesgos del consumo de alcohol y drogas, sugieren que EM puede ser eficaz para el consumo de cannabis en pacientes con depresión (41). Un estudio evaluó específicamente la viabilidad de incluir EM para disminuir el consumo de cigarrillo en pacientes de hospital día, sugieren que incluir EM al tratamiento habitual parece factible. (42)

En una revisión de Cochrane de intervenciones en agresores con PD, se reportó un estudio que comparó el entrenamiento en habilidades cognitivas contra EM, se reportó que los pacientes que recibieron EM tuvieron menos dificultades relacionales (disminución de conflictos), que los participantes en el grupo de entrenamiento de relajación, grado de evidencia: Moderado. (43)

MANEJO DE CONTINGENCIAS (MC)

Tres estudios incluyen pacientes con TUS por OH, en el primero se sugiere que MC puede ser una intervención eficaz al usar etil glucurónido y al comprar con TAU (44). Se evaluó una intervención de MC en un programa para PD en la comunidad, no encontraron ningún efecto de MC sobre el consumo de OH, pero sugieren que MC podría mejorar la asistencia al programa (45). El tercero incluyó personas sin hogar con PD, quienes fueron asignados a MC tuvieron reducción de consumo de cocaína y OH. (46)

Cinco estudios incluyeron individuos con TUS por cocaína, tres de ellos en pacientes con síntomas de Trastorno de estrés postraumático (TEPT), el primero evaluó MC en personas sin hogar y reportaron que MC adicionado a intervenciones comportamentales diarias se asoció a menos síntomas de TEPT (47). En pacientes sin hogar se reportó que los pacientes con TEPT respondieron mejor a MC (48). Se evaluó la intervención con levoalfa-acetil metadilo y MC en pacientes con dependencia a opioides y a cocaína, reportaron que MC en

participantes con TEPT se asoció con menos reportes de orina positiva para cocaína ($z = 2.5$, $p = 0.014$) (49). En pacientes con depresión que además recibieron desipramina y buprenorfina, se reportó que los pacientes con dependencia a cocaína y depresión pueden tener mejores resultados al incluir MC (50). Al adicionar MC en TAU, en pacientes con PD asociada a TUS por cocaína, reportaron mayor tiempo de abstinencia y reducción de síntomas psiquiátricos. (51)

Dos estudios incluyen TUS por opioides, en uno se evaluó la eficacia de MC para mejorar la utilización de los servicios psiquiátricos integrados dentro de un programa de mantenimiento con metadona, describen que el grupo de MC asistió a más sesiones psiquiátricas (52). En el segundo estudio evaluaron el efecto de MC para mejorar el tratamiento con naltrexona, reportaron reducciones significativas en el uso de opioides a lo largo del tiempo. (53)

Hay dos estudios en tabaquismo, el primero evaluó el efecto de MC y reportaron que se asoció a aumento en la abstinencia durante el tiempo del tratamiento ($OR=0.95$, $CI=0.94-0.96$) (54), y en el segundo se incluyó MC en el tratamiento con bupropion para reducir el tabaquismo en personas con esquizofrenia, sugieren que MC fue eficaz (55).

En pacientes con PD en tratamiento ambulatorio intensivo, sugieren que el MC podría aumentar la adherencia al tratamiento (56), aunque al evaluar MC dentro de un tratamiento ambulatorio integrado (BTSAS) no se logró evidenciar el efecto específico de MC (57).

En poblaciones específicas se encontró que en veteranos con PD, el grupo que recibió MC mostró búsquedas de trabajo más intensas, consecución de empleo más rápido y tasas de abstinencia mejores durante las primeras 16 semanas de seguimiento (58). En un estudio que incluyó hombres sin hogar, con conductas homosexuales, quienes fueron asignados a MC mostraron niveles significativamente más bajos de angustia psicológica en todos los dominios hasta un año después de la aleatorización, ($\chi^2 = 17,26$; $p < 0,05$). (59)

Se encontraron siete revisiones, una sobre intervenciones para adolescentes con PD, en la que recomiendan MC en la clínica y en el hogar (60). Cinco revisiones incluyen individuos con trastornos mentales graves, una asociada a TUS por cocaína en la que sugieren que MC podría usarse para reducir el consumo de cocaína y mejorar la adherencia entre pacientes con esquizofrenia sin hogar (61), en las otras cuatro revisiones se incluyen pacientes con TUS por diferentes SPA y sugieren que incluir MC en los programas de tratamiento podría aumentar la eficacia de los programas de tratamiento de PD (62–65)

En una revisión de Cochrane publicada en 2019 sobre intervenciones psicosociales para PD, se describe una recomendación con calidad de evidencia moderada (GRADE), MC se relaciona con menos tasas de abandono al tratamiento a 3 meses $RR 1.55$ (1.13 a 2.11); se hacen dos recomendaciones con calidad de la evidencia baja en consumo de SPA no OH, número de pruebas de orina positiva para estimulantes en un seguimiento medio de 6

meses, RR 0,83 (0,65 a 1,06); y disminución de hospitalizaciones con seguimiento medio de 6 meses RR 0,21 (0,05 a 0,93). (66)

INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS (IBM)

Encontramos tres estudios que evalúan IBM específicas en PD, el primero compara la Prevención de recaídas basada en la atención plena (MBRP) contra TAU, en pacientes con depresión y consumo de diferentes SPA, reportan que fue útil para disminuir síntomas depresivos y craving dos meses después de la intervención (67). El segundo comparó la Mejoría de la Recuperación Orientada en Mindfulness (MORE) con la TCC y TAU en hombres que anteriormente no tenían hogar, con antecedente de eventos traumáticos, sugieren que MORE fue superior al comparar craving y síntomas del TEPT (68). El tercer estudio evaluó el efecto de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para adolescentes con TEPT y TUS (MBCT-Dual), se reportó mejoría clínicamente significativa en TEPT, depresión y consumo de SPA. (69)

Cuatro estudios evalúan componentes de las IBM, uno evaluó el efecto de la Atención Plena (AP) disposicional y la espiritualidad en relación con síntomas depresivos, describen que la AP disposicional se asoció negativamente con síntomas depresivos, y podría ser eficaz (70). Otro estudio analizó el efecto de la faceta de atención momento a momento de la AP y síntomas de ansiedad en adultos, sugieren una relación significativa negativa con los síntomas de pánico y ansiedad generalizada, y podría disminuir el riesgo de recaída (71). Se analizó el rasgo de AP, depresión y TEPT en pacientes en tratamiento residencial para TUS, reportaron que los niveles más bajos de AP se asociaron con mayores niveles de consumo de sustancias, depresión y TEPT (72). Otro estudio analizó el papel de la AP en el enfoque cíclico del TEPT y el TUS, proponen que AP se relaciona de forma inversa con estilos de afrontamiento evitativo, síntomas del TEPT y TUS. (73)

Se encontraron dos revisiones, una incluyó psicoterapias para el manejo de depresión y PD, y no reportaron estudios controlados de IBM en el tratamiento de PD, pero sugieren que IBM podrían ser útiles (74). En la segunda, se analizaron intervenciones comportamentales para pacientes con TEPT y dependencia de alcohol, reportan que no se encontró evidencia de la eficacia de IBM sobre el manejo usual. (75)

TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL (DBT)

Tres estudios evaluaron el efecto de DBT en pacientes con TLP más TUS en comparación con TAU, uno de ellos sugiere utilidad para regulación emocional y disminución del uso de SPA (76), en otro se reportan reducciones significativamente mayores del uso de SPA, mejor adherencia y mejor ajuste global y social (77), el tercero sugiere que DBT estándar es tan efectiva para los pacientes con TLP con y sin TUS (78). Al comparar DBT contra terapia de

validación integral con 12-Step (CVT+12S), en mujeres con TUS (heroína) con TLP, el grupo de DBT mantuvo reducciones en el uso de opiáceos más tiempo y fueron más precisas en su autoinforme, pero presentaron más abandono del tratamiento (79). Un estudio de métodos mixtos evaluó el efecto de las habilidades en DBT en pacientes con PD, reportan reducción en consumo de SPA, de afrontamiento disfuncional y de desregulación emocional (80). Se describe el desarrollo de una aplicación de software (DBT Coach) para mejorar una habilidad específica de DBT (acción opuesta) en personas con TLP y TUS, sugieren que es útil para reducción en la necesidad de consumir sustancias y en disminución de la intensidad emocional (81). En una revisión sistemática de tratamiento para TUS asociados a TLP, concluyen que no hay suficiente evidencia para dar recomendaciones para este tratamiento (82). Solo un estudio incluyó un diagnóstico diferente a TLP, evaluó el entrenamiento de habilidades basado en DBT en hombres con TDAH en centros de cuidados obligatorios por TUS, sugieren que podría ser útil (83).

TERAPIA DE FAMILIA (TF)

Encontramos dos intervenciones específicas para PD, la Intervención familiar para trastornos duales (FIDD) que se comparó contra educación familiar (ED), sugieren que FIDD es útil (84), la otra es la Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) que fue comparada contra el tratamiento residencial (TR) para adolescentes con PD y conductas delictivas, sugieren que TFMD es una intervención alternativa (85). Al incluir TF dentro del manejo integral de pacientes adultos con PD se ha identificado que podría disminuir el riesgo de recaída y mejora el funcionamiento global (86). En una revisión de la literatura sobre TF en personas con PD, se reportó que TF disminuye la frecuencia de recaída el ingreso hospitalario y mejora la adherencia a la medicación. (87)

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (TAC)

Se comparó TAC contra servicios de asesoramiento psicológico de rutina en hombres fumadores con síntomas afectivos, reportaron que el grupo de TAC tuvo menos síntomas de ansiedad y depresión y menos tasas de abandono (88). En una revisión de psicoterapia integrada para TUS y depresión, reportaron pocos estudios sobre TAC por lo cual no hay recomendaciones. (74)

DISCUSIÓN

No es posible realizar una revisión sistemática de la literatura con los estudios encontrados por su heterogeneidad en cuanto a tipos de intervención, tipo y número de SPA y de trastornos mentales; por lo tanto, describiremos las características de cada intervención y compararemos la evidencia actual de cada terapia con los estudios encontrados

La EM tiene un enfoque no confrontativo para tratar el uso indebido de sustancias y está destinado a mejorar la motivación intrínseca del individuo para el cambio (89). Según las publicaciones incluidas y evidenciado en otras publicaciones, se sugiere que la EM es eficaz para retrasar el reinicio de consumo de SPA una vez de da egreso hospitalario, en pacientes que recibieron este tipo de intervenciones en unidad de hospitalizaciones (32,90). Adicionalmente EM se relacionó con menos frecuencia y cantidad de consumo de cannabis, menos craving y más apoyo familiar, favoreciendo además el apego de los pacientes a los programas de seguimiento ambulatorio, lo cual genera un efecto positivo sobre la evolución de los síntomas psiquiátricos. La mayoría de estudios que mostraron efectividad en la EM, incluyeron además intervenciones como TAU o TCC por lo cual la combinación de más de un tipo de intervención psicoterapéutica podría estar asociada a mejores resultados.

EL MC se basa en los principios del condicionamiento operante, se proporcionan refuerzos tangibles ante el cambio de conducta, en TUS la mayoría de veces se entregan reforzadores monetarios por la presentación de muestras de orina negativas; se considera que MC es eficaz para promover la abstinencia, se puede implementar con psicoterapia y/o farmacoterapia, y que es eficaz independientemente de las características de los pacientes o las condiciones preexistentes (91). En la presente revisión se evidenció que la mayoría de estudios correspondieron a pacientes con TUS por cocaína, con resultados favorables para disminución de consumo y control de síntomas psiquiátricos, resultados que también se reportaron en pacientes con TUS por opioides y tabaco, por lo cual se sugiere que podría utilizar para paciente con PD con abuso de estas sustancias. Los estudios en pacientes con trastornos mentales graves también reportaron resultados positivos por lo cual sería otra característica de la población que se beneficiaría de MC.

Las IBM han mostrado resultados positivos en diferentes patologías a través de estrategias de disposición, práctica de la conciencia, la atención y la aceptación. La Terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) y la Prevención de recaídas basada en la atención plena (MBRP), son variantes que han tenido efectos positivos en la prevención de recaídas en TUS (92). En esta revisión se evidenció que las intervenciones modificadas para TUS y los componentes específicos de AP disposicional, atención momento a momento y el rasgo de AP pueden ser eficaces para reducir parámetros del consumo de SPA y para control de psicopatología específicamente depresiva, de ansiedad y del TEPT, aunque en las revisiones que se encontraron no hay recomendaciones específicas para IBM.

El principio fundamental de la DBT es crear una dinámica que promueva el cambio y la aceptación, se considera eficaz en pacientes con trastornos mentales con conducta suicida crónica; en TUS se incorporan modalidades diseñadas para promover la abstinencia y reducir la duración y el impacto adverso de las recaídas; la abstinencia dialéctica, la "mente clara" y las estrategias de apego (93). En esta revisión se encontró que la mayoría de los estudios incluyen DBT más TLP, y describen que puede ser eficaz, incluso al evaluar un

componente específico de DBT, la acción opuesta, solo un estudio incluyó pacientes con TDAH en quienes al parecer también podía ser eficaz.

Se ha propuesto una relación recíproca entre el funcionamiento familiar y el TUS, sugieren como fuertes predictores de TUS la que psicopatología de los padres, conflictos familiares, distancia relacional y déficits en la crianza de los hijos; por otro lado el protector de la familia y la crianza positiva pueden reducir la vulnerabilidad al TUS (94). Dentro de las intervenciones estructuradas para PD destaca la Intervención Familiar para Trastornos duales (FIDD), desarrollada por el equipo del Dartmouth Psychiatric que se puede realizar en internación o de forma ambulatoria (95). En esta revisión se encontró que las intervenciones familiares específicas para PD, dentro de un manejo integral pueden ser recomendadas especialmente para poblaciones como adolescentes, incluso para mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir el riesgo de recaída.

El objetivo de la TAC es generar flexibilidad ante los eventos privados, el desarrollo de aceptación psicológica, que el individuo en presencia de malestar logre actuar en una dirección valiosa, en TUS busca que la elección conductual no dependa del malestar ni del deseo de consumir, se considera equivalente a otros tratamientos y al parecer tiene mayor efectividad a largo plazo (96). Con los resultados del estudio que encontramos se sugiere que TAC podría ser útil en PD para disminuir síntomas depresivos, de ansiedad y evitar el abandono del tratamiento.

LIMITACIONES: Reconocemos que los resultados son limitados porque el número de artículos es pequeño especialmente en IBM, DBT, MC, TF Y TAC, otra limitación es la heterogeneidad de los estudios en cuanto a las características de las psicoterapias, de los individuos y el tipo de sustancia, además de las limitaciones propias de los estudios en psicoterapias y específicamente para el tratamiento de PD varias de las intervenciones pueden ser administradas dentro de esquemas de tratamiento multicomponente en dosis variables y en momentos diferentes del tratamiento. Dentro de las limitaciones es importante tener en cuenta que la búsqueda se limitó a artículos en español e inglés.

CONCLUSIONES

Al igual que en revisiones previas, no se encontró una psicoterapia específica que tenga suficiente evidencia científica para indicarla como monoterapia en PD, pero se ha evidenciado que los mejores resultados se obtienen al igual que en el TUS de intervenciones que se realicen dentro del marco de un modelo integrado, en el cual se articulan las intervenciones que tengan mayor eficacia de acuerdo a las características de los pacientes y que ofrece distintas fases a las que se integran los estadios de cambio que se han descrito para el manejo de TUS, integrando de esta forma las etapas de compromiso, persuasión, tratamiento activo y prevención de recaídas, a los estadios de cambio de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento respectivamente;

desarrollando en cada fase del tratamiento varias estrategias como en alianza terapéutica, psicoterapia individual, psicoeducación e intervención familiar (63,65,97,98). No podemos decir que por las limitaciones metodológicas no se recomiendan las psicoterapias incluidas en esta revisión, ya que en la mayoría de estudios se sugiere que podrían ser útiles en poblaciones específicas, como es el caso de la DBT en PD que incluye TLP, pero es necesario realizar más estudios con mayor rigor metodológico para que la fuerza de las recomendaciones sea mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dom G, Moggi F, editors. Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. Introduction to Dual Disorders: Co-occurrence of P. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-45375-5>
2. Sheehan MF. Dual diagnosis. *Psychiatr Q* [Internet]. 1993;64(2):107–34. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01065865>
3. Ruiz P. Dual Disorders: A Worldwide Perspective. *Addict Disord their Treat*. 2017;16(4):151–4.
4. Dom G, Moggi F, editors. Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-45375-5>
5. Szman N, Martinez-Raga J. Editorial. *Adv Dual Diagn* [Internet]. 2015 May 18;8(2):ADD-03-2015-0004. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ADD-03-2015-0004/full/html>
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Perspective on Drugs. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. 2016; Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2935/Comorbidity_POD2016.pdf
7. Morojele NK, Saban A, Seedat S. Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(3):181–6.
8. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2011 Sep;21(9):655–79. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X11001726>
9. Caton CLM, Shrout PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A. Correlates of codisorders in homeless and never homeless indigent schizophrenic men. 1994;681–8.
10. Caton CLM, Shrout PE, Dominguez B, Eagle PF, Opler L, Coumos F. Risk Factors for Homelessness among Women with Schizophrenia. 1995;1153–6.
11. Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Xie H, Zarate R, Smith LF, et al. A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders. 2013;39(3):658–72.

12. Ministerio de Salud Colombia. Boletín de salud mental Patología dual en Colombia. 2018;2–9. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin7-salud-mental-patologia-dual-versionf.pdf>
13. SAMHSA. Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders TIP 42. 2020; Available from: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-004_Final_508.pdf
14. Dom G, Moggi F. Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders [Internet]. Dom G, Moggi F, editors. Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. Capitulo 3. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-45375-5_20%5Cnpapers3://publication/doi/10.1007/978-3-642-45375-5_20
15. Mueser KT, Douglas N. Integrated Treatment for Dual Diagnosis—A Guide to Effective Practice. 2003.
16. Vitali M, Mistretta M, Alessandrini G, Coriale G, Romeo M, Attilia F, et al. Pharmacological treatment for dual diagnosis: a literature update and a proposal of intervention. Riv Psichiatr [Internet]. 53(3):160–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29912219>
17. Murthy P, Chand P. Treatment of dual diagnosis disorders. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2012 May;25(3):194–200. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395768>
18. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2019;12:CD001088. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31829430>
19. Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. Soc Sci Med [Internet]. 2005 Mar;60(6):1371–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15626531>
20. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. Alcohol Clin Exp Res [Internet]. 2007 Apr;31(4):513–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17374031>
21. Molina L, Arroyo M, Arrojo M. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias. Barcelona; 2019.
22. Carroll KM. Behavioral therapies for co-occurring substance use and mood disorders. Biol Psychiatry [Internet]. 2004 Nov 15;56(10):778–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15556123>
23. Becoña E. Patología Dual. In: Socidrogalcohol, editor. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona; 2011. p. 97–109.
24. Molina L. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE Y UN

TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS. Barcelona; 2002.

25. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J* [Internet]. 2003 Jun;39(3):189–202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12836801>
26. Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction* [Internet]. 2006 Oct;101(10):1479–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16968350>
27. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 Oct;158(10):1706–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11579006>
28. Barrowclough C, Marshall M, Gregg L, Fitzsimmons M, Tomenson B, Warburton J, et al. A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychol Med* [Internet]. 2014 Oct;44(13):2749–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25065535>
29. Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2003 Nov;183(NOV.):418–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594917>
30. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE, Walter G. Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2009 Jan;17(1):24–34. Available from: <http://journals.lww.com/00023727-200901000-00002>
31. Smeerdijk M, Keet R, Dekker N, van Raaij B, Krikke M, Koeter M, et al. Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol Med* [Internet]. 2012 Aug;42(8):1627–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152121>
32. Brown RA, Abrantes AM, Minami H, Prince MA, Bloom EL, Apodaca TR, et al. Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2015 Dec;59:20–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26362000>
33. Martino S, Carroll KM, O'Malley SS, Rounsaville BJ. Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addict* [Internet]. 2000;9(1):88–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10914297>
34. Bonsack C, Gibellini Manetti S, Favrod J, Montagrin Y, Besson J, Bovet P, et al. Motivational Intervention to Reduce Cannabis Use in Young People with Psychosis: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2011;80(5):287–97. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/323466>

35. Van Horn DHA, Bux DA. A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2001 Mar;20(2):191–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11306222>
36. Santa Ana EJ, Wulfert E, Nietert PJ. Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2007 Oct;75(5):816–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17907864>
37. Pantaloni M V., Murphy MK, Barry DT, Lavery M, Swanson AJ. Predictors and moderators of aftercare appointment-keeping following brief motivational interviewing among patients with psychiatric disorders or dual diagnosis. *J Dual Diagn*. 2014;10(1):44–51.
38. Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang Y. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2006 Apr;63(4):426–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585472>
39. Lozano BE, LaRowe SD, Smith JP, Tuerk P, Roitzsch J. Brief motivational feedback may enhance treatment entry in veterans with comorbid substance use and psychiatric disorders. *Am J Addict* [Internet]. 2013;22(2):132–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414498>
40. Kikkert M, Goudriaan A, de Waal M, Peen J, Dekker J. Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2018 Dec;95(September):35–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.005>
41. Satre DD, Leibowitz A, Sterling SA, Lu Y, Travis A, Weisner C. A randomized clinical trial of Motivational Interviewing to reduce alcohol and drug use among patients with depression. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2016 Jul;84(7):571–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26985728>
42. Barrio P, Hidalgo-Mazzei D, Ilzarbe D, Fàbrega M, Moreno J, Balcells M, et al. Motivational interviewing for smoking cessation in a psychiatric day hospital: a feasibility study. *J Dual Diagn* [Internet]. 2014;10(4):226–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25391281>
43. Perry AE, Martyn-St James M, Burns L, Hewitt C, Glanville JM, Aboaja A, et al. Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2019 Oct 7;10(10):CD010901. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010901.pub3>
44. McDonnell MG, Leickly E, McPherson S, Skalkisky J, Srebnik D, Angelo F, et al. A Randomized Controlled Trial of Ethyl Glucuronide-Based Contingency Management for Outpatients With Co-Occurring Alcohol Use Disorders and Serious Mental Illness. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2017 Apr;174(4):370–7. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.16050627>
45. Helmus TC, Saules KK, Schoener EP, Roll JM. Reinforcement of counseling attendance and alcohol abstinence in a community-based dual-diagnosis treatment program: a feasibility study. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2003 Sep;17(3):249–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14498820>

46. Tracy K, Babuscio T, Nich C, Kiluk B, Carroll KM, Petry NM, et al. Contingency Management to Reduce Substance Use in Individuals Who are Homeless with Co-Occurring Psychiatric Disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2007 Jan 7;33(2):253–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00952990601174931>
47. Lester KM, Milby JB, Schumacher JE, Vuchinich R, Person S, Clay OJ. Impact of behavioral contingency management intervention on coping behaviors and PTSD symptom reduction in cocaine-addicted homeless. *J Trauma Stress* [Internet]. 2007 Aug;20(4):565–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17721968>
48. Burns MN, Lehman KA, Milby JB, Wallace D, Schumacher JE. Do PTSD symptoms and course predict continued substance use for homeless individuals in contingency management for cocaine dependence? *Behav Res Ther* [Internet]. 2010 Jul;48(7):588–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.010>
49. Mancino MJ, McGaugh J, Feldman Z, Poling J, Oliveto A. Effect of PTSD diagnosis and contingency management procedures on cocaine use in dually cocaine- and opioid-dependent individuals maintained on LAAM: a retrospective analysis. *Am J Addict* [Internet]. 2010;19(2):169–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20163389>
50. Gonzalez G, Feingold A, Oliveto A, Gonsai K, Kosten TR. Comorbid major depressive disorder as a prognostic factor in cocaine-abusing buprenorphine-maintained patients treated with desipramine and contingency management. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2003 Aug;29(3):497–514. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14510037>
51. Petry NM, Alessi SM, Rash CJ. A randomized study of contingency management in cocaine-dependent patients with severe and persistent mental health disorders. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2013 Jun;130(1–3):234–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871612004176>
52. Kidorf M, Brooner RK, Gandotra N, Antoine D, King VL, Peirce J, et al. Reinforcing integrated psychiatric service attendance in an opioid-agonist program: a randomized and controlled trial. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2013 Nov 1;133(1):30–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.06.005>
53. Carroll KM, Sinha R, Nich C, Babuscio T, Rounsaville BJ. Contingency management to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: A randomized clinical trial of reinforcement magnitude. *Exp Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2002 Feb;10(1):54–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866252>
54. McDonell M, McPherson S, Vilardaga R, Srebnik D, Angelo FN, Leickly E, et al. Preliminary findings: Contingency management targeting psycho-stimulant use results in secondary decreases in smoking for severely mentally ill adults. *Am J Addict* [Internet]. 2014;23(4):407–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24961363>
55. Tidey JW, Rohsenow DJ, Kaplan GB, Swift RM, Reid N. Effects of contingency management and bupropion on cigarette smoking in smokers with schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2011 Sep 8;217(2):279–87. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00213-011-2282-8>

56. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Contingency management for patients with dual disorders in intensive outpatient treatment for addiction. *J Dual Diagn* [Internet]. 2014 Jul 3;10(3):108–17. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15504263.2014.924772>
57. Strong Kinnaman JE, Slade E, Bennett ME, Bellack AS. Examination of contingency payments to dually-diagnosed patients in a multi-faceted behavioral treatment. *Addict Behav* [Internet]. 2007 Jul;32(7):1480–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17098369>
58. Drebing CE, Van Ormer EA, Mueller L, Hebert M, Penk WE, Petry NM, et al. Adding contingency management intervention to vocational rehabilitation: outcomes for dually diagnosed veterans. *J Rehabil Res Dev* [Internet]. 2007;44(6):851–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18075942>
59. Fletcher JB, Shoptaw S, Peck JA, Reback CJ. Contingency management reduces symptoms of psychological and emotional distress among homeless, substance-dependent men who have sex with men. *Ment Heal Subst Use* [Internet]. 2014 Oct 2;7(4):420–30. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17523281.2014.892897>
60. Brewer S, Godley MD, Hulvershorn LA. Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu? [Internet]. Vol. 19, *Current Psychiatry Reports*. Current Psychiatry Reports; 2017. p. 5. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-017-0755-0>
61. Carroll KM. Behavioral therapies for co-occurring substance use and mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):778–84.
62. Bradizza CM, Stasiewicz PR, Dermen KH. Behavioral Interventions for Individuals Dually Diagnosed with a Severe Mental Illness and a Substance Use Disorder [Internet]. Vol. 1, *Current Addiction Reports*. 2014. p. 243–50. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40429-014-0032-9>
63. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* [Internet]. 2012 Jan;37(1):11–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.09.010>
64. Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 Feb;65(2):238–58. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2008.04879.x>
65. Drake RE, O’Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2008 Jan;34(1):123–38. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547207001006>
66. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 Dec 12;2019(12). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001088.pub4>

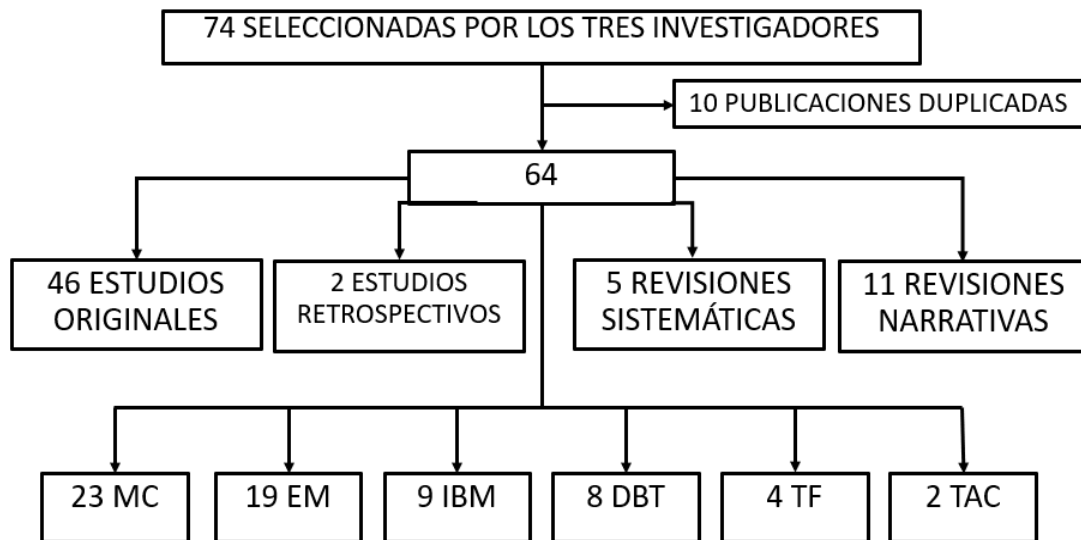
67. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2010 Jun;78(3):362–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20515211>
68. Garland EL, Roberts-Lewis A, Tronnier CD, Graves R, Kelley K. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behav Res Ther* [Internet]. 2016 Feb;77:7–16. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796715300619>
69. Fortuna LR, Porche M V, Padilla A. A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychol Psychother Theory, Res Pract* [Internet]. 2018 Mar;91(1):42–62. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/papt.12143>
70. Shorey RC, Gawrysiak MJ, Anderson S, Stuart GL. Dispositional mindfulness, spirituality, and substance use in predicting depressive symptoms in a treatment-seeking sample. *J Clin Psychol* [Internet]. 2015 Apr;71(4):334–45. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jclp.22139>
71. Shorey RC, Anderson S, Lookatch S, Moore TM, Stuart GL. The relation between moment-to-moment mindful attention and anxiety among young adults in substance use treatment. *Subst Abus* [Internet]. 2015 Jul 3;36(3):374–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08897077.2014.935841>
72. Shorey RC, Brasfield H, Anderson S, Stuart GL. Differences in trait mindfulness across mental health symptoms among adults in substance use treatment. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2014 Apr;49(5):595–600. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24611854>
73. Bowen S, De Boer D, Bergman AL. The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. *Addict Behav* [Internet]. 2017 Jan;64:212–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460316303240>
74. Vujanovic AA, Meyer TD, Heads AM, Stotts AL, Villarreal YR, Schmitz JM. Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2017 Jul 4;43(4):402–15. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00952990.2016.1199697>
75. Flanagan JC, Jones JL, Jarnecke AM, Back SE. Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder. *Alcohol Res* [Internet]. 2018;39(2):181–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31198657>
76. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2011 Jan 22;37(1):37–42. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00952990.2010.535582>
77. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J*

Addict [Internet]. 1999 Oct 1;8(4):279–92. Available from:
<http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/0048-5713-20021001-09>

78. van den Bosch LMC, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav* [Internet]. 2002;27(6):911–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12369475>
79. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2002 Jun;67(1):13–26. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S037687160200011X>
80. Flynn D, Joyce M, Spillane A, Wrigley C, Corcoran P, Hayes A, et al. Does an adapted Dialectical Behaviour Therapy skills training programme result in positive outcomes for participants with a dual diagnosis? A mixed methods study. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 2019;14(1):28. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0156-2>
81. Rizvi SL, Dimeff LA, Skutch J, Carroll D, Linehan MM. A pilot study of the DBT coach: an interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behav Ther* [Internet]. 2011 Dec;42(4):589–600. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.003>
82. Pennay A, Cameron J, Reichert T, Strickland H, Lee NK, Hall K, et al. A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2011 Dec;41(4):363–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.05.004>
83. Bihlar Muld B, Jokinen J, Bölte S, Hirvikoski T. Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *Atten Defic Hyperact Disord* [Internet]. 2016 Sep;8(3):159–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27059489>
84. Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Xie H, Zarate R, Smith LF, et al. A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bull* [Internet]. 2013 May;39(3):658–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282453>
85. Liddle HA, Dakof GA, Rowe CL, Henderson C, Greenbaum P, Wang W, et al. Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2018;90(March):47–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011>
86. De Witte NAJ, Crunelle CL, Sabbe B, Moggi F, Dom G. Treatment for Outpatients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders: A Review. *Eur Addict Res* [Internet]. 2014;20(3):105–14. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/355267>
87. Richards M, Doyle M, Cook P. A literature review of family interventions for dual diagnosis: Implications for forensic mental health services (abridged). *Adv Dual Diagn*. 2010;2(4):5–11.

88. Davoudi M, Omid A, Sehat M, Sepehrmanesh Z. The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Man Smokers' Comorbid Depression and Anxiety Symptoms and Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Addict Heal* [Internet]. 2017 Jul;9(3):129–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29657693><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5894792>
89. Tsuang J, Fong TW, Lesser I. Psychosocial Treatment of Patients With Schizophrenia and Substance Abuse Disorders. *Addict Disord Their Treat* [Internet]. 2006 Jun;5(2):53–66. Available from: <http://journals.lww.com/00132576-200606000-00002>
90. Özgen H, Spijkerman R, Noack M, Holtmann M, Schellekens ASA, van de Glind G, et al. International Consensus Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. *Eur Addict Res* [Internet]. 2020;26(4–5):223–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32634814>
91. Petry NM, Alessi SM, Olmstead TA, Rash CJ, Zajac K. Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go? *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2017 Dec;31(8):897–906. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28639812>
92. K K. The Role of Mindfulness in Treating Addictive Disorders and Rehabilitation. *Int J Psychol Behav Anal* [Internet]. 2018 Nov 21;4(2). Available from: <https://www.graphyonline.com/archives/IJPBA/2018/IJPBA-155/>
93. Dimeff L. Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 2008 Jun;4(2):39–47. Available from: <http://www.nida.nih.gov/PDF/ascp/vol4no2/Dialectical.pdf>
94. Rowe CL. Family Therapy for Drug Abuse: Review and Updates 2003-2010. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2012 Jan;38(1):59–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x>
95. Gottlieb JD, Mueser KT, Glynn SM. Family therapy for schizophrenia: co-occurring psychotic and substance use disorders. *J Clin Psychol* [Internet]. 2012 May;68(5):490–501. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22498950>
96. López M. ESTADO ACTUAL DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN ADICCIONES. *Salud Drogas*. 2014;14:99–108.
97. Kelly TM, Daley DC. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Soc Work Public Health* [Internet]. 2013;28(3–4):388–406. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23731427>
98. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):589–608.

ANEXO 1. FIGURA 1



EM: entrevista motivacional, MC: manejo de contingencias, IBM: intervenciones basadas en mindfulness, DBT: terapia dialéctica comportamental, TF: terapia familiar, TAC: terapia de aceptación y compromiso.

ANEXO 2. TABLA 1

TABLA 1. ENSAYOS CLÍNICOS			
AUTOR Y AÑO	n	INTERVENCIÓN	RESULTADO
Brown et al. 2015	151	Adolescentes con PD, asignados aleatoriamente a EM (dos sesiones) más TAU en comparación con TAU	Disminución del consumo a 1 y 6 meses. Disminución de conductas delictivas a 6 meses
Barrowclough et al. 2001	36	Comparación aleatoria, simple ciego y controlada de la atención de rutina con un programa de atención de rutina integrado con EM, TCC, TF	Reducción en síntomas psicóticos, aumento de días de abstinencia. Programa de tratamiento integrado mejoró significativamente el funcionamiento general a al final del tratamiento y 12 meses después del inicio del estudio.
Barrowclough et al. 2014	110	EM comparada con TCC, pacientes con psicosis de inicio reciente con consumo de THC	Intervenciones sin beneficios sobre la TAU (frecuencia o cantidad de consumo de THC). No evidenciaron mejoría en síntomas, funcionamiento, ingresos hospitalarios o recaídas.
Graeber et al. 2003	30	EM en comparación con psicoeducación, para pacientes con esquizofrenia y consumo de OH	Pacientes asignados EM tuvieron una reducción significativa en los días de bebida y un aumento en las tasas de abstinencia.
Van Horn et al. 2001	304	EM pacientes hospitalizados	Mayor adherencia y menos consumo de SPA
Bellack et al. 2006	129	Eficacia de tratamiento conductual para PD: Tratamiento conductual para el abuso de sustancias en enfermedades mentales graves y persistentes (BTSAS), comparado con tratamiento de apoyo para la recuperación de adicciones (STAR)	Mayor reporte de pruebas negativas y adherencia
Satre et al. 2016	307	EM en depresión	Predijo menos uso de THC en Trastorno depresivo
Martino et al. 2006	44	Eficacia de EM de dos sesiones adaptada para pacientes psicóticos y TUS, comparación con manejo estándar	EM contribuye a disminución de uso de SPA. Sugieren que EM no funciona bien para todos los tipos de pacientes con trastornos psicóticos con TUS
Lozano et al. 2013	84	EM comparada con TAU, en veteranos	Mayor probabilidad de ingresar a grupos de tratamiento
Haddock et al. 2003	36	Comparación de EM, TCC y TF	EM estuvo asociado a menos recaídas
Kikkert et al. 2018	174	EM en tratamiento integral	Sin impacto global relevante

Santa Ana et al. 2007	101	EM en comparación con TAU	Mas asistencia a los seguimientos y menos consumo de OH
Martino et al. 2000	23	EM comparada con TAU	Sin diferencias en función global, menor deserción
Bonsack et al. 2011	62	EM comparada con TAU	Disminución del uso de THC a 3 meses
Smeerdijk et al. 2012	75	EM en familiares de adolescentes con uso de THC y psicosis	Disminución del uso de THC
Barrio et al. 2014	19	TAU para tabaquismo comparado con TAU más EM	Disminución del uso de tabaco
Pantalon et al. 2014	121	EM en comparación con TAU	Mas asistencia a las citas
McDonell et al. 2017	79	MC comparada con TAU	Mas probabilidad de pruebas de tóxicos negativas
Petry et al. 2013	19	MC para disminuir consumo de cocaína en diferentes patologías mentales	Disminución de psicopatología
Kelly et al. 2014	160	MC en diferentes patologías mentales y diferentes TUS	Podría aumentar adherencia
Mancino et al. 2010	140	MC en TEPT en pacientes con TUS por cocaína y opiodes	Menor reporte de resultados positivos en orina
Drebing et al. 2007	100	MC en diferentes TUS y diferentes trastornos mentales	Mayores tasas de abstinencia
McDonell et al. 2014	126	MC en tabaquismo y diferentes trastornos mentales	Aumento de abstinencia a tabaco
Tidey et al. 2011	57	MC para manejo con bupropion en pacientes con tabaquismo y psicosis	Eficaz para disminuir consumo de tabaco
Gonzalez et al. 2003	149	MC en pacientes con depresión y consumo de cocaína	Mejor respuesta a síntomas depresivos
Fletcher et al. 2014	130	Análisis prospectivo que evalúa eficacia de MC para mejorar salud psicológica de hombres sin hogar que tienen relaciones sexuales con hombres, con TUS y que no buscan tratamiento	Menos angustia psicológica

Tracy et al. 2007	30	MC pacientes con diferentes trastornos mentales, consumo de OH y cocaína	Menos pruebas positivas
Burns et al. 2010	206	MC en pacientes con TEPT y consumo de cocaína	Grupo de TEPT mejor respuesta a MC
Strong et al. 2007	59	Diferentes sustancias, diferentes trastornos mentales	MC podría ser útil solo como parte de un tratamiento integral
Lester et al. 2007	118	MC en TEPT y consumo de diferentes sustancias	Mayor disminución de síntomas de TEPT
Helmus et al. 2003	20	MC en pacientes con alcoholismo asociado a PD	MC podría mejorar la asistencia
Kidorf et al. 2013	62	MC en pacientes con tratamiento de sustitución con metadona	Grupo de MC asistió a más sesiones
Wirkiwietz et al. 2010	168	Examina relación entre síntomas depresivos, craving y el uso de SPA después de MBRP (prevención de recaídas basada en atención plena)	MBRP parece influir en las respuestas cognitivas y conductuales a los síntomas depresivos. Disminución de síntomas depresivos y craving a 2 meses
Garland et al. 2016	180	Ensayo controlado aleatorio pragmático comparo el Mejoramiento de la Recuperación Orientada a la Atención Plena (MORE), con TAU y TCC, en hombres previamente sin hogar que residen en una comunidad terapéutica	Disminución de craving y síntomas de TEPT
Fortuna et al. 2018	37	Desarrollo de terapia y estudio piloto abierto de una terapia para adolescentes con TEPT, depresión y TUS. Combinación de TCC y atención plena (MBCT-Dual)	Mejoría de síntomas de TEPT
Bowen et al. 2017	280	Evalúa efectos de IBM en TUS y TEPT. Evaluar si atención plena y sus facetas tienen papel mediador Datos de estudio multicéntrico TEPT más TUS	IBM se asociaron a disminución de síntomas y mayor eficacia del tratamiento
Shorey et al. 2015	105	Se evaluó la relación de atención plena disposicional y espiritualidad con grupos de síntomas depresivos (afectivos, cognitivos y fisiológicos) entre hombres en tratamiento residencial por abuso de sustancias.	IBM pueden ser prometedoras para reducir el consumo de TUS y síntomas depresivos.
Shorey et al. 2015	148	Examinó la relación entre una faceta de IBM, la atención momento a	IBM relacionada inversamente con síntomas de ansiedad. Menos síntomas de

		momento con pánico y ansiedad generalizada en adultos jóvenes en tratamiento por TUS.	pánico y ansiedad generalizada se ha asociado a menos riesgo de recaída
Shorey et al. 2014	125	Se examinó niveles de rasgo de atención plena en personas que buscaban tratamiento por abuso de sustancias en un centro residencial y comórbida depresión o TEPT	Rasgos más bajos de atención plena se asociaron con mayores niveles de consumo de SPA, depresión y TEPT
Axelrod et al. 2011	27	DBT en TLP más TUS	Mejor regulación emocional
Bilhar et al. 2016	28	DBT en pacientes con TDAH y PD	DBT podría ser útil
Rizvi et al. 2011	22	Software de entrenamiento para la estrategia "acción opuesta" en TLP más TUS	Disminución de la intensidad de las emociones
Linehan et al. 1999	28	DBT en pacientes con TUS vs TAU	Disminución uso de SPA y más adherencia
Linehan et al. 2002	23	DBT en mujeres dependientes de heroína con TLP comparada con terapia de validación integral con 12 pasos (CVT + 12S)	DBT se relacionó con mayor abstinencia en el tiempo, precisión en su autoinforme, pero más abandono del tratamiento
Van den Bosch et al. 2002	58	DBT en TLP más TUS	DBT estándar igual eficacia con y sin TUS
Flynn et al. 2019	64	Programa de entrenamiento de habilidades DBT adaptado para PD. Estudio de métodos mixtos diseño secuencial.	Se sugiere DBT que disminuye dificultades en la regulación emocional, relaciones interpersonales y tolerancia a la angustia
Mueser et al. 2013	208	Ensayo controlado aleatorio comparando programa de Educación Familiar breve con programa más largo que combinó educación con la enseñanza de habilidades de comunicación y resolución de problemas, Intervención familiar para trastornos duales (FIDD)	Se sugiere que la intervención familiar podría ser útil
Liddle et al. 2018	113	ECA que comparó Terapia Familiar Multidimensional (MDFT) con tratamiento residencial para adolescentes con PD	Sugieren que MDFT es una alternativa prometedora al tratamiento residencial para jóvenes con PD
De Witte et al. 2014	14	Manejo integral en esquizofrenia	TF asociado a disminución de recaídas y mayor función

amiento global

Davoudi et al.
2017

70

Se examinaron los efectos de TAC en
pacientes con depresión y ansiedad
y el abandono del hábito de fumar
de los fumadores masculinos

Puede mejorar significativamente los
síntomas de depresión y ansiedad
comórbidos y la tasa de abandono del
hábito de fumar

n: número de estudios incluidos. SD: Sin dato - no es claro. PD: patología dual. TUS: trastorno por uso de sustancias. SPA: sustancias psicoactivas. TLP: trastorno límite de personalidad. TEPT: trastorno de estrés postraumático. TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad. OH: alcohol. THC: Tetrahidrocannabinoides. TAU: tratamiento habitual. TCC: terapia cognitiva comportamental. EM: entrevista motivacional. MC: manejo de contingencias. TF: terapia familiar. DBT: terapia dialéctica comportamental. TAC: terapia de aceptación y compromiso.

ANEXO 3. TABLA 2

TABLA 2. REVISIONES SISTEMÁTICAS Y DE LA LITERATURA			
AUTOR Y AÑO	n	INTERVENCIÓN	RESULTADO
Horsfall et al. 2009	SD	Evalúan efectividad de intervenciones psicosociales en PD. EM, TCC, MC.	Sugieren que los tratamientos individuales y grupales efectivos. Estudios con muestras pequeñas, heterogéneos, periodos de seguimiento cortos y descripción poco clara de los componentes del tratamiento.
Perry et al. 2019	8	En un ECA (n 181) EM comparado con entrenamiento en relajación, adolescentes con depresión y consumo de THC, privados de la libertad.	Evidencia moderada (GRADE): Grupo de EM con menor reporte de comportamientos problemáticos. Las demás recomendaciones son de baja a muy baja calidad.
Brewer et al. 2017	SD	Revisión de psicoterapias para tratamiento de PD en adolescentes. EM, MC, TF, 12 pasos.	MC adicionado a otras terapias como la TCC, puede lograr abstinencia temprana, probabilidad de mantenerse a largo plazo y podría ser beneficioso para los jóvenes con trastornos de conducta.
Kelly et al. 2012	67	Incluyo 24 revisiones y 43 ensayos acerca de tratamiento de PD. Tratamiento conductual para el abuso de sustancias en enfermedades mentales graves y persistentes (BTSAS), incluye EM, MC, 12 pasos.	EM tiene un sólido apoyo como psicoterapia altamente eficaz para establecer una alianza terapéutica. Los programas altamente estructurados que incluyen terapias conductuales MC son más efectivos para el tratamiento de condiciones comórbidas severas.
Cleary et al. 2009	SD	Revisión de tratamientos psicosociales para patología dual que incluye enfermedad mental severa.	Componentes de un tratamiento que puede ser efectivo incluyen EM, MC, TCC; prevención de recaídas, habilidades sociales, 12 pasos, psicoeducación e intervención familiar.
Drake et al. 2008	45	Se identificaron 45 estudios controlados (22 experimentales y 23 cuasi experimentales) de intervenciones psicosociales para PD (asesoramiento grupal, MC y tratamiento residencial) 5 ECA de MC	MC puede ser una intervención prometedora efectos positivos en el consumo de SPA.
Bradizza et al. 2014	3	3 ECA de MC en estimulantes, cocaína, tabaco.	Estudios heterogéneos, se sugiere que MC podría asociarse a menos uso de SPA, pero podría asociarse a mayor abandono del tratamiento.

Carrol et al. 2004	SD	Revisión de terapias comportamentales en depresión más TUS. MC, EM, TCC.	MC se ha asociado a reducciones significativas en el uso de SPA, y podría usarse para reducir el consumo de cocaína entre los pacientes con esquizofrenia sin hogar, resistentes al tratamiento. MC podría mejorar la adherencia al tratamiento
Hunt et al. 2019	41	Revisión Cochrane de intervenciones psicoterapéuticas sobre el uso de SPA en manejo de PD comparadas con manejo estándar.	Dos estudios reportan mayor efecto de MC en comparación con TAU sobre el abandono del tratamiento a 3 meses, calidad de la evidencia moderada (GRADE). EN cuanto a EM las recomendaciones son de muy baja calidad.
Vujanovic et al. 2017	SD	Revisión del estado empírico actual de los enfoques de psicoterapia integrada para el TUS y la comorbilidad de depresión, TCC estándar, TCC de tercera ola (aceptación, mindfulness, activación conductual)	No se identificó ningún estudio controlado que evaluara IBM en el tratamiento de PD, pero sugieren que pueden ser útiles, al disminuir comportamientos desadaptativos. En cuanto a TAC hay pocos estudios, consideran que existe una evidencia creciente que sugiere su eficacia.
Flanagan et al. 2018	SD	Revisión de intervenciones conductuales respaldadas por la evidencia para TEPT y comorbilidad con trastorno por uso de OH.	Sin evidencia para recomendar MC o TBM.
Pennay et al. 2011	3	DBT en TUS más TLP	No hay evidencia que apoye su uso
Kienast et al. 2014	2	DBT-SUD, DBT específica para TUS, en pacientes con TLP	No hay evidencia para indicar manejo con DBT, pero podría ser útil.
De Witte et al. 2014	14	Revisión del tratamiento ambulatorio para esquizofrenia asociada a TUS	El manejo integrado parece tener ventajas sobre el TAU. EM y TF parecen ser efectivos, asociados a disminución de recaídas y mayor funcionamiento global
Richards et al. 2010	SD	Revisa la literatura sobre intervenciones familiares en el diagnóstico dual y su aplicabilidad a los servicios hospitalarios de salud mental	TF en pacientes con TUS y psicosis produce una variedad de resultados positivos, debería conducir a mejores resultados y una mejor gestión del riesgo. Mejores resultados en recaída, ingreso a tratamiento y adherencia

n: número de estudios incluidos. SD: Sin dato - no especifican el número de artículos. ECA: ensayo clínico aleatorizado. PD: patología dual. TUS: trastorno por uso de sustancias. SPA: sustancias psicoactivas. TAU: tratamiento habitual. TCC: terapia cognitiva comportamental. EM: entrevista motivacional. MC: manejo de contingencias. TF: terapia familiar. IBM: intervenciones basadas en mindfulness. DBT: terapia dialéctica comportamental. THC: Tetrahidrocannabinoides. TLP: trastorno límite de personalidad.