

# Formación en Patología Dual en la Especialidad de Psicología Clínica

## Training in Dual Pathology in the Speciality of Clinical Psychology

**Aina Sastre Buades<sup>1</sup>, Neus Zuzama Pons<sup>1</sup> y Ana Benito Delegido<sup>2-5</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Son Llátzer, Mallorca, Servicio de Salud de las Islas Baleares

<sup>2</sup>Vocal Psicología Clínica Sociedad Española de Patología Dual

<sup>3</sup>Miembro comité España World Association Dual Disorders

<sup>4</sup>Unidad Salud Mental Torrente, Hospital General Universitario Valencia

<sup>5</sup>Grupo de Investigación TXP. Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities, Castellón de la Plana

### Resumen

El programa formativo de la especialidad de psicología clínica incluye como objetivo la formación en patología dual (PD). El objetivo de este trabajo fue evaluar la presencia de la PD en la formación y la práctica de los psicólogos especialistas en psicología clínica. Se realizó una encuesta online a 107 psicólogos clínicos especialistas o en formación españoles. Resultados: menos del 30% había trabajado en un recurso específico de PD, más del 26% no había recibido ninguna formación sobre PD, menos del 20% había rotado por un recurso específico de PD en su hospital, sólo el 11% había realizado o iba a realizar un rotatorio externo específico de PD, la ausencia de psicólogos clínicos en los recursos de PD oscilaba entre el 22 y el 60% y más del 80% de los encuestados deseaba más formación sobre PD. No había diferencias en el deseo de recibir más formación entre mujeres y hombres ( $\chi^2: 0,88$ ;  $p: 0,347$ ) ni entre residentes y psicólogos clínicos ( $\chi^2: 1,156$ ;  $p: 0,282$ ) ni según la edad ( $t: 0,27$ ;  $p: 0,784$ ). Conclusiones: los psicólogos clínicos y los residentes en formación están interesados en recibir más formación sobre PD, por lo que es necesario mayor conocimiento sobre los recursos específicos de PD existentes, aumentar la presencia de psicólogos clínicos en los mismos y fomentar un rotatorio específico sobre PD en estos recursos. Esto redundaría en una mejor formación, con el objetivo de proporcionar una mejor atención integral y multidisciplinar a las personas con PD.

**Palabras clave:** patología dual, psicología clínica, formación de residentes

### Abstract

The training program in the specialty of clinical psychology includes training in dual disorders (DD) as one of its objectives. The aim of this study was to assess the presence of DD in the training and practice of psychologists specialising in clinical psychology. An online survey was conducted among 107 Spanish clinical psychologists specialised or in training. Results: less than 30% had worked in a specific DD resource, more than 26% had not received any training on DD, less than 20% had rotated through a specific DD resource in their hospital, only 11% had done or were going to do an external DD-specific rotation, the absence of clinical psychologists in DD resources ranged from 22 to 60% and more than 80% of the respondents wished for more training on DD. There was no difference in the desire for more training between women and men ( $\chi^2: 0,88$ ;  $p: 0,347$ ) or between residents and clinical psychologists ( $\chi^2: 1,156$ ;  $p: 0,282$ ) or by age ( $t: 0,27$ ;  $p: 0,784$ ). Conclusions: clinical psychologists and residents in training are interested in receiving more training on DD, so it is necessary to increase knowledge about existing specific DD resources, increase the presence of clinical psychologists in them and promote a specific DD rotation in these resources. This would result in better training, with the aim of providing better comprehensive and multidisciplinary care for people with DD.

**Keywords:** dual disorders, clinical psychology, training residents

## Formación en Patología Dual en la Especialidad de Psicología Clínica

El programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), en la rotación en adicciones, incluye como objetivo “*Abordar casos con patología dual, estableciendo diagnósticos diferenciales y llevando a cabo estrategias integrales y coordinadas de tratamiento*” (p. 51223). Además, en el programa teórico de dicha rotación se incluye el epígrafe “*Patología dual*” (p. 51224).

La patología dual (PD) es la concurrencia de un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental (Arias et al., 2017). Para describir esta situación de personas con al menos un trastorno mental y al menos un trastorno por uso de sustancias, se usan también los términos trastornos duales, trastornos concurrentes y comorbilidad (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

La PD es muy prevalente: hasta el 25,8% de las personas adultas con algún trastorno psiquiátrico, 36,5% de aquellas con algún trastorno por uso de sustancias y 17,8% de aquellas con cualquiera de los dos trastornos (Jegede et al., 2022). En los pacientes adultos con PD, el diagnóstico primario es trastorno del espectro psicótico (37%), seguido de trastornos afectivos (18,8%; Mårtensson et al., 2022). En niños y adolescentes tratados por enfermedades mentales, la prevalencia de PD oscila entre 18,3 y 54%, con una media de 32,7%. Los niños tienen más probabilidad de presentar PD que las niñas, y los trastornos afectivos son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes (Tomáš y Lenka, 2023).

En personas adultas hospitalizadas en unidad psiquiátrica, el 22,2% presentan PD; siendo los trastornos psicóticos y los trastornos por uso de múltiples sustancias los más prevalentes en hombres, mientras que en mujeres los trastornos de personalidad y el uso de alcohol (Gómez-Sánchez-Lafuente et al., 2022). En niños y adolescentes hospitalizados, las tasas de PD son 25% en muestras de bases de datos administrativas, un rango de entre 17,7 y 38,5% en revisión de historias clínicas y hasta el 55% en estudios de investigación clínica (Suntharalingam et al., 2022).

Actualmente se considera que hasta el 75% de las personas con una enfermedad mental gra-

ve presentan PD (Alsuhaibani et al., 2021) y entre el 64% y el 88% de los adolescentes con trastorno por uso de sustancias tienen al menos un trastorno psiquiátrico comórbido y a menudo más de uno (Fantuzzi y Mezzina, 2020). Además, el número de personas con PD ha ido creciendo en los últimos años (Mårtensson et al., 2023), lo que induce a pensar que, si no se toman medidas, continuará aumentando.

A pesar de la creciente evidencia sobre su prevalencia y los avances en el conocimiento sobre los aspectos biológicos, como una posible base neuroanatómica y neurofuncional común de ambos trastornos, la PD se ha ignorado o negado durante años (Szerman et al., 2019). Es un trastorno subestimado, infradiagnosticado y, a menudo, mal tratado en todo el mundo (Temmingh et al., 2018) y, por lo tanto, es fundamental prestar más atención al reconocimiento de esta comorbilidad. Es necesario realizar screening y pruebas de detección sistemáticas en cualquier centro de atención médica, usando unas pocas preguntas abiertas y específicas (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

La PD representa un desafío terapéutico y se asocia con varios resultados adversos (Tranberg et al., 2024), ya que suele presentar mayor impacto funcional y menor adherencia terapéutica (Arias et al., 2017). Representa un grave problema de salud pública, con un impacto negativo en los costos de la atención, la morbilidad y la mortalidad (Fantuzzi y Mezzina, 2020). Complica y empeora los resultados del tratamiento y el pronóstico, aumenta la tasa de ingresos, retrasa la remisión de los síntomas y es un factor de riesgo grave de incumplimiento de la medicación, recaída clínica, reingreso temprano tras el alta y riesgo de sobredosis (Fantuzzi y Mezzina, 2020). Se asocia a elevadas tasas de gravedad de la adicción y de los síntomas psiquiátricos, ideación y conducta suicida (Adan y Torrents, 2021), mayor utilización de servicios sanitarios, recaídas y abandono de tratamiento, conductas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual y problemas de ajuste social, laboral, escolar, financiero y carga familiar (Marín-Navarrete y Szerman, 2015). Está asociada con el VIH y la hepatitis, la agresión, la violencia, el encarcelamiento y el agravamiento de problemas sociales como el empleo y la vivienda (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

En las personas con trastornos psiquiátricos, se asocia con desventajas sociales o psicopatológicas sustanciales (comportamiento violento, baja calidad de vida relacionada con la salud mental, problemas con la policía, falta de vivienda y encarcelamiento) y también en las personas con trastorno por uso de sustancias, incluyendo baja calidad de vida relacionada con la salud mental, presenciar traumas en la infancia, abuso sexual infantil, diagnósticos de consumo de drogas, intentos de suicidio, problemas médicos, tener más de un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, negligencia infantil, traumas repetidos en la edad adulta y menor apoyo social (Jegede et al., 2022). La menor esperanza de vida puede atribuirse, además de a la conducta suicida y las sobredosis, a un mayor riesgo de diversas enfermedades crónicas, especialmente los trastornos cardiovasculares (Tranberg et al., 2024).

Todos estos datos señalan la importancia de la inclusión de la PD en la formación de los psicólogos especialistas en psicología clínica, ya que la evidencia muestra que incluso un breve curso de entrenamiento en intervenciones en PD tiene efecto significativo en el conocimiento y la autoeficacia de los profesionales (Hughes et al., 2008).

El tratamiento integrado se considera el estándar de oro para el manejo de la PD, entendido como un plan de tratamiento único que abarca tanto la salud mental como la adicción, con dos objetivos fundamentales: mejorar el acceso a la atención proporcionando tratamiento individualizado y combinar los recursos psicofarmacológicos y las herramientas psicosociales de forma coherente (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

Aunque aún no hay consenso sobre qué modelo de tratamiento integrado es el mejor (Fantuzzi y Mezzina, 2020), se han propuesto dos modelos: tratamiento para el trastorno dual integrado (*Integrated Dual Disorder Treatment [IDDT]*; Mueser y Gingerich, 2013) y tratamiento comunitario assertivo (*Assertive Community Treatment [ACT]*; Young et al., 2014).

El IDDT es una intervención manualizada y basada en la evidencia que busca reemplazar la exclusión por la inclusión (Mueser y Gingerich, 2013). Contiene 26 componentes, incluyendo un equipo multidisciplinario e intervenciones adapta-

das a cada etapa de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Di Clemente y Prochaska, 1998), además de entrevistas motivacionales, educación familiar y apoyo activo para la autoayuda, combinando intervenciones farmacológicas, psicológicas, educativas y sociales para satisfacer las necesidades de los pacientes y su entorno (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

ACT no es una intervención clínica en sí misma, sino una forma de organizar los servicios para facilitar la integración comunitaria de pacientes con enfermedades mentales graves (Young et al., 2014). Se caracteriza por la prestación de servicios en la comunidad, la participación assertiva, la alta intensidad de los servicios, un número reducido de casos, responsabilidad las 24 horas, un enfoque de equipo, un equipo multidisciplinario, la estrecha colaboración con el sistema de apoyo y la continuidad del personal (Fantuzzi y Mezzina, 2020).

La intervención farmacológica para el trastorno mental grave debe combinarse con intervenciones psicológicas, educativas y sociales (Fantuzzi y Mezzina, 2020). Existen diversas intervenciones psicosociales, como intervenciones familiares, entrevistas motivacionales, terapias de mejora de la motivación, asesoramiento para la prevención de recaídas, manejo de contingencias, terapias cognitivo-conductuales y otras terapias conductuales, ya sea solas o en combinación, de forma individual o en grupo (Subodh et al., 2018). Se obtienen mejores resultados combinando entrevistas motivacionales, refuerzo positivo, desarrollo de habilidades sociales y terapias de grupo (psicoeducación, entrenamiento en habilidades, apoyo mutuo y manejo de contingencias), siempre en el contexto de un enfoque proactivo y con intervenciones adaptadas a cada etapa (Cleary et al., 2009; Torrens et al., 2012).

Aunque ningún tratamiento en solitario ha mostrado ser superior, la terapia cognitivo conductual combinada con entrevistas motivacionales se considera la intervención más exitosa (Torrens et al., 2012). Se recomienda una combinación de principios de la terapia cognitivo conductual, como habilidades de autorregulación, reestructuración cognitiva, entrevista motivacional y mindfulness (para ayudar a desarrollar habilidades de autorregulación, conciencia plena, flexibi-

lidad y reevaluación cognitiva; Chetty, Guse y Malema; 2023). Las estrategias motivacionales y la psicoeducación del paciente y la familia son importantes estrategias para aumentar la adhesión al tratamiento, incluido el farmacológico (Roncero et al., 2016). No obstante, hay que destacar que los estudios están limitados por la heterogeneidad de las intervenciones, participantes, métodos, resultados y medidas (Drake et al., 2008).

Con frecuencia, los profesionales sanitarios se centran en los aspectos farmacológicos y psicoterapéuticos, ignorando intervenciones que no se consideran estrictamente clínicas, como la vivienda, la inserción laboral y el apoyo social, que son tan fundamentales como los aspectos clínicos (Antai-Otong et al., 2016; Szerman et al., 2019; Torrens et al., 2012). También se necesitan intervenciones para abordar experiencias traumáticas y los grupos de género son importantes porque se centran en los problemas más relevantes para las mujeres y utilizan un enfoque terapéutico basado en la especificidad de género (Dass-Braillsford y Myrick, 2010).

No existen grandes diferencias entre los tratamientos para jóvenes y adultos, aunque con jóvenes y adolescentes es esencial una gestión de casos que tenga en cuenta la edad y la cultura, lo que permite construir una mejor alianza terapéutica (Deady, Teeson y Kay-Lambkin, 2014). Para mejorar los resultados, los jóvenes deben tener acceso a una amplia gama de opciones de tratamiento y servicios que se adapten a la necesidad de mayores niveles de atención (Suárez et al., 2012) y es crucial enfatizar la prevención secundaria y la intervención temprana para niños y adolescentes en riesgo (Dom y Moggi, 2015).

Aunque se suele considerar que el modelo de tratamiento integrado es el más recomendable para tratar la PD (Chetty et al., 2023), en España, el modelo más frecuente de tratamiento sigue siendo el paralelo (Tirado-Muñoz et al., 2018), con niveles muy variables de coordinación entre la red de atención a la salud mental y la red de atención a las adicciones (Mancheño-Barba et al., 2019). Aunque progresivamente se han ido creando recursos específicos, como unidades de ingreso de agudos de PD, comunidades residenciales o terapéuticas de PD y programas de PD

en los centros ambulatorios de salud mental y de adicciones (Casas y Roncero, 2016), sigue habiendo escasez de dispositivos, programas y tratamientos específicos (Mancheño-Barba et al., 2019) y escasa formación de los profesionales en la intervención en casos de PD (Flecher, Rodríguez-Góngora y Rodríguez-Rodríguez, 2020).

Ante esta situación, la Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR (SEPC-ANPIR) y la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) se plantearon realizar este trabajo con el objetivo de evaluar la presencia de la PD en la formación y la práctica de los psicólogos especialistas en psicología clínica. Los objetivos específicos fueron: 1) evaluar si los psicólogos clínicos han recibido formación sobre PD, 2) evaluar si los psicólogos clínicos han rotado o trabajado en recursos específicos de PD, 3) evaluar la presencia de psicólogos clínicos en las unidades específicas de PD, y 4) evaluar necesidades y propuestas de mejora de la formación en PD de los psicólogos clínicos.

## Métodos

### Diseño

Encuesta online cuantitativa y cualitativa, exploratoria, descriptiva, transversal y retrospectiva.

### Participantes

Psicólogos clínicos especialistas o en formación españoles. Cumplimentaron la encuesta 107 participantes. La edad media era 37,49 años ( $DT = 8,91$ ). La mayoría eran mujeres (82,2%,  $n = 88$ ). Casi un cuarto de la muestra (24,3%;  $n = 26$ ) estaba realizando la residencia, el 5,6% ( $n = 6$ ) había obtenido el título de psicólogo clínico especialista vía homologación y el resto (70,1%;  $n = 75$ ) había obtenido el título vía PIR, acabando la residencia entre los años 1989 y 2023. La mayoría de la muestra (95,3%;  $n = 102$ ) eran socios de la SEPC-ANPIR. La descripción completa de la muestra puede verse en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Descripción de la muestra encuestada*

	% (n)	Media (DT)
Género		
Mujer	82,2 (88)	
Varón	17,8 (19)	
Edad		37,49 (8,91)
Especialidad Psicología Clínica		
Realizando la residencia	24,3 (26)	
Vía Homologación	5,6 (6)	
Vía PIR 3 años	15 (16)	
Vía PIR 4 años	55,1 (59)	
Socio SEPC-ANPIR	95,3 (102)	
Conoce SEPD	61,7 (66)	
Socio SEPD	2,8 (3)	

Nota: SEPC-ANPIR: Sociedad Española de Psicología Clínica-Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes; SEPD: Sociedad Española de Patología Dual.

## Instrumentos

Encuesta online realizada ad hoc mediante Google Forms ®. Estaba compuesta por 18 ítems ordenados por las siguientes temáticas: 2 sobre características sociodemográficas (edad y género), 3 sobre la especialidad (si eran residentes o especialistas (y vía de obtención de la especialidad), año de finalización y hospital de la residencia), 3 sobre afiliación y conocimiento de las sociedades promotoras de la encuesta, 8 sobre formación, conocimiento, rotación y práctica profesional en PD, 1 sobre deseo de recibir más formación sobre PD y 1 sobre recomendaciones para mejorar la formación en PD durante la residencia.

La encuesta utilizada se puede ver en el anexo A y en  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScH\\_C6BlxnS50vo5OqWQMUXJGRz1zP3c\\_ra2Ppr\\_W-u3SpzljmA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScH_C6BlxnS50vo5OqWQMUXJGRz1zP3c_ra2Ppr_W-u3SpzljmA/viewform?usp=sf_link).

## Procedimiento

El muestreo se realizó mediante bola de nieve enviando mails en dos ocasiones a los socios de la Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR, en una ocasión a los miembros de la Sociedad Española de Patología Dual, compartiendo en grupos y foros de psicólogos clínicos y pidiendo a los receptores que a su vez lo difundieran entre sus

compañeros psicológicos clínicos y residentes de psicología clínica.

Al cumplimentar la encuesta los participantes daban el consentimiento expreso de participación. Se siguieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la Convención del Consejo Europeo. La confidencialidad fue garantizada de acuerdo con la Regulación General de Protección de Datos (RGPD) establecida en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

La encuesta fue cumplimentada por los participantes entre el 3 de enero y el 18 de marzo de 2024. Las respuestas eran recogidas automáticamente en una hoja Excel. El análisis de los datos cuantitativos se realizó con el software SPSS (v.27, IBM Corp., Armonk, NY) y el de los datos cualitativos mediante análisis temático.

## Resultados

En la tabla 2 se pueden ver los resultados de las variables cuantitativas y categóricas de la encuesta. Destaca que menos del 30% de los psicólogos clínicos han trabajado en un recurso específico de PD, más del 26% no ha recibido ninguna formación sobre PD, menos del 20% han rotado por un recurso específico de PD en su hospital, sólo el 11% han realizado o van a realizar un rotatorio externo específico de PD, la ausencia de

psicólogos clínicos en los recursos de PD que oscila entre el 22 y el 60% y que más del 80% de los encuestados desearía más formación sobre PD.

**Tabla 2***Resultados a las preguntas planteadas en la encuesta.*

	% (n)
¿Trabaja o ha trabajado en recurso específico PD?	
Sí	29 (31)
No	66,4 (71)
¿Ha recibido formación teórica sobre PD?	
Programa formativo de la UDM de referencia	46,7 (50)
Programa formativo de otra UDM (externo)	7,4 (8)
Formación teórica por cuenta propia	34,5 (37)
Otras	1,8 (2)
No he recibido formación teórica sobre PD	26,1 (28)
¿Existen recursos de PD donde trabaja o realiza la residencia?	
Sí	26,1 (28)
Sí y he rotado ahí	19,6 (21)
Sí y no he rotado ahí	11,2 (12)
No	33,6 (36)
No lo sé	9,3 (10)
En caso de respuesta afirmativa, en dichos recursos de PD, ¿Había especialista en Psicología Clínica?	
Sí	77,6 (52)
No	22,3 (15)
¿Realizó o va a realizar rotario externo de PD?	
No	68,2 (73)
No aplica	20,6 (22)
Sí, como parte de rotario externo en adicciones	9,3 (10)
Sí, como rotación externa	1,9 (2)
En caso de respuesta afirmativa, en dicho recurso de PD, ¿había especialista en Psicología Clínica?	
Sí	40 (6)
No	60 (9)
¿Le hubiera gustado o le gustaría más formación sobre PD?	
Sí	81,3 (87)
No	18,7 (20)

No se destacaron diferencias en el deseo de haber recibido más formación entre mujeres y hombres ( $\chi^2 = 0,88$ ;  $p = 0,347$ ) ni entre residentes y psicólogos clínicos ( $\chi^2 = 1,156$ ;  $p = 0,282$ ) ni según la edad ( $t = 0,27$ ;  $p = 0,784$ ).

Respecto a las cuestiones cualitativas, se preguntó a los encuestados mediante preguntas abiertas sobre los recursos específicos de PD donde habían rotado o trabajado y propuestas de mejora de la formación en PD durante la residencia. Al tratarse de un formato de respuesta abierta, las respuestas sobre recursos específicos de

patología dual fueron muy variadas y por tanto no pudieron categorizarse adecuadamente: en pocas se consignaba el recurso y el hospital al que pertenecía, mientras que en la mayoría sólo el hospital, sólo unas siglas, recursos de adicciones, etc.

En cuanto a las propuestas de mejora de la formación en PD, las respuestas de los participantes, categorizadas por temas, pueden verse en la Tabla 3.

**Tabla 3**

Propuestas de mejora de la formación en PD de los psicólogos clínicos.

	% (n)
Formación práctica y rotación específica en recursos dotados de psicólogos clínicos	37,7 (17)
Más formación teórica y materiales específicos	17,7 (8)
Sesiones clínicas y docentes impartidas por psicólogos clínicos especializados en patología dual	17,7 (8)
Más investigación sobre tratamiento psicológico individualizado	15,5 (7)
Facilitar la asistencia a cursos y congresos de patología dual (becas, streaming, etc.)	6,6 (3)
Aumentar en la formación sobre patología dual los contenidos psicológicos (actualmente priman los psiquiátricos y farmacológicos)	4,4 (2)

## Conclusiones

Este estudio cuenta con tres principales limitaciones: la encuesta utilizada no es un instrumento validado sino creado ad hoc, la muestra de participantes es pequeña y el método de muestreo no garantiza la representatividad, lo que puede suponer sesgos, pues quizás los que han contestado son los más interesados en la PD. A pesar de estos posibles sesgos, consideramos que esta encuesta es útil como exploración del interés de los psicólogos clínicos en la PD.

De los resultados se desprende que la mayoría de los residentes y psicólogos clínicos participantes desearía tener más formación en PD, en la línea de otros estudios que indican que la formación no prepara adecuadamente a los residentes para tratar la PD (Renner, 2004). También se deduce que los profesionales de la salud mental perciben positivamente la formación en PD (Pinderup et al., 2016) y que esta formación es particularmente relevante en los residentes en formación (Torrens, 2008). A pesar de este interés, la proporción de la muestra que ha rotado o trabaja en un recurso específico de PD es muy pequeña. Esto probablemente refleja la escasez de dichos recursos en nuestro país (Vega et al., 2015). En este sentido, aunque también es pequeña la proporción de la muestra que pertenece a la SEPD, más del 60% la conoce, lo que también puede ser un indicador del interés por la PD.

A la espera de la integración entre las redes de salud mental y adicciones, lo deseable sería aumentar progresivamente el número de recursos y programas de PD (Adan y Torrens, 2021), ya que visibilizan a estos pacientes y focalizan en

el tratamiento individualizado e integrado de los mismos, evitando duplicidades de recursos y profesionales y vacíos asistenciales (González, 2020). El objetivo futuro sería no necesitar estos recursos porque en todos los recursos de la red asistencial se realice tratamiento integrado de las adicciones y otros trastornos mentales, pues estos pacientes son la regla y no la excepción (Torrens y Adan, 2023).

Mientras tanto, es importante que los residentes de psicología clínica reciban formación actualizada sobre PD (Torrens, 2008) y así lo demandan en esta encuesta. De hecho, la principal propuesta es la rotación por recursos específicos de PD. Para ello, el primer paso sería aumentar la presencia de psicólogos clínicos en estos dispositivos, pues los resultados indican que bastantes de ellos carecen de esta figura profesional. Esta es una carencia muy importante, dado que el tratamiento integrado de la PD requiere equipos multidisciplinares (Torrens y Adan, 2023) y existe evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia en dicho tratamiento (Becoña y Cortes, 2011; Chetty et al., 2023).

Esta carencia de psicólogos clínicos especializados en PD también se evidencia en otra de las propuestas recogidas: aumentar los contenidos psicológicos en la formación sobre PD, dado que suelen primar los psiquiátricos y farmacológicos. Esta desproporción entre unos y otros contenidos se objetiva, por ejemplo, en los autores de la 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 (San, Bernardo y Arrojo, 2020): sólo el 10 % de los autores son psicólogos.

Si aumentara el número de psicólogos clínicos trabajando en PD, previsiblemente aumentaría la producción científica, docente e investigadora al respecto, pudiendo satisfacer así el resto de propuestas planteadas en la encuesta: más formación teórica y materiales específicos, sesiones clínicas y docentes impartidas por psicólogos clínicos especializados en patología dual y más investigación sobre tratamiento psicológico individualizado. Un paso previo a esto sería conocer qué recursos específicos de PD existen y en cuáles está incluida la figura profesional del psicólogo clínico, pues en la encuesta nacional sobre recursos y necesidades asistenciales en PD sólo el 30% de los profesionales sanitarios afirmaba conocer en su totalidad los recursos específicos disponibles en su área de trabajo y no existe un censo oficial de recursos de PD (Vega et al., 2015). Esto es particularmente importante, pues entre los factores que más influyen en la efectividad del tratamiento de las personas con PD están la disponibilidad de servicios específicos y la formación de profesionales (Mancheño-Barba et al., 2019).

En resumen, las conclusiones de este trabajo son: los psicólogos clínicos y los residentes en formación están interesados en recibir más formación sobre PD, por lo que es necesario mayor conocimiento sobre los recursos específicos de PD existentes, aumentar la presencia de psicólogos clínicos en los mismos y fomentar un rotatorio específico sobre PD en estos recursos. Esto redundaría en una mejor formación, con el objetivo de proporcionar una mejor atención integral y multidisciplinar a las personas con PD.

### Agradecimientos

A la Sociedad Española de Psicología Clínica-ANPIR y la Sociedad Española de Patología Dual por su apoyo a este trabajo.

### Bibliografía

Adan, A., Torrens, M. (2021). Special Issue: Diagnosis and Management of Addiction and Other Mental Disorders (Dual Disorders). *Journal of Clinical Medicine*, 10, 1307.  
<https://doi.org/10.3390/jcm10061307>

Alsuhaibani, R., Smith, D.C., Lowrie, R., Aljhani, S., Paudyal, V. Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and

substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. (2021). *BMC Psychiatry*, 21(1), 209.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>

Antai-Otong, D., Theis, K., Patrick, D.D. Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. (2016). *Nursing Clinics of North America*, 51(2), 237-47.  
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.007>

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurete, I., Rentero, D. (2017). Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology. *Adicciones*, 29, 186-195. <https://doi.org/10.20882/adicciones.782>

Becerra, E., Cortés, M. (Coord.). (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia: Socidrogalcohol.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/10\\_Socimanualadiccionespsicologos2011.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/10_Socimanualadiccionespsicologos2011.pdf)

Casas, M., Roncero, C. (2016). Patología dual: fundamentos clínicos y terapéuticos. Marge Books.

Chetty, A., Guse, T., Malema, M. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA Gesondheid*, 28(0), a2094.  
<https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094>

Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 238-258.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04879.x>

Dass-Braillsford, P., Myrick, A. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need for an integrated approach. *Trauma Violence Abuse*, 11(4), 202-213.  
<https://doi.org/10.1177/1524838010381252>

Deady, M., Teesson, M., Kay-Lambkin, F. (2014). Treatments for co-occurring depression and substance use in young people: A systematic review. *Current Drug Abuse Reviews*, 7(1), 3-17.  
<https://doi.org/10.2174/1874473707666141015220608>

- Di Clemente, C.C., Prochaska, J.O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. En W. R. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 3-24). Plenum Press.
- Dom, G., Moggi, F. (2015). Toward a new model of care: Integrating mental health, substance use, and somatic care. En G. Dom & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective* (pp. 375-389). Springer.
- Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-38.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011>
- Fantuzzi, C., Mezzina, R. Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. (2020). *International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 300-310.  
<https://doi.org/10.1177/0020764019899975>
- Flecher, Y., Rodríguez-Góngora, J., Rodríguez-Rodríguez, J.A. (2020). Modelo transteórico de cambio: propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, 1(3), 21-28.  
<http://dx.doi.org/10.25115/kasp.v1i3.3662>
- Gómez-Sánchez-Lafuente, C., Guzman-Parra, J., Suárez-Perez, J., Bordallo-Aragon, A., Rodriguez-de-Fonseca, F., Mayoral-Cleries, F. (2022). Trends in Psychiatric Hospitalizations of Patients With Dual Diagnosis in Spain. *Journal of Dual Diagnosis*, 18(2), 92-100.  
<https://doi.org/10.1080/15504263.2022.2053770>
- González, G. (2020). Patología dual. Definición, historia y recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 81-96.  
<https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn75id368875>
- Hughes, E., Wanigaratne, S., Gournay, K., Johnson, S., Thornicroft, G., Finch, E., Marshall, J., Smith, N. (2008). Training in dual diagnosis interventions (the COMO Study): randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 8, 12.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-12>
- Jegede, O., Rhee, T.G., Stefanovics, E.A., Zhou, B., Rosenheck, R.A. (2022). Rates and correlates of dual diagnosis among adults with psychiatric and substance use disorders in a nationally representative U.S sample. *Psychiatry Research*, 315, 114720.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114720>
- Mancheño-Barba, J.J., Navas-León, S., Gutiérrez-López, M.L., de la Rosa-Cáceres, A., Cáceres-Pachón, P., Martín-Lozano, O. (2019). Analysis of the profiles of patients with dual pathology attending addiction centers, mental health centers, and a coordinated service. *Anales de Psicología*, 35(2), 233-241.  
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.345721>
- Marín-Navarrete, R., Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(4), 395-396.  
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.060>
- Mårtensson, S., Düring, S.W., Johansen, K.S., Tranberg, K., Nordentoft, M. (2023). Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 - a nationwide study of Danish register data. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(4), 411-419.  
<https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2134921>
- Mårtensson, S., Johansen, K.S., Krarup, J., Düring, S.W. (2022). REDD-PAC Cohort Description: Researching Dual Diagnosis - Prognosis and Characteristics. *Journal of Dual Diagnosis*, 18(2), 111-122.  
<https://doi.org/10.1080/15504263.2022.2055250>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. BOE, 146, 51210-51236.  
<https://www.boe.es/eli/es/o/2009/06/02/sas16200>
- Mueser, K., Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 424-439.  
<https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774676>
- Pinderup, P., Thylstrup, B., Hesse M. (2016). Critical Review of Dual Diagnosis Training for Mental Health Professionals. *International Journal of MentalHealth and Addiction*, 14(3).  
<https://doi.org/10.1007/s11469-016-9665-3>
- Renner, J.A. (2004). How to Train Residents to Identify and Treat Dual Diagnosis Patients. *Biological Psychiatry*, 56, 810-816.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.04.003>
- Roncero, C., Szerman, N., Terán, A., Pino, C., Vázquez, J.M., Velasco, E., García-Dorado, M., Casas, M. (2016). Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. *Patient Pref-*

- erence and Adherence, 10, 1855-1868.  
<https://doi.org/10.2147/ppa.s108678>
- San, L., Bernardo, M., Arrojo, M. (Coord.). (2020). Guía de práctica clínica Tratamiento Farmacológico y Psicológico de los Pacientes adultos con un Trastorno Mental Grave y un Trastorno por Uso de Sustancias. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.  
<https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/2020-Guia-Patologia-Dual-V13.pdf>
- Suarez, L., Belcher, H., Briggs, E., Titus, J. (2012). Supporting the need for an integrated system of care for youth with co-occurring traumatic stress and substance abuse problems. American Journal of Community Psychology, 49(3-4), 430-440.  
<https://doi.org/10.1007/s10464-011-9464-8>
- Subodh, B.N., Sharma, N., Shah, R. (2018). Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis. Indian Journal of Psychiatry, 60(4), S494-S500.  
[https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychotherapy\\_18\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychotherapy_18_18)
- Suntharalingam, S., Johnson, D., Suresh, S., Thierrault, F.L., De Sante, S., Perinpanayagam, P., Salamatmanesh, M., Pajer, K. (2022). Rates of Dual Diagnosis in Child and Adolescent Psychiatric Inpatients: A Scoping Review. Journal of Addiction Medicine, 16(1), 101-109.  
<https://doi.org/10.1097/adm.00000000000000818>
- Szerman, N., Parro-Torres, C., Didia-Attas, J., El-Guebaly, N. (2019). Dual disorders: Addiction and other mental disorders. Integrating mental health. En A. Javed y K.N. Fountoulakis (Eds.). Advances in psychiatry, 3, 109-127. Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_7)
- Temmingh, H., Williams, T., Siegfried, N., Stein, D. (2018). Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD011057.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011057.pub2>
- Tirado-Muñoz, J., Farré, A., Mestre-Pintó, J., Szerman, N., Torrens, M. (2018). Patología dual en Depresión: recomendaciones en el tratamiento. Adicciones, 30(1), 66-76.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.868>
- Tomáš, J., Lenka, Š. Prevalence of Dual Diagnoses among Children and Adolescents with Mental Health Conditions. (2023). Children (Basel), 10(2), 293.  
<https://doi.org/10.3390/children10020293>
- Torreens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones, 20(4), 315-320.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.255>
- Torreens, M., Adan, A. (2023). Recent Advances in Dual Disorders (Addiction and Other Mental Disorders). Journal of Clinical Medicine, 12, 3315.  
<https://doi.org/10.3390/jcm12093315>
- Torreens, M., Rossi, P.C., Martínez-Riera, R., Martínez-Sanvisens, D., Bulbena, A. (2012). Psychiatric comorbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? Substance Use & Misuse, 47(8-9), 1005-1014.  
<https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663296>
- Tranberg, K., Colnadar, B., Nielsen, M.H., Hjorthøj, C., Møller, A. Interventions targeting patients with co-occurring severe mental illness and substance use (dual diagnosis) in general practice settings - a scoping review of the literature. (2024). BMC Primary Care, 25(1), 281.  
<https://doi.org/10.1186/s12875-024-02504-3>
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mézias, B., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Piqué, N., Casas, M. (2015). Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España. Sanidad y Ediciones S.L.  
<https://patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf>
- Young, M., Barrett, B., Engelhardt, M., Moore, K. (2014). Six month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs. Community Mental Health Journal, 50(4), 474-479.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-013-9692-5>