

salud mental y adicciones:

Hay proyecto

**XXVI
JORNADA**

**7 MAYO
— 2026**

ASOCIACIÓN
PROYECTO HOMBRE

CAIXAFORUM
PASEO DEL PRADO, 36
MADRID



#HayProyecto

ORGANIZA:

FINANCIADO POR:

COLABORA:

A man with grey hair, wearing a dark blue t-shirt and a red headband, is seen from the back, working at a wooden workbench. On the wall behind him is a black tool rack with various tools, including wrenches labeled with sizes like 18-19, 16-17, 14-15, 12-13, and 26-24. There are also several screwdrivers and other hand tools. A blue and yellow backpack is hanging on the right side of the workbench.

Cursos de formación

Prevención laboral

Consumo de sustancias y otras conductas adictivas en el ambito laboral

- >> Gratuito
- >> 100% online
- >> Duración 10 hs

✉ aulavirtual@proyectohombre.es

☎ 913 579 277

www.proyectohombre.es

PRESIDENTE DE LA REVISTA

Manuel Muños

COMITÉ CIENTÍFICO

Luigi Cancrini, Médico psiquiatra (Roma, Italia)

Domingo Comas, Sociólogo y Presidente de Fundación Atenea (Madrid)

Javier Elzo Sociólogo, Investigador del Instituto Deusto de drogodependencias (Bilbao)

Georges Estievenart, Director de Honor del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (Lisboa, Portugal)

Jaume Funes, Psicólogo Periodista y escritor (Barcelona)

Baltasar Garzón, Magistrado, Juez (Madrid)

Alain Labrousse, Presidente del Laboratorio de Geopolítica de las Drogas (Francia)

Emiliano Martín González, Emiliano Martín González, Coordinador general de Familias, Igualdad y Bienestar Social (Ayuntamiento de Madrid)

Luis Rojas Marcos, Psiquiatra. Profesor de la Universidad de Nueva York (USA)

Santiago de Torres, Médico y ex-Director General DGPNSD (Madrid)

Nora D Volkow, Directora National Institute on Drug Abuse (NIDA), USA

EDICIÓN PROYECTO HOMBRE

Paola Lami

Florencia Ruiz

MAQUETACIÓN Y DISEÑO

Fundación Edelvives

IMÁGENES

Asociación Proyecto Hombre

Nuria López

EDITA

Asociación Proyecto Hombre

IMPRIME

Fundación Edelvives

DEPÓSITO LEGAL

M-41802-1991

IS.S.N. 1136-3177

Permitida la reproducción citando procedencia

ASOCIACION PROYECTO HOMBRE

Responsable publicaciones: Paola Lami

C/ Sánchez Díaz, 2 28027 Madrid
comunicacion@proyectohombre.es

Tel: 91 357 01 04

www.proyectohombre.es

902 88 55 55

PUEDES SOLICITAR LA SUSCRIPCIÓN ANUAL A LA REVISTA PROYECTO DESDE FUERA DE ESPAÑA A TRAVÉS DE NUESTRA WEB: www.proyectohombre.es en la sección Publicaciones / Revista
Los artículos firmados sólo reflejan el pensamiento de sus autores

Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad.



Financiado por:



Colabora:



REVISTA PROYECTO HOMBRE
CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN ESPAÑA 10 €
CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN EXTRANJERO
Europa: 30 € América: 40 €

Sumario

104

Editorial

D. Pedro Pedrero Lanero.
Presidente de la Comisión de
Tratamiento de la Asociación
Proyecto Hombre.

106

Conferencias: Marcos conceptuales en salud mental

“Implicaciones prácticas
del Modelo Biopsicosocial
para la intervención en
salud mental y adicciones”.

D. Sergio Fernández-
Artamendi. Profesor
Titular. Departamento de
Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos.
Addictions Research Group
at Universidad de Sevilla.

11

“Una mirada humanista en
salud mental y adicciones:
vínculo, sentido y dignidad
en el tratamiento con
población adulta”.

D. Luis
Fernando López-Martínez.
Profesor del Departamento
de Personalidad, Evaluación
y Psicología Clínica UCM.
Profesor CEF. -UDIMA.
Director del Área Sanitaria y
Codirector General de ISNISS.

16

“Aproximación
transdiagnóstica en salud
mental: implicaciones en la
evaluación, diagnóstico y
tratamientos psicológicos”.

D. Jorge Javier Osma López.
Universidad de Zaragoza.
Departamento de Psicología
y Sociología. Facultad
de Ciencias Sociales y
Humanas (Teruel) e Instituto
de Investigación Sanitaria
de Aragón.

122

Conferencias: Procesos de intervención y cambio en adicciones

“Evaluación
transdiagnóstica y
contextual de las conductas
adictivas y su implicación
para el tratamiento”. Dña.
Alba González de la Roz.
Profesora Permanente
Laboral en el Departamento
de Psicología y miembro del
Grupo de Investigación en
Conductas Adictivas de la
Universidad de Oviedo.

27

“Validación, aceptación,
regulación y cambio
desde la Terapia Dialéctica
Conductual (TDC) y los
modelos contextuales”.

Dña. Ana Isabel Saz Marín.
Psicóloga clínica Sanitaria.
Intervención y formación
comunitaria y clínica.
Docente en ansiedad,
trauma, personalidad
y afectividad, maltrato,
violencias y abuso sexual.

32

“El porqué de la importancia
de la flexibilidad psicológica
y los valores en la
intervención”.

D. José Molinero Roldán.
Psicólogo clínico en el
centro Plenum. Profesor de
personalidad, evaluación y
tratamiento psicológico de
la Universidad de Málaga.

Sumario

38 **Buenas prácticas en acción: Experiencias innovadoras en salud mental y adicciones**

“Servicio Transversal de Atención Terapéutica (STAT): Abordaje integral del trauma en el tratamiento de adicciones de Projecte Home Balears”.
[D. Francisco Antonete Oria](#). Psicólogo y Director de Programa STAT, Proyecto Hombre Baleares.

45 “Terapia asistida con animales en el tratamiento de las adicciones y la salud mental”. [D. Miguel Monfort Montolio](#). Educador Social, Centro de Día, Proyecto Hombre Castellón.

50 “Implementación de grupos de apoyo, basados en la Flexibilidad Psicológica, dirigidos a familiares de personas que están en tratamiento por un problema de adicción”.
[D. José Ortega Pardo](#). Terapeuta, Proyecto Hombre Granada.

54 “Más allá del tratamiento: acompañar procesos de cambio en personas con trastorno mental asociado”.
[Dña. Ana Rodrigo Andrés](#). Directora Técnica, Proyecto Hombre Salamanca



Dependía
de fármacos y el alcohol
*para enfrentarme
al día a día.*

No sabía *dónde* acudir.

#MujeresConProyecto



Proyecto Hombre

*ofrece programas para nosotras,
con la mirada y experiencia
que necesitamos.*

**PRO
YEC
TO
HOMBRE**

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
EN SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Editorial



Pedro Pedrero Lanero
Presidente de la Comisión de Tratamiento de
la Asociación Proyecto Hombre

Adicción y salud mental: más allá del diagnóstico

Hablar de salud mental nunca es un acto neutral. Tampoco lo es hablar de adicciones. Cada vez que intentamos comprender el sufrimiento humano entramos inevitablemente en un terreno donde se cruzan biografía, vínculos, condiciones sociales, cultura y desigualdad. Por eso, reducir la salud mental —y particularmente las adicciones— a un problema exclusivamente médico resulta insuficiente. No solo porque simplifica una realidad compleja, sino porque corre el riesgo de invisibilizar las condiciones que generan y sostienen ese sufrimiento.

Durante décadas, el modelo biomédico ha aportado herramientas valiosas para comprender determinados aspectos de los trastornos mentales. Sin embargo, cuando ese enfoque se convierte en el único marco interpretativo, la experiencia humana queda reducida a un diagnóstico. La persona desaparece detrás de la etiqueta clínica y el contexto se diluye en la explicación biológica.

Frente a ello, desde Proyecto Hombre defendemos una mirada biopsicosocial. Un enfoque que entiende que la salud mental y las adicciones no pueden separarse de las condiciones de vida de las personas: de sus relaciones, de su historia, de las oportunidades que han tenido o de las que les han sido negadas.

Habitar el mundo no es igual para todos. La desigualdad social, la precariedad, la violencia, el aislamiento o la falta de redes de apoyo son factores que atraviesan profundamente la salud mental. También lo hacen las desigualdades de género, que siguen marcando de manera significativa la forma en que muchas personas viven el miedo, la carga de cuidados o la exposición a la violencia cotidiana. Ignorar estas realidades supone interpretar el sufrimiento individual como un problema exclusivamente interno, cuando con frecuencia es también la expresión de un entorno que genera dolor.

Por eso, abordar la salud mental de una manera justa exige humanizar el vínculo terapéutico. Significa reconocer que quienes acuden a nuestros recursos no son únicamente portadores de un síntoma, sino personas con historias,

capacidades y saberes sobre su propia vida. Significa también abandonar la falsa neutralidad que a veces ha acompañado a la intervención profesional.

Escuchar, comprender y acompañar implica situar a la persona por delante del protocolo, priorizar el encuentro humano por encima del sobrediagnóstico y construir procesos terapéuticos basados en la confianza, la palabra y la empatía.

Los profesionales de la intervención social y sanitaria contamos con conocimientos técnicos indispensables, pero esos conocimientos no nos sitúan por encima de la experiencia de quienes sufren. Al contrario: el verdadero trabajo terapéutico comienza cuando esos saberes dialogan con la vida concreta de cada persona.

Las jornadas que presenta este número de Revista Proyecto nacen precisamente de esa convicción. La necesidad de seguir reflexionando colectivamente sobre modelos de intervención que integren lo biológico, lo psicológico y lo social; que comprendan las adicciones no como enfermedad, sino como respuesta a contextos vitales complejos.

Porque cuidar la salud mental exige mirar más allá del síntoma. Exige mirar a la persona. Y también al mundo que habita.



Marcos conceptuales en salud mental



Implicaciones prácticas del Modelo Biopsicosocial para la intervención en salud mental y adicciones

Sergio Fernández-Artamendi

Una mirada humanista en salud mental y adicciones: vínculo, sentido y dignidad en el tratamiento con población adulta

Luis Fernando López-Martínez

Aproximación transdiagnóstica en salud mental: implicaciones en la evaluación, diagnóstico y tratamientos psicológicos

Jorge Javier Osma López

Implicaciones prácticas del Modelo **Biopsicosocial** para la **intervención** en salud mental y **adicciones**

El Modelo Biopsicosocial se ha consolidado como el marco más sólido para comprender la complejidad de la salud mental, las adicciones y su frecuente coexistencia. Frente a un enfoque biomédico centrado exclusivamente en lo orgánico, este artículo propone una mirada integradora que entiende el sufrimiento como resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, se revisan sus principales implicaciones clínicas.

El Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977) es la base teórica de la que debemos partir para una adecuada concepción de las adicciones, la salud mental, y su presentación comórbida. Los motivos son su sólida base científica, su carácter interdisciplinar y las importantes implicaciones que tiene para el trabajo con usuarios/as. De hecho, es probable que buena parte de las estrategias de trabajo de los profesionales que están leyendo estas líneas provenga de dicho modelo. Para entender la importancia de las implicaciones del Modelo Biopsicosocial, resulta interesante hacerlo en contraposición con un modelo aún predominante en muchos espacios, particularmente en el de las adicciones: el Modelo Biomédico. Para un análisis en profundidad del debate conceptual en el ámbito de la comorbilidad, que excedería este espacio, se pueden consultar otras referencias (Fernández-Artamendi et al., 2024).

El Modelo Biomédico

A inicios y mediados del siglo XX parte de la psiquiatría se posiciona en considerar los problemas de salud mental como una entidad de base puramente orgánica, entendiendo que cualquier desviación de la normalidad debía ser producto de alteraciones orgánicas/fisiológicas

(esto corresponde con concepciones de "enfermedad" como la de Boyd, 2020; para los términos en inglés *disease* o *illness*). Esta tendencia surge en parte como consecuencia de una euforia de época tras diversos éxitos farmacológicos en la curación de enfermedades, algunas de ellas con importantes síntomas para la salud mental (como la sífilis) (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). Como consecuencia, los trastornos mentales (aquí consideradas enfermedades) serían alteraciones del órgano responsable de la psique: el cerebro; y, como hipotetizaba Kraepelin, sería cuestión de tiempo que dispusiéramos de remedios farmacológicos para toda enfermedad, incluidas las mentales.

La primera derivada de este marco conceptual es que la enfermedad mental es producto de una alteración neurológica y, para que desaparezca, deben hacerlos sus factores (orgánicos) causantes. Con el progreso de las décadas, se ha ido apuntando a causas de los trastornos mentales en alteraciones de neurotransmisores como la serotonina, para la depresión (Albert et al., 2012) o de la ruta mesolímbica y la dopamina para las adicciones (Volkow et al., 2019); entre otros. Según este modelo los trastornos mentales y adictivos son enfermedades orgánicas y, en el caso de la comorbi-

dad, enfermedades cerebrales independientes presentadas a la vez o una tercera enfermedad específica (la conocida etiqueta de “patología dual”). La segunda derivada, a nivel clínico, es que esto sitúa el debate en aspectos como, por ejemplo, si debemos abordar primero el trastorno mental o el trastorno adictivo. En tercer lugar, y dado que no se pueden eliminar los factores causantes de estas enfermedades cerebrales (revertir las alteraciones fisiológicas), no es posible “curarlas”. El esfuerzo terapéutico debe ir dirigido entonces a reducir o paliar sus síntomas, buscando la “remisión”. Por ello, una cuarta derivada directa de esta conceptualización es la cronicidad de la enfermedad de la Patología Dual. La idea de cronicidad es algo particularmente patente en el ámbito de las adicciones, donde el Modelo Biomédico ha predominado durante mucho tiempo. Así, una persona que ha superado sus problemas con el alcohol, pero que ya no bebe, seguirá manteniendo la etiqueta de “adicto”; lo que equivaldría a considerar “deprimido/a” o “depresivo” a una persona con un claro estado de ánimo eutímico por el mero hecho de haberlo estado en el pasado. En quinto lugar, este modelo descarta como factores causales los de índole interpersonal, social o metapsicológico (Engel, 1977): la adicción y el trastorno mental están causados por la droga y las alteraciones en el Sistema Nervioso. En el Modelo Biomédico, estos aspectos psicosociales serán relevantes sólo en la medida en que influyen o han influido en la/s alteración/es cerebral/es primaria/s (de la misma manera que el ejercicio puede reducir los síntomas de la diabetes, pero no curarla).

El Modelo Biopsicosocial

El Modelo Biomédico reduce los problemas de salud mental y adicción a su base orgánica, confundiendo ser “una de las causas” con ser “la causa”. Ante esta propuesta reduccionista organicista, Engel ofrece un marco de análisis de la salud (y, por tanto, la salud mental y las adicciones) como producto de factores biológicos, psicológicos y sociales, en interacción: El Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977). Este enfoque se basa en la evidencia científica y en concepciones interdisciplinarias de la salud, poniendo el foco en que tanto los problemas de salud mental como las adicciones, y su comorbilidad, están causados por diversos factores y en distinta medida en cada individuo, sin que exista necesariamente ninguna primacía de lo biológico u orgánico sobre lo demás. Como dice Room (2021), tan correcto sería llamar a la adicción “enfermedad social” como enfermedad

cerebral (aunque mejor hablar de trastornos, síntomas, problemas o, si acaso, diagnósticos). Esto está en línea con el grueso de la evidencia científica, en la medida en que la genética y los factores biológicos sólo logran explicar entre el 20 y el 40% de los problemas de salud mental; siendo más relevante por tanto el rol del resto de factores: los psicosociales (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). El Modelo Biopsicosocial tiene además importantes aplicaciones prácticas para el abordaje de las adicciones y, en particular de la comorbilidad; algunas de las cuales resumo a continuación:

- Los objetivos de tratamiento: Deben incluir la modificación de las condiciones de vida, las creencias, los hábitos o cualesquiera que sean los factores que mantienen la conducta problema en el *aquí y ahora*, no como meros intermediarios de una alteración cerebral sino como determinantes de la comorbilidad. Estos factores son objetivos terapéuticos en sí mismos, al ser también causa de la comorbilidad actual, y es su modificación la que permitirá la recuperación del usuario/a.
- Recuperación y no remisión (sobre la cronicidad): La gran mayoría de personas con adicciones y/o problemas de salud mental dejan de consumir, recuperan patrones de consumo no problemáticos y/o recuperan niveles previos de bienestar psicológico con el tiempo; incluso de forma espontánea (Carballo, 2023). Es decir, ni la adicción ni los problemas de salud mental, ni su comorbilidad, son crónicos *per se*. El modelo Biomédico concluye la existencia de una cronicidad, incluso cuando se recupera un funcionamiento “normal”, sin consumos y alcanzando niveles elevados de bienestar subjetivo ya que, bajo la superficie, el cerebro sigue estando enfermo de por vida; tan solo han remitido sus síntomas (de la misma manera que los síntomas de la diabetes remiten con medicación, pero la enfermedad no desaparece). El Modelo Biopsicosocial se apoya en la evidencia de que las personas recuperan niveles previos de bienestar y dejan de consumir sin recaer necesariamente en dichos patrones; esto es: no es un problema crónico y es posible la recuperación (frente a la mera remisión). Debemos olvidar por tanto la idea de que “adicto una vez, adicto para siempre”.
- Cronificación: Si bien las adicciones y los problemas de salud mental no son crónicos, sí puede darse su cronificación, en casos en los que no desaparece completamente la conducta adictiva ni los problemas de salud mental. Este perfil es más frecuente precisa-

mente en el caso de la comorbilidad, donde la gravedad clínica es mayor. La interacción mutua entre problemas de salud mental y conductas adictivas dificulta el proceso de recuperación, al presentarse por un lado elevados niveles de malestar psicológico y, por otro, unas conductas adictivas instauradas a menudo como forma desadaptativa de gestionarlo. Desde el Modelo Biopsicosocial se reconoce la mayor complejidad del contexto de la persona con comorbilidad y, por tanto, las mayores dificultades para su modificación. Será importante aquí promover intervenciones tempranas en adicciones que presten atención a los problemas de salud mental (aún sin existir diagnósticos) de los consumidores. El concepto de cronicidad solo contribuye a agravar el estigma y afecta negativamente a los resultados del tratamiento (Trujols y Allende, 2018).

- Las recaídas: En el ámbito de las adicciones, sabemos que las recaídas son parte natural de los procesos de recuperación. Sin embargo, esto no es específico de las adicciones, ya que sucede también en los demás problemas de salud mental (depresión, ansiedad, psicosis, ...). Desde el Modelo Biopsicosocial, en línea con la ciencia del comportamiento, partimos de que los procesos de aprendizaje experimentados por los usuarios/as hacen probable que se repitan patrones de conducta problemáticos, tanto de uso de sustancias como de gestión del malestar psicológico (Witkiewitz y Marlatt, 2004), promoviéndose mutuamente en el caso de la comorbilidad. Por ello, más que partir de una "predeterminación" biológica a la recaída, la recaída ha de entenderse como respuestas a vulnerabilidades y contextos específicos y la forma de interactuar con ellos. Debemos tener en cuenta que buena parte del contexto vital puede mantenerse relativamente estable y seguir suponiendo un riesgo, incluso tras el tratamiento, dado que muchos aspectos son difícilmente modificables (cultura, familia, historia de vida, personalidad, creencias, identidad, ...). La evidencia científica (y clínica) nos indica que son los factores contextuales (tanto internos como externos) los que inducen recaídas, y no una alteración cerebral. Por ello, es en estos fac-

tores donde debemos poner el énfasis terapéutico (frente al concepto de enfermo o de predeterminación). La Prevención de Recaídas debe ser central en las fases finales del tratamiento y en los seguimientos para ayudar a los/las usuarios/as a afrontarlas estas situaciones de riesgo con éxito.

- Interacción y no secuencia: Desde el Modelo Biopsicosocial, debemos atender a la interacción en el momento presente entre la conducta adictiva y los problemas de salud mental, más que discutir sobre la secuencia de tratamiento para abordar entidades separadas. Por ello, en la intervención debemos analizar cómo las conductas adictivas pueden estar actuando como estrategia desadaptativa para afrontar los problemas de salud mental, y cómo los problemas de salud mental pueden actuar como desencadenantes del consumo. Será esencial una perspectiva funcional y contextual de la interacción entre malestar psicológico y conducta adictiva.



- Un individuo y no dos patologías: El concepto de Patología Dual se ha vuelto una etiqueta muy habitual en los últimos años por la predominancia del Modelo Biomédico. Sin embargo, la casuística que representa (un usuario/a con consumos problemáticos y problemas psicológicos) no es nada nuevo ni excepcional y, de hecho, presentar conductas adictivas y problemas de salud mental o emocionales al mismo tiempo (aun sin alcanzar categoría diagnóstica) es probablemente lo más habitual. Este fenómeno no es de extrañar dado que tanto las conductas adictivas como los problemas de salud mental son altamente frecuentes. No obstante, frente a un Modelo de Biomédico de Patología Dual, que entiende que existen dos enfermedades cerebrales independientes o una tercera enfermedad específica, la comorbilidad ha de entenderse como un repertorio de conductas de un único individuo en un contexto; indivisible más allá de las posibles utilidades de los diagnósticos (sean éstos uno, dos o tres). El abordaje, por tanto, ha de ser integral, entendiendo los problemas como una interacción en red entre individuo y entorno; y no dual.
- Los factores de riesgo para las conductas adictivas y los problemas de salud mental son, a menudo, compartidos, como lo son los mecanismos de mantenimiento de dichos problemas. Está sólidamente fundamentado en la evidencia científica que la predisposición a experimentar problemas psicológicos, de diversa índole proviene de una serie de factores comunes (se puede consultar a este respecto, por ejemplo, a Caspi et al., 2014 sobre el Factor P). Por ello, tanto la evaluación (González-Roz et al., 2025) como el tratamiento (ver, por ejemplo: Narayanan y Naaz, 2018) en comorbilidad deben tener un especial énfasis en la visión transdiagnóstica, que atiende a mecanismos transversales mantenedores tanto de la conducta adictiva como de los problemas de salud mental.
- “Adicción” y “trastorno mental” son conceptos prácticos y útiles, contruidos para hacer referencia a comportamientos concretos que generan problemas a los usuarios/as. No obstante, lo que es y no una adicción, un trastorno mental o su comorbilidad está delimitado por aspectos contextuales y culturales. No existen en la literatura científica marcadores biológicos que identifiquen la existencia objetiva, clara o determinante, de una alteración en el cerebro que provoque la adicción, el trastorno mental o su aparición conjunta (probable-

mente porque las causas no están ahí).

- Dimensionalidad y gravedad: Por todo ello, debemos tener siempre en cuenta la perspectiva cultural (contextual) de las conductas adictivas, del sufrimiento psicológico y de su presentación conjunta (sin ir más lejos, sin la creación de los diagnósticos no existiría la idea de una patología “dual”), poniendo énfasis en su naturaleza dimensional y no categórica y en la funcionalidad del comportamiento humano, frente a una existencia *per se* en forma de alteraciones cerebrales.

En estas líneas he intentado revisar las claves del Modelo Biopsicosocial a la hora de abordar los problemas de adicciones y de salud mental, y de su presentación conjunta, no sólo por lo que implica sino también por lo que no implica (frente al Modelo Biomédico). De esta forma, partimos de comprender el rol determinante de los diversos factores de la vida del individuo en el origen, mantenimiento y recuperación de la comorbilidad y su potencial como fuentes de cambio. Entendemos, además, que la adicción y los problemas de salud mental reflejan comportamientos concretos, en contextos determinados y con unas funciones específicas, que pueden llegar a ser modificados con un adecuado tratamiento (aunque puedan derivar en procesos de cronificación). Las personas no “son adictas” ni “tienen una patología dual” sino que presentan o experimentan problemas de adicción y otros problemas de salud mental conjuntamente (que pueden incluir, si se quiere, dos o más diagnósticos).

Por último, esta revisión pretende ser una llamada a los profesionales de la salud y, en particular de la salud mental, a evitar discursos cerebrocentristas que despojen a los usuarios y usuarias de autonomía e identidad, dejando sus contextos vitales en un segundo plano. El Modelo biopsicosocial ofrece, en definitiva, no sólo un modelo basado en la evidencia científica sino, también, más humano para abordar el sufrimiento.

Bibliografía



Una mirada **humanista** en salud mental y adicciones: vínculo, sentido y **dignidad** en el tratamiento con población **adulta**

En el abordaje de las adicciones en población adulta, la clínica muestra una realidad compleja donde consumo y salud mental se entrelazan y no pueden entenderse por separado. Este artículo propone una mirada humanista que sitúa a la persona en el centro del proceso terapéutico, alejándose de enfoques reduccionistas o moralizantes. Se plantea una forma de intervención que no solo busca la reducción del consumo, sino la reconstrucción de la relación con uno mismo, con los demás y con la propia biografía.

Cuidar no es corregir al otro, sino ofrecer un lugar humano donde su dolor pueda entenderse sin ser reducido a culpa. (López-Martínez, 2025).

Hablar hoy de salud mental y adicciones en población adulta exige asumir una evidencia clínica cotidiana donde la demanda rara vez se reduce a un síntoma aislado o a un patrón conductual que se corrige mediante prescripción técnica. En la práctica, lo que irrumpe en los dispositivos de atención es, con frecuencia, la culminación de una trayectoria vital marcada por pérdidas, experiencias de desvalorización, rupturas vinculares y estrategias de afrontamiento que, en algún momento, cumplieron una función adaptativa, aunque con el tiempo hayan devenido en fuente de sufrimiento y deterioro. En ese escenario, la perspectiva humanista no constituye un enfoque accesorio

ni un estilo comunicativo amable; representa una posición epistemológica y ética que orienta el modo de comprender a la persona y el sentido mismo del tratamiento. Su aportación central consiste en sostener que la persona no puede ser reducida a su conducta adictiva ni a su diagnóstico, y que cualquier intervención que pretenda ser eficaz debe preservar su dignidad, promover el vínculo como herramienta de cambio y abrir un horizonte de significado que haga posible un proyecto de recuperación.

En el adulto, el consumo problemático suele emerger como una solución aprendida para regular estados internos percibidos como insostenibles tales como ansiedad persistente, vacío emocional, recuerdos intrusivos, desesperanza o sensación de falta de autonomía. Esta lógica funcional del consumo no niega la responsabilidad personal, pero desplaza el foco



desde la moralización hacia la comprensión. El consumo, en este sentido, no se entiende como un fallo de carácter, como una falta de voluntad o de deseo, sino como un intento de supervivencia psicológica. Cuando la conducta se cristaliza y se convierte en dependencia, la persona queda atrapada en una paradoja devastadora: aquello que alivia a corto plazo intensifica el sufrimiento a medio y largo plazo. En ese punto, el tratamiento no puede limitarse a la reducción del consumo; requiere, de forma ineludible, reconstruir la relación del individuo consigo mismo, con los demás y con su propia biografía, porque es precisamente en esos tres planos donde suelen localizarse las fracturas que sostienen el problema.

La alianza terapéutica adquiere aquí un valor estructural. En los contextos de adicciones, la

relación de ayuda no es únicamente un vehículo para aplicar técnicas, sino una experiencia relacional que puede funcionar como contrapeso frente a la vergüenza, el aislamiento y la desconfianza acumulada. La persona adulta con trayectoria adictiva a menudo ha atravesado escenarios reiterados de juicio, vigilancia o expulsión social; ha interiorizado narrativas de culpa que erosionan la autoestima y, con frecuencia, ha aprendido a anticipar la humillación antes incluso de pedir ayuda. En estas condiciones, el vínculo terapéutico cumple una doble función; por un lado, posibilita la adherencia y la continuidad del proceso; por otro, ofrece un marco de reconocimiento que permite diferenciar conducta e identidad. Se trata de un desplazamiento clínico donde el objetivo no es que el paciente “se convierta en alguien distinto” por



imposición externa, sino que pueda mirarse sin culpa, comprender su historia y asumir responsabilidades sin quedar condenado por ellas.

Desde una lectura humanista, la dignidad no se formula como un ideal abstracto, sino como una práctica clínica concreta. Se expresa en el modo de nombrar, en el modo de preguntar, en la escucha que no busca atrapar al otro en su contradicción, y en la capacidad profesional para sostener la ambivalencia sin precipitarse hacia la confrontación como recurso principal. La ambivalencia, de hecho, constituye un núcleo nuclear en adicciones; muchas personas desean reducir o cesar el consumo, pero al mismo tiempo temen lo que quedará cuando desaparezca la sustancia o la conducta adictiva. Ese temor no es irracional; con frecuencia es un indicador de que el consumo estaba sostenien-

do funciones psíquicas esenciales: amortiguar la soledad, acallar la ansiedad, hacer tolerable un duelo, o mitigar un sentimiento persistente de no pertenecer. Si el tratamiento niega esa realidad y se limita a exhortar al cambio, el paciente puede asentir externamente y abandonar internamente. En cambio, cuando la intervención reconoce la complejidad de la ambivalencia y la trabaja desde la colaboración, se crea un espacio donde el cambio puede emerger como decisión propia y no como obediencia.

En este punto, la perspectiva humanista converge con enfoques contemporáneos centrados en la motivación y la autonomía. El cambio sostenido se vuelve improbable si el paciente no puede experimentar agencia; y la agencia no se decreta, se cultiva. Esto implica que el tratamiento ha de favorecer la toma de decisiones realista, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la percepción de competencia, pero siempre dentro de un marco relacional que no infantilice ni humille. La persona adulta necesita sentirse tratada como adulta, incluso cuando su funcionamiento esté comprometido. Esta afirmación puede parecer obvia, pero en la clínica de las adicciones se puede vulnerar con frecuencia, a veces de forma sutil, sin pretenderlo. Y ocurre a través de discursos paternalistas, de direccionalidad implícita que se vive como amenaza, o de dinámicas donde el paciente solo "vale" cuando cumple. El enfoque humanista advierte que esa lógica reproduce la misma estructura psicológica que a menudo sostiene el consumo: la dependencia de aprobación externa y la fragilidad del autoconcepto.

Ahora bien, el vínculo, por sí solo, no basta. Una relación respetuosa puede aliviar momentáneamente, pero la recuperación requiere dirección sin paternalismo institucional o profesional. Y ahí emerge el segundo eje, el sentido. En muchos adultos con adicciones, el problema de fondo no es únicamente el consumo, sino un empobrecimiento progresivo del significado vital. La vida queda reducida a la urgencia, al día a día, a la gestión del malestar. En ese contexto, hablar de sentido no implica introducir una filosofía impuesta, sino abrir un espacio para explorar valores, pertenencias y propósitos, por modestos que sean. El sentido, entendido como orientación, funciona como brújula ya que permite que la reducción del consumo no sea un vacío, sino una transición hacia "algo", suyo, propio, personal, intransferible. Esta dimensión es la base para prevenir un fenómeno común en los procesos de deshabitación, el vacío post-consumo. Cuando se elimina la conducta adictiva sin construir

alternativas, la persona queda expuesta a un malestar desnudo, y la recaída aparece como la salida más rápida y conocida. De ahí que la intervención humanista insista en que la recuperación debe ser también una reconstrucción de rutinas, de relaciones, de identidades y de proyectos. Como el de Proyecto Hombre, lleno de vínculo y de sentido, de dignidad.

La dignidad, el vínculo y el sentido se articulan, además, con una dimensión social que a menudo se subestima. La recuperación no es exclusivamente un evento intrapsíquico; es también una transición relacional y comunitaria. El adulto que abandona el consumo necesita redes que sostengan su decisión, pero también necesita un lugar simbólico donde no sea definido por su pasado. La estigmatización opera como una recaída social: devuelve al sujeto a la identidad de "adicto", "fracaso" o "problema", y socava la confianza necesaria para pedir ayuda. Por ello, una intervención coherente desde la perspectiva humanista incorpora tareas de alfabetización comunitaria, en la que favorecer lenguajes no moralizantes, promover entornos de apoyo, facilitar el acceso a recursos sin humillación y reconstruir la pertenencia. En términos clínicos, esto supone reconocer que la dignidad no es solo individual, sino que se sostiene en prácticas sociales, en instituciones y en narrativas culturales.

En el trabajo con adultos, este enfoque requiere una posición profesional exigente. No se trata de idealizar ni de justificar. La mirada humanista no elude el daño que el consumo puede generar, ni minimiza las consecuencias interpersonales, familiares y laborales. Lo que propone es un modo distinto de responsabilizar, una responsabilidad que no aplasta, sino que habilita, que dignifica y construye. La persona puede ser confrontada con las consecuencias de sus actos sin ser reducida a ellas, donde puede asumir límites sin ser tratada como alguien indigna, que puede reconocer una recaída sin ser expulsada del vínculo. Esta forma de intervención implica comprender la recaída como un evento clínico que informa sobre necesidades no cubiertas, recursos insuficientes o contextos de riesgo, más que como prueba definitiva de falta de voluntad. Y, al mismo tiempo, exige sostener criterios claros de seguridad, cuidado y contención, evitando que la compasión se confunda con permisividad o desresponsabilización.

Desde esta perspectiva, el objetivo último del tratamiento no se limita a "dejar de consumir", sino a recuperar la capacidad de habitar la propia vida con mayor libertad. Esto incluye dimensiones concretas: aprender a tolerar emociones sin recurrir a soluciones autodestructivas, re-

construir la autoestima sin depender exclusivamente de la aprobación externa, y restablecer vínculos significativos donde la persona pueda sentirse visto, escuchado y reconocido. Implica también la construcción de un relato biográfico menos fragmentado, donde el pasado no sea una condena, sino una fuente de aprendizaje y, en ocasiones, un punto de partida para una identidad más integrada. En el adulto, esta tarea narrativa es particularmente relevante, porque las adicciones suelen estar ligadas a historias de larga duración, con episodios de fracaso acumulado y una sensación de "haber desperdiciado la vida". Precisamente ahí, la intervención centrada en sentido opera como una forma de restitución donde no borra el pasado, pero permite resignificarlo y situarlo dentro de una trayectoria que todavía puede transformarse.

En síntesis, la mirada humanista en salud mental y adicciones no es una retórica sentimental, sino una arquitectura clínica que sostiene el cambio en tres pilares interdependientes. El vínculo constituye el suelo de seguridad relacional que permite hablar, reconocer y sostener el proceso sin huir. El sentido ofrece dirección y previene el vacío que suele seguir a la retirada de la conducta adictiva. Y la dignidad preserva la condición humana de la persona, evitando que el tratamiento reproduzca la lógica del estigma y la desvalorización que, con frecuencia, está en el origen o en la perpetuación del problema. Cuando estos tres elementos se integran de forma coherente, el tratamiento deja de ser una estrategia de control del síntoma y se convierte en un proceso de recuperación auténtica, donde la persona no solo abandona una conducta, sino que reconstruye la posibilidad de una vida más habitable, más vinculada y propia.

Respetar esta orientación no garantiza resultados inmediatos, pero sí define un horizonte de rigor y humanidad. Y ese horizonte es, en última instancia, una forma de responsabilidad profesional; la responsabilidad de no reducir al otro a lo peor que le ha pasado, ni a lo peor que ha hecho, sino de acompañarlo a recuperar aquello que la adicción suele arrebatar con más violencia: la esperanza íntima de que todavía merece vivir con dignidad, sentido y autonomía... en su comunidad.

Bibliografía





Aproximación **transdiagnóstica** en salud mental: implicaciones en la **evaluación**, diagnóstico y **tratamientos** psicológicos

Las investigaciones psicopatológicas siguen confirmando la existencia de mecanismos asociados con la etiología y/o mantenimiento de distintos trastornos o grupos de trastornos, lo que justifica una mirada dimensional y transdiagnóstica de los trastornos mentales. Estos avances han permitido desarrollar clasificaciones diagnósticas alternativas, nuevos instrumentos de evaluación y propuestas de tratamiento innovadoras y coste-efectivas. En este artículo describiremos estos avances y las ventajas que suponen para la psicología clínica actual.

La conceptualización de los trastornos mentales como entidades discretas y diferenciadas entre sí, conocida como enfoque categorial (Brown & Barlow, 2009) (pregunta: ¿lo tengo o no lo tengo?), ha permitido disponer de manuales diagnósticos (p.ej., DSM-5-TR; [American Psychiatric Association, 2022] o CIE-11 [World Health Organization, 2018]), entrevistas diagnósticas (p.ej., ADIS-5; Brown & Barlow, 2014), instrumentos de evaluación específicos (p.ej., Y-BOCS; Goodman et al., 1989) para el trastorno obsesivo-compulsivo) y, además, el desarrollo de tratamientos psicológicos basados en la evidencia para cada una de las etiquetas diagnósticas identificadas que, por cierto, cada vez son más. Es evidente que cómo conceptualizamos los trastornos mentales influye directamente en su evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico. A pesar de los avances conseguidos gracias a este sistema de clasificación, esta manera categorial de entender los trastornos mentales no refleja la realidad que observamos en las consultas

donde, una gran parte de las personas que atendemos presentan distintos trastornos a la vez, es en estos casos, cuando existe comorbilidad diagnóstica, donde todas las herramientas que hemos creado, entrevistas, manuales, cuestionarios y tratamientos, no nos sirven completamente.

Afortunadamente, en los últimos años, son muchos los avances que se han logrado respecto a la conceptualización de los trastornos mentales, los cuales han hecho posible superar las limitaciones del enfoque categorial y proponer enfoques alternativos con una visión más dimensional (pregunta: ¿cuánto tengo?) o híbrida, entre los que destacan el enfoque transdiagnóstico (Brown & Barlow, 2009).

El enfoque transdiagnóstico plantea un cambio de visión de los trastornos mentales, tratando de identificar los mecanismos que comparten, en lugar de los que los diferencian (Brown & Barlow, 2009), de esta manera es posible entender la comorbilidad (Harvey et al., 2004). Desde este enfoque, los mecanismos transdiagnósti-



cos son aquellos que se relacionan con la etiología y/o mantenimiento de distintos trastornos o grupos de trastornos. Pongamos algunos ejemplos, en relación con **distintos trastornos** dentro de una misma categoría diagnóstica, un claro ejemplo es el de los trastornos de la conducta alimentaria. A la comunidad científica y clínica les llamaba la atención el fenómeno de migración diagnóstica en este grupo de trastornos, algunas personas que tenían diagnóstico de anorexia nerviosa evolucionaban posteriormente a un diagnóstico de bulimia nerviosa, volviendo tiempo después a la anorexia nerviosa (Agras et al., 2000). Y la cuestión que surge aquí es, aunque los síntomas de estos trastornos puedan diferir, ¿hay mecanismos compartidos relacionados con la etiología y mantenimiento de todos ellos? El investigador Christopher G. Fairburn y su equipo identificaron 4 mecanismos comunes en los trastornos de la conducta alimentaria: (1) la intolerancia a las emociones (elevado neuroticismo); (2) la baja autoestima; (3) el perfeccionismo; y (4) las dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003). La importancia de identificar estos mecanismos radica en la posibilidad de diseñar tratamientos que incluyan técnicas psicológicas dirigidas a modificar estos mecanismos y no a los síntomas específicos de cada trastorno. Otro ejemplo lo tenemos en la propuesta dimensional de los trastornos de la personalidad. En los anexos del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) se describe el modelo alternativo híbrido categorial-dimensional de este grupo de trastornos, híbrido porque mantiene la categoría diagnóstica de trastornos de

la personalidad, pero dimensional porque la clasificación incluye dos dimensiones principales y varias subdimensiones o mecanismos transdiagnósticos que las componen: [1] *Deterioro del funcionamiento personal* (identidad, autodirección, empatía e intimidad) y [2] *Rasgos de personalidad patológicos* (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). El perfil dimensional que puede obtenerse tras la evaluación de estos mecanismos puede aportar información clínica relevante para diseñar el tratamiento psicológico con independencia de las etiquetas diagnósticas o síntomas específicos de cada trastorno de personalidad.

Ahora, con relación a **grupos de trastornos** de diferentes categorías diagnósticas, tenemos un claro ejemplo con los denominados trastornos emocionales (en adelante TE; Bullis et al., 2019). El grupo de TE incluye los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros relacionados como los trastornos de estrés y trauma, obsesivo-compulsivos, alimentarios, somatomorfos o disociativos (Bullis et al., 2019). Brown y Barlow (2009) plantean un modelo híbrido dimensional-categorial formado por un nivel de orden superior en el que se encuentran las variables de vulnerabilidad temperamentales, neuroticismo y extraversión, y un nivel de orden inferior en el que se encuentran las dimensiones características de los TE: [1] Estado de ánimo (depresión y manía); [2] Foco de ansiedad (somática, activación fisiológica, social, relacionada con el trauma y relacionada con pensamientos intrusivos); y [3] Evitación. Por otra parte, la literatura científica ha puesto de manifiesto la existencia

de un conjunto de mecanismos transdiagnósticos que se relacionan con la etiología y mantenimiento de los TEs, entre los que destacan: neuroticismo, extraversión, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad a la ansiedad, preocupación, rumiación, evitación y falta de atención plena (Rosellini & Brown, 2014). La identificación de estos mecanismos es determinante para desarrollar tratamientos psicológicos que se focalicen en tratar estos mecanismos, la hipótesis tras este enfoque es que los tratamientos centrados en mecanismos podrían ser más eficaces que aquellos centrados únicamente en síntomas (Sauer-Zavala et al., 2017).

El enfoque transdiagnóstico en la clasificación y diagnóstico de los TEs es muy relevante dado que este grupo de trastornos es el más prevalente en la sociedad (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023).

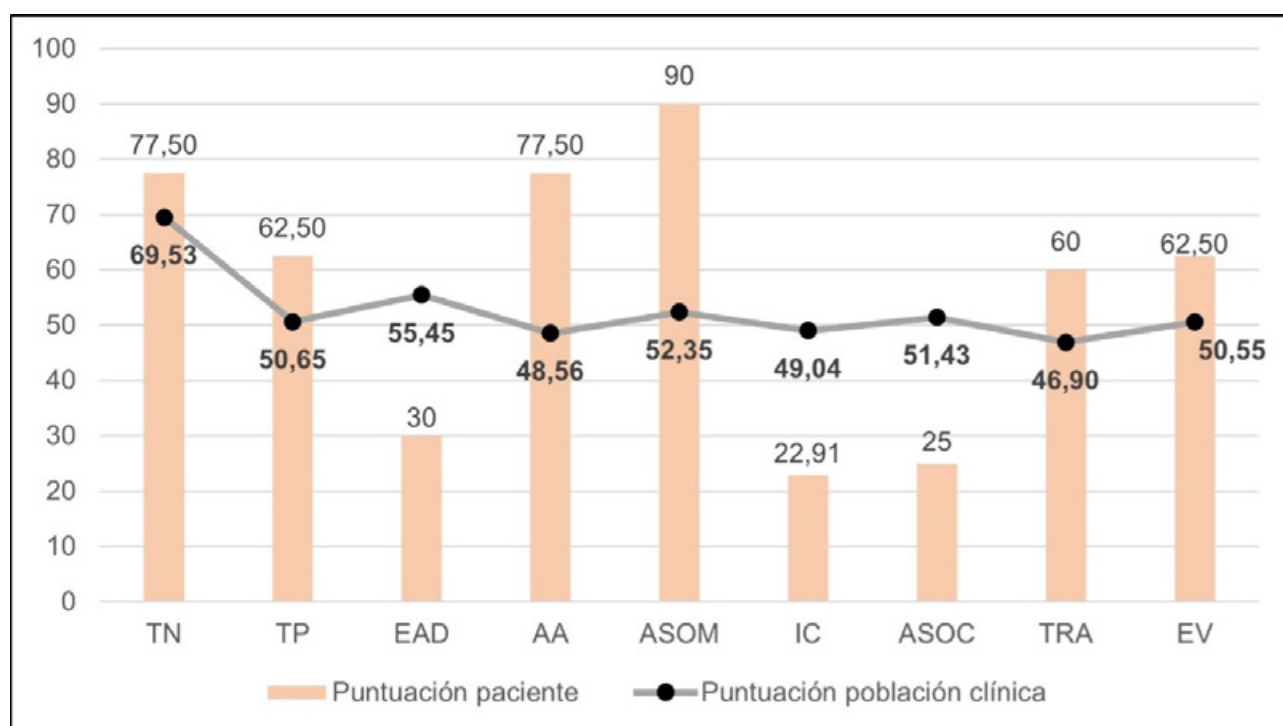
Evaluación dimensional de los trastornos mentales

Todo el conocimiento acumulado sobre la fenomenología transdiagnóstica y clasificación dimensional ha despertado interés en el diseño y validación de nuevos instrumentos de evaluación que permitan evaluar las dimensiones de las nuevas clasificaciones o bien los mecanismos transdiagnósticos. Como ejemplo práctico, destacamos el Inventario Mul-

tidimensional de los TEs (MEDI, por sus siglas en inglés; Rosellini & Brown, 2019)), que evalúa nueve dimensiones transdiagnósticas del modelo híbrido dimensional-categorial de Brown y Barlow (2009) (a excepción de la manía), a través de 49 ítems (incluyendo 4 de los mecanismos transdiagnósticos compartidos por los TEs: neuroticismo, extraversión, sensibilidad a la ansiedad y evitación) (Brown & Barlow, 2009) y permite obtener un perfil de las dimensiones fundamentales de los TEs, sin la necesidad de administrar cuestionarios específicos para cada una de ellas (Quilez-Orden et al., 2023) (ver Figura 1). Nuestro equipo de investigación ha traducido al castellano y validado el MEDI en personas sin diagnóstico clínico (Osma et al., 2021) y en personas con diagnóstico principal de TEs (Osma et al., 2023) atendidos en los servicios de salud mental especializada de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Más esfuerzos serán necesarios en el futuro para diseñar nuevos instrumentos que evalúen las dimensiones y/o mecanismos transdiagnósticos identificados en distintos trastornos mentales o grupos de trastornos.

Hasta el momento hemos mencionado el impacto en la evaluación y diagnóstico de los nuevos modelos dimensionales y transdiagnósticos en salud mental, pero ¿han tenido impacto estos modelos en los tratamientos psicológicos?

Figura 1. Ejemplo de perfil del MEDI obtenido para una paciente.



Nota: TN: Temperamento Neurótico; TP: Temperamento Positivo; EAD: Estado de Ánimo Deprimido; AA: Activación Autónoma; ASOM: Ansiedad Somática; IC: Intrusiones Cognitivas; ASOC: Ansiedad Social; TRA: Reexperimentación Traumática; EV: Evitación. Las puntuaciones directas se han ponderado a una escala de 0-100.

Tratamientos psicológicos transdiagnósticos basados en el abordaje de mecanismos transdiagnósticos

El enfoque transdiagnóstico ha derivado también en el diseño de distintas intervenciones psicológicas. Una de ellas, quizá la primera, fue la desarrollada por el Dr. Fairburn y colaboradores denominada “La terapia cognitivo-conductual mejorada para los trastornos de la conducta alimentaria” (Fairburn, 2008). Esta intervención cognitivo-conductual está estructurada y manualizada para ser aplicada en 4 fases. *La primera* se dedica a la construcción de un marco de confianza para la terapia y las directrices para el tratamiento y se incluyen técnicas como la motivación para el cambio, la formulación del caso, la psicoeducación, pesarse en sesión y regular la ingesta (8 sesiones en 4 semanas). *La segunda*, considerada una fase de transición se trabaja la revisión del progreso, identificar barreras para el cambio, revisar la formulación del caso y se planifica la fase 3 (2 sesiones en 2 semanas). *La tercera*, es donde se trabaja el contenido principal del tratamiento, es decir, el abordaje de los mecanismos que mantienen el trastorno como la idea sobrevalorada de la figura y el peso o la restricción alimentaria, entre otros, además,

se incluye el trabajo en intolerancia emocional relacionada con las conductas mantenedoras de la patología alimentaria (8 sesiones en 8 semanas). Por último, *la fase cuarta*, se centra en asegurar que los cambios obtenidos se mantengan a largo plazo y en minimizar el riesgo de recaídas (3 sesiones en 6 semanas). Además, el/la terapeuta en función de la formulación del caso puede añadir a estas fases módulos adicionales centrados en: perfeccionismo, autoestima y problemas interpersonales.

A continuación, mencionaremos una de las intervenciones transdiagnósticas que más atención ha despertado entre clínicos/as e investigadores/as desde que se publicaron sus manuales en 2011 (primera edición), nos referimos a la diseñada por el equipo del Dr. David H. Barlow en la Universidad de Boston, conocida como “Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales” (en adelante PU; Barlow et al., 2011). Esta intervención cognitivo-conductual está fundamentada en los conocimientos teóricos descritos anteriormente y se ha diseñado para poder abordar los mecanismos transdiagnósticos asociados a la etiología y mantenimiento de los TEs (Bullis et al., 2019) a través del entrenamiento en 5 habilidades de regulación emocional (Barlow et al., 2011) (ver Tabla 1).

■ **Tabla 1:** Listado de constructos transdiagnósticos y técnicas de regulación emocional asociadas a los mismos incluidas en el PU (adaptado de Kennedy y Barlow, 2017).

Constructos transdiagnósticos	Habilidades de regulación emocional incluidas en el PU (módulos de la 2ª Edición; Barlow et al., 2018)
Falta de atención plena (mindfulness)	Técnicas de atención plena sin juzgar (módulo 3)
Interpretaciones y atribuciones negativas: rumiación, preocupación, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo	Técnicas de flexibilidad cognitiva (módulo 4)
Evitación	Identificar conductas emocionales y elegir conductas opuestas o alternativas (módulo 5) y técnicas de exposición emocional (módulo 7)
Sensibilidad a la ansiedad	Técnicas de exposición interoceptiva (módulo 6)

Esta intervención, además de las habilidades que se describen en la Tabla 1 incluye el módulo 1 de establecimiento de objetivos y motivación para el cambio, el módulo 2 sobre psicoeducación emocional y análisis funcional de las experiencias emocionales y el módulo 8 de prevención de recaídas (Barlow et al., 2018), por tanto, el PU está formado por 8 módulos de intervención. En su formato individual de intervención, en general, puede aplicarse en un rango de entre 12 y 16 sesiones de 60 minutos cada una. En su formato grupal, nuestro grupo ha desarrollado una adaptación de 12 sesiones de 2 horas de duración para entre 6-8 parti-

cipantes y con la participación de terapeuta y coterapeuta (Osma et al., 2018).

A través del entrenamiento en estas habilidades de regulación emocional, se espera que la persona pueda tolerar las emociones intensas que le generan malestar sin perder de vista sus objetivos y valores personales. Hasta el momento, distintas revisiones sistemáticas y estudios de metaanálisis han demostrado que el PU es un tratamiento altamente eficaz para el tratamiento de los TE, también cuando se aplica en formato grupal (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019; Schaeuffele et al., 2024). Nuestro grupo, desde

que publicó en 2015 el primer estudio piloto en España sobre la utilidad clínica y aceptabilidad del PU en grupo en nuestro SNS (Osma et al., 2015), ha mantenido de manera continuada la línea de investigación sobre la coste-eficacia e implementación del PU en contextos públicos o del tercer sector (p.ej., unidades de conductas adictivas, atención primaria, unidades hospitalarias especializadas, unidades de salud mental especializadas, servicios sociales, cárceles, asociaciones de pacientes, entre otras). Destacamos un estudio desarrollado en unidades de salud mental españolas donde se demostró que la aplicación grupal e intensiva (12 sesiones en 3 meses) del PU es más coste-efectiva que el tratamiento habitual (sesiones individuales cada 2 meses) (Peris-Baquero et al., 2022).

Ventajas de la aproximación transdiagnóstica en el abordaje de los trastornos mentales

Son múltiples las ventajas que la aproximación transdiagnóstica ofrece, especialmente cuando las evaluaciones e intervenciones psicológicas se van a implementar en servicios públicos o asociaciones con pocos recursos. Destacamos algunas de ellas, respecto a la evaluación, utilizar instrumentos dimensionales o transdiagnósticos supone un importante *ahorro de tiempo* dado que podemos evaluar las dimensiones y mecanismos que subyacen a los trastornos mentales con un reducido número de ítems, en lugar de evaluar el conjunto de síntomas específicos. Esta ventaja se hace más evidente cuando la persona evaluada presenta comorbilidad pudiendo focalizar la evaluación en las dimensiones y mecanismos compartidos en lugar de en cada grupo específico de síntomas. Si atendemos a personas que presentan distintos trastornos mentales donde no siempre es sencillo esta-

blecer el diagnóstico principal o de mayor malestar e interferencia, ¿qué criterios utilizamos para decidir la intervención psicológica más adecuada? Nuevamente, las intervenciones transdiagnósticas ofrecen la ventaja de poder *tratar a personas con comorbilidad con la misma intervención* sin tener que aplicar tratamientos específicos para cada etique-

ta diagnóstica de manera secuencial. También permiten tratar a personas con *síntomas subclínicos o no especificados*. Además, si utilizamos formatos de intervención coste-efectivos como la terapia grupal, sea presencial u online, podemos *organizar grupos terapéuticos con mayor rapidez* dado que no hay que esperar a tener a 8 personas con el mismo diagnóstico. Con este formato, podemos *atender a 6-8 personas a la vez* beneficiándose todas con independencia del trastorno o trastornos que presenten. En relación con esta ventaja y con el hecho de que estas intervenciones, en su mayoría, estén estructuradas y manualizadas, permite que sea mucho *más sencillo y económico formar y supervisar a terapeutas* en una intervención transdiagnóstica que en los distintos tratamientos específicos para cada etiqueta diagnóstica. En consecuencia, *facilita también evaluar la fidelidad* con la que los terapeutas aplican la intervención, asegurando así la adecuada implementación de las intervenciones. Por último, las intervenciones transdiagnósticas basadas en el entrenamiento de habilidades de regulación emocional son muy versátiles y permiten adaptar los contenidos según [a] los fines que se desean alcanzar, por ejemplo prevención universal o indicada o tratamiento (Ferrerres-Galán et al., 2022; Martínez-Borba et al., 2022; Socías-Soler et al., 2024), [b] las distintas patologías, por ejemplo, a personas con TE y trastornos del espectro psicótico (Grasa et al., 2023; Peláez et al., 2024) o con adicciones (Navarro-Haro et al., 2025), [c] a diferentes contextos donde se aplicará las intervenciones, por ejemplo, servicios sociales, asociaciones de pacientes o unidades públicas de salud mental especializadas (Osma et al., 2023; Peris-Baquero & Osma, 2023) y, [d] en función del contexto se pueden adaptar en longitud e intensidad, por ejemplo, formatos breves de 5 u 8 sesiones grupales con sesiones semanales para atención primaria (Peris-Baquero et al., 2025).

Todas estas ventajas contribuyen a que las intervenciones psicológicas transdiagnósticas basadas en la evidencia puedan diseminarse a mayor escala pudiendo alcanzar a un mayor número de personas que lo necesitan.

Bibliografía



**AUNQUE NO LAS VEAMOS,
LAS ADICCIONES
SON UN PELIGRO REAL**



El riesgo es que nos acostumbramos a ellas,
que normalizamos el consumo, que dejamos
de prestar atención al peligro que suponen.

**UN PELIGRO REAL,
AUNQUE INVISIBLE.**



#CombateLoInvisible

www.proyctohombre.es/CombateLoInvisible

Más de 30 años tratando adicciones.

Financiado por



SÍGUENOS EN



**PRO
YEC
TO
HOMBRE**

Procesos de intervención y cambio en adicciones



— Evaluación transdiagnóstica y contextual de las conductas adictivas y su implicación para el tratamiento

Alba González de la Roz

— Validación, aceptación, regulación y cambio desde la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y los modelos contextuales

Ana Isabel Saz Marín

— El porqué de la importancia de la flexibilidad psicológica y los valores en la intervención

José Molinero Roldán

Evaluación transdiagnóstica y contextual de las conductas adictivas y su implicación para el tratamiento

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, la denominada “co-ocurrencia”, entendida como la presencia simultánea de dos o más trastornos del comportamiento en una misma persona, plantea desafíos relevantes para la evaluación y el tratamiento de las conductas adictivas. En este contexto, los modelos de evaluación tradicionales, centrados en categorías diagnósticas aisladas, resultan con frecuencia insuficientes para comprender la complejidad de estos perfiles clínicos. Ante este escenario, el enfoque transdiagnóstico emerge como una alternativa especialmente prometedora, al ofrecer ventajas sustanciales en los procesos de evaluación e intervención, con el potencial de incrementar la efectividad de las intervenciones psicológicas implementadas en los centros asistenciales de la Asociación Proyecto Hombre (APH).

Platón. Diálogos III. Fedón, Banquete, Fedro.
“Hay que poder dividir las ideas siguiendo sus naturales articulaciones, y no ponerse a quebrantar ninguno de sus miembros, a manera de un mal carnicero”

Más allá del diagnóstico nosológico: el modelo transdiagnóstico y su creciente interés en la investigación y práctica asistencial
Los sistemas de clasificación diagnóstica

predominantes, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM; American Psychiatric Association [APA], 2003) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE: World Health Organization [WHO], 2019), proporcionan un marco estandarizado para el diagnóstico clínico y la comunicación entre profesionales. No obstante, existe un consenso creciente en la literatura científica, y entre los profesionales sanitarios, en torno a las limita-

ciones de estos modelos categoriales, especialmente en lo que respecta a su incapacidad para reflejar adecuadamente la naturaleza dimensional, heterogénea y solapada de los trastornos mentales (Widiger y Clark, 2000).

En la práctica clínica, es frecuente encontrar personas que no cumplen estrictamente los criterios diagnósticos para un trastorno mental, pero que, aun así, experimentan dificultades relevantes y un deterioro significativo en su funcionamiento personal, social u ocupacional. Conductas como el consumo excesivo de pornografía, el uso esporádico de cannabis o el abuso de las redes sociales ilustran este tipo de perfiles subclínicos. Esta realidad plantea interrogantes fundamentales acerca de la atención asistencial disponible para estas personas y del encaje de sus demandas dentro de los recursos asistenciales en salud mental. A ello se suma que la efectividad de los tratamientos en Psicología Clínica parece haber alcanzado el denominado “efecto techo o techo de cristal”, de modo que, pese a décadas de investigación y desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia, los tamaños del efecto (que representan un indicador de la efectividad) se mantienen en niveles moderados y no muestran mejoras sustanciales a lo largo del tiempo (Leichsenring et al., 2022).

En este contexto surge el enfoque transdiagnóstico, entendido como una aproximación teórica y clínica que propone explicar los trastornos mentales a partir de un conjunto limitado de procesos cognitivos, emocionales y conductuales comunes, con un papel etiológico y/o mantenedor compartido entre distintos trastornos clínicos y problemas del comportamiento (Sandín et al., 2012).

Aunque el auge del enfoque transdiagnóstico es relativamente reciente, sus fundamentos pueden rastrearse en las aportaciones de autores clave de la primera y segunda generación de la psicoterapia, como Ellis y Grieger (1990), Beck (1976) o Clark y Watson (1991), quienes ya señalaban la existencia de mecanismos psicológicos comunes a distintos trastornos emocionales (véase como ejemplo la tríada cognitiva de A. Beck, las creencias irracionales de A. Ellis o el modelo tripartito de ansiedad y depresión de Clark y Watson).

En rigor, podría decirse que las primeras conceptualizaciones transdiagnósticas suelen situarse en los trabajos de Fairburn y cols. en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn et al., 2003). Estos autores propusieron un modelo basado en procesos psicológicos comunes que explican la diversi-

dad de manifestaciones clínicas observadas en este tipo de trastornos y también en las manifestaciones subclínicas (p.ej., conductas compensatorias para regular el peso). Este enfoque supuso un cambio paradigmático al desplazar el foco desde el diagnóstico hacia los procesos psicológicos implicados en la etiología y mantenimiento de muchos problemas. El tratamiento transdiagnóstico fue también desarrollado por el propio Fairburn, planteando un conjunto de estrategias psicológicas dirigidas al abordaje de la intolerancia a estados de ánimo aflictivos, la autoestima baja y el perfeccionismo clínico (Fairburn et al., 2003).

Posteriormente, el enfoque transdiagnóstico se ha extendido a otros ámbitos de la psicopatología, dando lugar a modelos basados en procesos y a programas de intervención que priorizan mecanismos compartidos frente a protocolos específicos por diagnóstico (Barlow et al., 2017; Peris-Baquero y Osma, 2023).

El enfoque transdiagnóstico en la evaluación y el tratamiento de las conductas adictivas: ¿qué hay de nuevo?

En el ámbito de las conductas adictivas, la evidencia empírica acumulada sugiere que distintos trastornos adictivos comparten un conjunto de factores etiológicos, incluyendo procesos psicológicos y contextuales, que contribuyen tanto a su inicio como a su mantenimiento (González-Roz et al., 2025). Esta superposición incluye variables como la impulsividad, la desregulación emocional, la evitación experiencial, la inflexibilidad psicológica, o los déficits en el control inhibitorio (González-Roz et al., 2024; Marín-Romero y García-Lecumberri, 2023; Schütz et al., 2025). Estos hallazgos cuestionan la conceptualización tradicional de las adicciones como entidades nosológicas independientes y apoyan la necesidad de marcos explicativos más integradores.

Las primeras formulaciones transdiagnósticas en el ámbito específico de las conductas adictivas pueden identificarse en los modelos de la adicción basados en componentes, los cuales conceptualizan las adicciones como el resultado de la interacción de procesos psicológicos comunes, con independencia de la sustancia o conducta específica implicada (Kim y Hodgins, 2018). Desde esta perspectiva, el énfasis se desplaza desde el diagnóstico categorial hacia la identificación de mecanismos compartidos que pueden ser objeto de intervención clínica (Secades-Villa, 2025; Secades-Villa et al., 2025).

En la evaluación, esta perspectiva introduce



un cambio sustancial al incorporar, además del diagnóstico categorial, la evaluación de procesos comunes a distintas conductas adictivas y trastornos del comportamiento, tales como la sensibilidad a la ansiedad, la sensibilidad al refuerzo o la intolerancia a la incertidumbre. Esto permite una formulación clínica más funcional y personalizada, basada en la evaluación de dimensiones psicológicas relevantes para el mantenimiento del comportamiento adictivo, con independencia de su topografía. No obstante, existe el riesgo de considerar un conjunto de variables sin un modelo teórico que las sustente. En este sentido, las variables transdiagnósticas objeto de evaluación deberían mantener una relación etiológica con las conductas adictivas, más allá de asociaciones meramente descriptivas o correlacionales, y ser coherentes con el modelo teórico y el marco de intervención propuestos. Una propuesta de evaluación de estas características puede consultarse en el monográfico *Psicología y Conductas Adictivas*, publicado en la *Revista Papeles del Psicólogo* (González-Roz et al., 2025).

En el ámbito del tratamiento, la principal novedad radica en la posibilidad de diseñar intervenciones dirigidas a componentes comunes del comportamiento adictivo y de otros trastornos del comportamiento que suelen acompa-

ñarlos. Los modelos basados en componentes, como el propuesto por Kim y Hodgins (2018), vinculan de manera explícita determinadas variables transdiagnósticas con estrategias de intervención concretas (p. ej., entrenamiento en autocontrol, mindfulness o atención consciente, control de estímulos, refuerzo comunitario o reestructuración de expectativas).

Asimismo, el enfoque transdiagnóstico aporta una mayor coherencia teórica, lo que facilita el desarrollo de intervenciones integradas capaces de abordar simultáneamente múltiples problemas, reduciendo la sobrecarga de los profesionales sanitarios y mejorando la eficiencia en la práctica asistencial. Esto favorece la implementación de tratamientos más ajustados a las necesidades de las personas, en contraste con la aplicación de protocolos específicos que, con frecuencia, se realizan en paralelo en distintos recursos asistenciales y son implementados por diferentes profesionales.

Conclusiones: hacia modelos integradores en la evaluación y el tratamiento de las conductas adictivas

Cuando un terapeuta se dispone a abordar la compleja interrelación entre las conductas adictivas y otros problemas o condiciones coocurrentes, dispone, al menos, de tres



opciones: 1) aplicar el tratamiento correspondiente al diagnóstico principal, con la expectativa de que su efectividad impacte también en el otro trastorno; 2) aplicar distintos programas para los diferentes trastornos de forma secuencial; o 3) aplicar distintos programas de forma simultánea, habitualmente a través de diferentes recursos asistenciales y profesionales. En este contexto, la intervención transdiagnóstica constituiría una cuarta opción, con numerosas ventajas tanto para los profesionales sanitarios como para los beneficiarios directos, es decir, las personas usuarias de los centros de tratamiento.

En conjunto, lo novedoso del enfoque transdiagnóstico no reside únicamente en la identificación de factores comunes, sino en su traducción a modelos de evaluación y tratamiento centrados en procesos, respaldados por evidencias empíricas de validez y fiabilidad. Solo de este modo es posible derivar implicaciones directas para la personalización de la intervención clínica y para el desarrollo de estrategias terapéuticas más parsimoniosas y coste-efectivas.

No obstante, lo anterior, hasta el momento, el desarrollo de modelos teóricos transdiagnósticos de las conductas adictivas con evidencia empírica es todavía muy limitado, especialmente en España. Esta situación contrasta con los avances observados en el ámbito general de la Psicología Clínica. De hecho, uno de los principales problemas radica en el elevado número de variables transdiagnósticas propuestas, que en la actualidad podrían superar el centenar (González-Roz et al., 2025).

Desde hace cinco años, el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo (GCA) ha trabajado en estrecha colaboración con la Asociación Proyecto Hombre con el objetivo de abordar algunos de los retos que plantea la aplicación del enfoque transdiagnóstico en la evaluación y el tratamiento de las conductas adictivas.

Como resultado de esta colaboración, se han desarrollado diversos proyectos de investigación financiados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). En concreto, se ha elaborado un protocolo de evaluación multidimensional de las adicciones, a partir del cual se han evaluado sus

evidencias de validez y fiabilidad. Estas evidencias empíricas han posibilitado, a su vez, el desarrollo y pilotaje de un tratamiento cognitivo-conductual transdiagnóstico que actualmente se está implementando en los centros de la Asociación Proyecto Hombre ubicados en las sedes de Jaén, Castellón, Valencia y Huelva.

Sin duda, esta experiencia resulta pionera en nuestro contexto y, a la espera de los resultados de los estudios piloto y de factibilidad, se espera que su protocolización contribuya a mejorar la calidad asistencial ofrecida en los centros de tratamiento ambulatorios y residenciales.

Bibliografía



Validación, aceptación, regulación y cambio desde la Terapia **Dialéctica Conductual** (TDC) y los modelos contextuales

“La aceptación es la única salida del infierno”. Marsha Linehan

La terapia dialéctica conductual (en adelante TDC en sus siglas en español, DBT en inglés), desarrollada en los 80 y publicada en los 90 por Marsha Linehan, nace de la necesidad de atender situaciones clínicas de alta desregulación. Originalmente fue concebida para mujeres con conductas autolesivas crónicas y diagnóstico de TLP a las que la terapia cognitivo-conductual resultaba en muchos casos invalidante y altamente directiva.

Las terapias contextuales pretenden un claro alejamiento del modelo biomédico, de paradigmas que tienden a patologizar el sufrimiento centrándose en la eliminación de síntomas y que minimizan la importancia de los contextos. Cuestionan también el uso de etiquetas diagnósticas dada su falta de valor funcional, proponiendo en su lugar comprender la función de la conducta. Los síntomas o malestares serían entonces conductas (acciones, pensamientos, emociones) que surgen en respuesta al contexto o a la interpretación de este. La rigidez, la evitación y la fusión con el contenido del pensamiento, por señalar algunos ejemplos, serían formas de relación con el malestar, generando a la postre mayor sufrimiento e interferencia en la vida. Desarrollar modelos de trabajo idiográficos, que se ajusten a la realidad clínica, diversa y compleja, alejando modelos que obliguen a los individuos a encajar en las definiciones de trastornos o enfermedades mentales, ha sido mollar para el enfoque contextual.

TDC, FAP, ACT, entre otros modelos, sostienen que la conducta no puede entenderse de manera aislada, sino en constante interacción con los entornos y que evaluar, a través del análisis funcional o del análisis en cadena, la función que

cumplen las conductas que generan sufrimiento o malestar, transforma la mirada y la intervención. Así, una acción pasa de ser incomprensible o algo que hay que dejar de hacer, a ser una acción lógica en interacción con el medio, dotando al profesional y al consultante de alternativas, tanto de relación con el malestar, como de intervención, sin cargar con etiquetas de pasados, presentes o futuros. No hay nada “roto” en las personas que una “intervención” tenga que arreglar o extirpar. Somos en interacción, somos en presente.

La teoría biosocial de la TDC propone que la desregulación emocional es el resultado de una predisposición a sentir las emociones de forma más intensa (vulnerabilidad biológica), en combinación con ambientes invalidantes que impiden el aprendizaje de la gestión de estas. La vulnerabilidad sería como un sistema de procesamiento de señales que está “hipersensibilizado”. Lo más esperanzador de la literatura reciente es que el cerebro es lo suficientemente plástico como para que el aprendizaje de habilidades repare los circuitos de regulación emocional (Denny, B. T., Helion, C., & Ochsner, K. N., 2024. *Normalizing the brain's distancing system: Impacts of emotion regulation training on neural activation and connectivity*).

La TDC significa los ambientes invalidantes como factores intervinientes en la desregulación emocional. Los abusos y negligencias emocionales y el abuso sexual infantil (ASI) interfieren en el desarrollo de la “maquinaria” emocional, creando una correlación bidireccional. El drama fundacional que supone la violencia en etapas tempranas del desarrollo, acentúa más, si cabe, la necesidad de intervenciones que validen las experiencias vividas, tanto tiempo silenciadas y

creen espacios de acompañamiento en los que l@s pacientes puedan, poco a poco, liberarse de los “soy” y “seré” por un “aprendí a responder así, puedo aprender otras maneras de relacionarme conmigo y con el mundo”, “no soy culpable de mi pasado, sí responsable de mi presente”. Alentar a deshacerse de la tiranía del tú debes y entendernos como resultado de múltiples experiencias que nos condicionan pero que no nos determinan.

Desde su modelo original la TDC contempla cuatro modalidades de intervención, in-

dividual, grupal, telefónica y supervisión de profesionales, y cuatro grupos de estrategias a entrenar, tolerancia al malestar, aprender a soportar emociones intensas sin actuar de forma destructiva, aceptación radical, dejar de luchar contra la realidad y aceptarla tal como es, conciencia plena, aprender a observar las emociones sin juzgarlas y eficacia interpersonal, manejar las emociones en contextos sociales sin dañar relaciones clave. Las habilidades de regulación emocional distinguen tres estrategias clave:

ESTRATEGIAS	HABILIDADES	CÓMO
ENTENDER LAS EMOCIONES	- Reconocer - Identificar - Nombrar - Verificar los hechos	- Reconocer qué emoción sientes y entender su función. - Evaluar si tu interpretación de una situación coincide con la realidad y si la intensidad de tu emoción es proporcional al evento.
CAMBIAR RESPUESTAS NO EFECTIVAS	- Acción opuesta - Resolución de problemas	- Cuando una emoción no es útil, haz lo contrario a lo que el impulso te dicta - Si la emoción está causada por un problema real, sigue pasos lógicos para solucionarlo en lugar de solo reaccionar emocionalmente.
REDUCIR LA VULNERABILIDAD ABC PLEASE	- A (Acumular lo positivo) - B (Building Mastery, Construir Maestría) - C (Cope Ahead, Afrontar por adelantado) - PLEASE (Cuidado del cuerpo):	- Hacer actividades agradables diariamente. Hacer cosas que te hagan sentir competente y eficaz. - Planificar cómo manejar situaciones difíciles antes de que ocurran. - Mantener hábitos saludables (tratar enfermedades, alimentación equilibrada, evitar drogas, sueño reparador y ejercicio).
Y ANTE LAS CRISIS	- Conciencia de no empeorar - Habilidades TIP	Temperatura, Ejercicio, Respiración, Relajación

Cuadro 1. Habilidades y estrategias de regulación emocional en la TDC

La TDC no intenta que la persona tenga más fuerza de voluntad para regularse, sino que aprenda a entender sus cade-

nas de acción y a bajar la temperatura del agua antes de que hierva (conciencia de no empeorar).

CONDUCTA	EMOCIÓN ARROLLADORA	FUNCIÓN	CONDUCTA ALTERNATIVA	OBJETIVO-FUNCIÓN DE LA CONDUCTA
ATRACÓN/CONSUMO	Vacío/angustia	Sedación	Habilidades TIPP (hielo, ejercicio intenso...)	Cambiar la química rápidamente sin sustancias
AUTOLESIÓN	Agonía	Calma física	TIPP, hielo Respiración	Obtener un estímulo sensorial intenso sin daño
IRA/AGRESIÓN	Miedo	Poder	Acción opuesta	Romper ciclo agresión, proteger vínculos
DISOCIACIÓN	Terror	Desconexión	Grounding, conciencia sensorial	Anclarse al presente a través de los sentidos

Cuadro 1. Algunos ejemplos de emociones intensas, conductas impulsivas, funciones de las mismas y conductas alternativas desde la TDC.

La dialéctica de la TDC implica que dos verdades, a veces opuestas (tesis y antítesis) pueden coexistir (síntesis), y que son la aceptación

y el cambio las partes extremas de un balancín que pretendemos mantener equilibrado, entendiendo que sin aceptación no hay cambio

y sin cambio no hay aceptación. La aceptación acompañaría la realidad dolorosa sin juicio y a la vez se trabajaría activamente en modificar las conductas que causan sufrimiento. Continuando con la metáfora del balancín, sin aceptación, la persona no se sentiría vista y sin cambios, la persona se estancaría. No se trataría únicamente de dejar de sufrir o reducir los “síntomas”, sino, siguiendo las palabras de la autora, la capacidad de actuar de acuerdo con tus objetivos a largo plazo, a pesar de tus sentimientos a corto plazo. Linehan integra la filosofía existencial de Viktor Frankl, quien escribió algo parecido: *“Entre el estímulo y la respuesta hay un espacio. En ese espacio está nuestra libertad y el poder de elegir nuestra respuesta”*.

El modelo posiciona la validación en el centro del tablero como estrategia de comunicación esencial, para dotar a la aceptación de contenido y trabajar desde ella para generar los cambios u objetivos delimitados por l@s consultantes, objetivos que darán sentido al esfuerzo que

supone el cambio, sobre todo cuando las emociones intensas quieran dirigir o enfocar las acciones. La validación sostiene que toda conducta tiene sentido desde la vivencia de la persona.

La experiencia es, y esto implica necesariamente retirar nuestras interpretaciones, prejuicios y sesgos para escuchar con atención. La TDC propone seis niveles de validación: V1, Escuchar y observar de forma activa; V2, parafrasear, reflexionar y devolver al paciente para saber si estoy entendiendo adecuadamente, sin juicios; V3, plantear preguntas de hipótesis para expresar sobre lo que el paciente no nos dice, la emoción detrás del pensamiento que expresa o el pensamiento tras la emoción que expone y buscar confirmación, articulando lo no verbalizado; V4, retomamos la biografía del paciente para validar sus conductas o reacciones actuales; V5, expresar qué parte de la conducta es lógica o razonable en el momento presente y V6, genuinidad radical, tratar al otro como un igual, sin estrategias.

NIVELES DE VALIDACIÓN EN LA TDC	RECAÍDA TRAS VARIOS MESES DE NO CONSUMO “Ayer volví a beber, no puedo con esto, no lo voy a conseguir”	EXCESO DE CONFIANZA, LUNA DE MIEL “Me siento increíble, llevo semanas limpia. Creo que lo difícil ya está. Ahora voy a poder con todo”	TRAUMA, CULPA “No sé por qué no grité ni me defendí en aquel momento. Fui una cobarde. Si hubiera hecho algo, las cosas habrían sido diferentes. Me odio”	TRAUMA, ESTIGMA “Nunca superaré lo que me hizo. Estoy marcada de por vida. ¿Cómo vivir sabiendo que tu padre te ha violado tantas veces?”
V1 ESCUCHA ACTIVA	Silencio y escucha. No interrumpo, no sermoneo, no muestro decepción.	Atención. Mostrar interés y calma, sin contagiarnos de la euforia.	Silencio, compasión gestual, sin horror por su no actuación.	Escucha, atención, silencio. No afirmo, no niego. Estoy
V2 REFLEJO	¿Anoche consumiste y eso te hace sentir que todo el esfuerzo anterior no ha servido para nada, es así?	¿Veo que te sientes poderosa, con mucha seguridad y piensas que las restricciones iniciales ya no son necesarias, es así?	¿Creo entender que sientes que el hecho de no haber gritado o peleado te hace responsable de lo que pasó, y eso te genera odio hacia ti misma, es así?	Si te entiendo bien, ¿piensas y sientes que los abusos que viviste te condenan a sufrir de por vida? ¿a cargar con ello sin posible alivio? ¿he entendido bien?
V3 ARTICULAR LO NO EXPRESADO	¿Parece que hay vergüenza y decepción tras tus palabras, es así?	¿Parece que sientes mucho alivio por no tener síntomas de abstinencia y eso te hace sentir que el peligro ya ha pasado, es así?	¿Puede ser que esa culpa sea una forma de intentar recuperar el control sobre algo que fue, en realidad, incontrolable y quisieras borrar?	¿parece que sientes mucha injusticia e impotencia, y crees que es muy difícil liberarte de todo lo que recuerdas y de todo lo que vives a consecuencia de ello? ¿qué no vas a poder borrar lo que has vivido?
V4 VALIDAR EN TU BIOGRAFÍA	Dado que has usado el alcohol durante años para manejar el dolor y el estrés, tiene sentido que ayer, en una situación de tensión, buscaras la vía de escape más repetida y conocida.	¿Dado que en el pasado te sentiste muy atrapada por el consumo, es lógico que ahora quieras recuperar tu vida de golpe y demostrarte que tienes el control, cierto?	Considerando que tu cerebro detectó que luchar era peligroso para tu vida, tiene sentido la parálisis. No fue una elección, fue una respuesta de supervivencia	Sabiendo que el abuso ha estado marcando mucha parte de tus experiencias, tiene sentido que pienses que esto va a seguir pasando, ¿verdad?

NIVELES DE VALIDACIÓN EN LA TDC	RECAÍDA TRAS VARIOS MESES DE NO CONSUMO "Ayer volví a beber, no puedo con esto, no lo voy a conseguir"	EXCESO DE CONFIANZA, LUNA DE MIEL "Me siento increíble, llevo semanas limpia. Creo que lo difícil ya está. Ahora voy a poder con todo"	TRAUMA, CULPA "No sé por qué no grité ni me defendí en aquel momento. Fui una cobarde. Si hubiera hecho algo, las cosas habrían sido diferentes. Me odio"	TRAUMA, ESTIGMA "Nunca superaré lo que me hizo. Estoy marcada de por vida. ¿Cómo vivir sabiendo que tu padre te ha violado tantas veces?"
V5 VALIDAR EN TU CONTEXTO PRESENTE	Ayer estabas en una situación compleja, en familia y con mucho alcohol de por medio. En esos escenarios, el impulso puede ser muy poderoso.	Es muy común en esta etapa del tratamiento generar este optimismo. Es una respuesta normal tras pasar lo peor. Una siente que puede con todo.	Se trata de una respuesta biológica normal; ante un peligro extremo, el sistema se "congela" para minimizar el daño. Es lo que cualquier mamífero hace cuando no puede escapar ni ganar la pelea.	Entiendo que estos días has recordado muchos momentos de esos años y que las emociones intensas que sientes te hagan pensar que siempre va a ser así, que no vas a poder mitigar este dolor.
V6 AUTENTICIDAD	Entiendo que te sientas mal y aun así una recaída no borra los meses de abstinencia que has conseguido ni tu capacidad para retomar tus objetivos.	"Me alegra muchísimo verte con esta energía y sin dolor y la vez también me importa que este bienestar dure. ¿te parece que planeemos cómo disfrutar de este bienestar sin exponernos a situaciones de alto riesgo todavía?"	Me duele que cargues con este peso. Entiendo que te sientas así, pero yo no veo a una cobarde; veo a alguien cuyo cuerpo hizo lo necesario para que hoy estuvieras aquí contándolo. ¿Te parece que acompañemos a tus pensamientos a perdonar a tu cuerpo?"	Cuánto siento tu dolor y tus pérdidas. ¿Quisieras seguir intentando liberarte de un peso impuesto en el pasado para que no marque tu presente y tu futuro?

Cuadro 2. Ejemplos de validación en la TDC.

Por otra parte, se han desarrollado ampliaciones del protocolo original de la TDC que responden a los matices de otras realidades clínicas. Así, por ejemplo, la DBT-RO (radicalmente abierta) trabaja con el sobrecontrol emocional que podemos encontrar en cuadros de restricción alimentaria, bajo estado de ánimo y obsesiones, trabajando la apertura, la flexibilidad y la expresión de la vulnerabilidad como elementos importantes. La DBT-PE (exposición prolongada), integra esta al programa original para abordar el trauma y las conductas de riesgo derivadas de los desencadenantes asociados al malestar. También encontramos programas adaptados y más breves, de 6 a 12 semanas para adolescentes (Family Connections) o adicciones (DBT-SUD), enfocados en reducir el riesgo suicida, las autolesiones y el autocontrol. Además de los módulos estándar, la DBT-SUD prioriza objetivos conductuales como reducir el abuso de sustancias, incluyendo la disminución de síntomas de abstinencia y el manejo del *craving* (deseo intenso), trabajando la mente clara, un estado mental donde la persona no está bajo la influencia de sustancias ni atrapada en la negación de su adicción, el aumento de refuerzos naturales, ayudando al paciente a encontrar fuentes de

placer y satisfacción que no dependan del consumo y quemar los puentes, generando estrategias para eliminar de forma radical el acceso a las sustancias. La reducción de impulsividad y la adherencia al tratamiento de este modelo se han probado exitosas (Cavicholi, M., Movalli, M., Ramella, P., Vassena, G., Prudenziati, A., & Maffei, C. (2020). The initial efficacy of stand-alone DBT skills training for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis).

Much@s profesionales integran módulos específicos, tolerancia al malestar o regulación emocional, sin necesidad de aplicar el programa completo, y en hospitales y centros de salud se realizan talleres de habilidades para el manejo de situaciones de crisis con diversidad de realidades clínicas. En consulta, por cerrar los ejemplos, los últimos 20 años han estado marcados por la integración paulatina de las terapias contextuales y el afianzamiento de un conductismo contextual, que responde a las necesidades reales y matices de l@s pacientes que muchas veces quedaban huérfanos, cuando las herramientas de otros encuadres no ofrecían respuestas o resultaban escasas. Encontrar modelos de trabajo respetuosos con el dolor, rigurosos en la práctica, alejados de

etiquetas de disfuncionalidad, es alentador. Desregularse en un mundo como el que habitamos es la norma y no la anécdota y no es único de tendencias límite. Cualquiera puede desregularse puntualmente, pero el problema por frecuencia e intensidad surge de la transacción perfecta entre una sensibilidad previa y un entorno que no ofrece las herramientas para manejarla, y estos ingredientes, no son difíciles de encontrar en nuestros entornos actuales.

La TDC, es un modelo no exento de críticas, exigente en tiempo y recursos, en programación o rigidez, en sobrecarga de habilidades, y en invalidaciones o exceso de validación. Los modelos son imperfectos, las terapias fallan, l@s psicólog@s también. Esa búsqueda incesante, rigurosa y alentadora que motiva nuestra profesión, requiere de miradas no dogmáticas que propongan tratamientos eficaces para mejorar la vida, no solo de las personas, también de los sistemas (reducción de gastos, menos ingresos y hospitalizaciones, por ejemplo). Somos una ciencia joven, unos 150 años (en 1879, Wilhelm Wundt fundó el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig, Alemania), lejos de los miles de la medicina o la matemática. Avanzamos, mucho, pero toca ser contundentes con nuestras propias alquimias, homeopatías y astrologías particulares, para centrar avances y no perdernos. Es imprescindible abogar por una ciencia que se cuestiona y crece para, en la parte clínica y comunitaria, acompañar a la mejora de las condiciones de vida y de la salud integral, respaldada por la psicología experimental y académica. Somos individuos sociales en proceso, cambio, interacción. Nos construimos con la experiencia, el aprendizaje, la biología y los contextos. Somos complejos. Huyamos de simplicidades explicativas, de recetas mágicas, de explicaciones literarias y de baúles enterrados para centrarnos en el presente, en el contenido de quien se duele, en su relato, en sus reglas, con escucha genuina y análisis certero y vivo que acompañe a validar sus recorridos, reconocerlos e impulsar la aceptación de quienes son, para construir cambios significativos que dependan del ahora, del momento en el que tenemos posibilidad de hacer de maneras distintas.



La TDC sigue siendo la intervención con mayor evidencia para reducir conductas de alto riesgo, manteniéndose la estabilidad emocional 24 meses después de la finalización del tratamiento (Stoffers-Winterling, J. M., et al. (2024). *Benchmarks for dialectical behavioural therapy intervention in clinical practice*. International Journal of Clinical and Health Psychology). Se consolidan como eficaces también los protocolos que integran el trabajo en trauma (Bohus, M., et al. (2024). *Long-term effects of dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder and cognitive processing therapy: 9 months after treatment termination*. European Journal of Psychotraumatology), así como la reducción de autolesiones en poblaciones adolescentes (O'Hagan, M., et al. (2025). *Effects of interventions for self-harm in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*. European Child & Adolescent Psychiatry), mejoras en las funciones ejecutivas en ansiedad generalizada y reducción del afecto negativo en depresividad.

Los modelos transdiagnósticos y los modelos contextuales, como la TDC, siguen alimentando la esperanza de que la Psicología no se deje apresar por el clima contemporáneo, secuestrada nuestra atención, fatigad@s, estresad@s, con vínculos precarios, líquidos y con una soledad incesante y creciente que no se cura yendo a terapia.

Hay proyecto. Toca seguir prestigiando nuestra disciplina a base de investigación, buena praxis y divulgación rigurosa, accesible y vinculante. Vamos.

Bibliografía



El **porqué** de la importancia de la **flexibilidad** psicológica y los **valores** en la intervención

El problema no es el malestar en sí, inevitable en cualquier vida, sino cómo poco a poco la existencia va quedando organizada alrededor de evitarlo. Cuando sentir se vuelve peligroso, la vida se estrecha. Desde una mirada contextual y funcional, este artículo propone comprender las adicciones como respuestas rígidas al sufrimiento y plantea la flexibilidad psicológica y el trabajo en valores como procesos clínicos que permiten recuperar espacio, dirección y sentido. No se trata de luchar contra el síntoma, sino de acompañar a la persona a vivir sin que su vida quede gobernada por el miedo a sentir.

Cuando consumir, jugar o desconectarse ha sido una forma de sobrevivir

En los recursos de Proyecto Hombre, como en otros dedicados al trabajo con adicciones, es habitual escuchar frases como: “si no consumo, no aguanto”, “cuando juego se me pasa todo”, “necesito engancharme al móvil para no pensar”, “cuando paro me entra una ansiedad que no sé manejar” o “prefiero estar colocado a sentirme así”, “si no bebo no pego ojo”, “cuando paro me vienen recuerdos que no puedo controlar”, “estar ocupado es la única forma de no venirme abajo” o “si me quedo solo me hundo”. Estos pensamientos suelen ir acompañadas de vergüenza, culpa, vacío, tristeza, angustia y una sensación persistente de haber fallado una vez más.

Leídas de cerca, estas frases no hablan de búsqueda de placer, sino de necesidad de alivio. Señalan una experiencia compartida: determinadas emociones, pensamientos o sensaciones corporales se viven como excesivas, desbordantes o directamente insoportables. Desde ahí, la conducta adictiva no aparece ini-

cialmente como un problema, sino como una solución disponible, eficaz a corto plazo, para poder seguir funcionando.

Esta forma de responder al malestar no es extraña ni excepcional. Está profundamente alineada con una cultura que transmite, de múltiples maneras, que sentirse mal es un fallo y que hay que hacer algo para corregirlo cuanto antes (Pérez Álvarez, 2014). El problema no es intentar aliviar el dolor, sino que la vida quede organizada casi exclusivamente alrededor de esa tarea. Cuando eso ocurre, la persona empieza a vivir menos, no porque no quiera, sino porque sentir se ha vuelto demasiado peligroso.

Desde una lectura funcional, el consumo o la conducta adictiva han cumplido —y a menudo siguen cumpliendo— una función reguladora central: permitir dormir, amortiguar recuerdos, callar la autocrítica, soportar relaciones difíciles o sostener una identidad dañada. Sin embargo, con el tiempo, esta estrategia aprendida se vuelve cada vez más rígida y costosa, alejando a la persona de una vida con sentido (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Molinero Roldán, 2008).

Flexibilidad psicológica: cuando la vida deja de estar en pausa

En el trabajo clínico con personas que presentan problemas de adicción aparece con frecuencia una sensación compartida: la vida está detenida. No porque no haya movimiento —hay consumo, recaídas, intentos de control, esfuerzos enormes— sino porque todo ese movimiento gira alrededor de una misma pregunta: ¿cómo dejo de sentirme así? Mientras esa pregunta organiza la conducta, la vida queda en suspenso.

Muchas personas llegan a tratamiento con reglas que no suelen expresarse de forma literal, pero que se hacen visibles en su manera de hablar y de decidir: “primero tengo que estar bien”, “si sigo teniendo ganas, es que no estoy preparado”, “hasta que no se me pase esto, no puedo hacer nada”. Desde ahí, cualquier paso hacia adelante queda condicionado a que el

malestar desaparezca. Y como no desaparece, la vida se va aplazando.

Hablar de flexibilidad psicológica en este contexto no significa enseñar a aguantar más ni a resignarse. Significa algo mucho más concreto: aprender a moverse con el malestar presente, sin que sea él quien decida cada paso. Clínicamente, la flexibilidad empieza a aparecer cuando una persona se queda un poco más de lo que acostumbraba en una situación incómoda. No porque le guste, sino porque empieza a descubrir que puede hacerlo.

Esto se observa cuando alguien atraviesa una tarde de inquietud sin consumir, cuando sostiene una conversación que le remueve sin huir, o cuando pide ayuda justo en el momento en que aparece la urgencia de hacerlo solo. El malestar no desaparece, pero deja de ocupar todo el espacio. Algo se afloja. La vida empieza a moverse de nuevo.



En adicciones a sustancias, este proceso se vive de forma muy corporal. El deseo aparece con fuerza, el cuerpo se activa, la mente empuja. La flexibilidad no consiste en eliminar esa experiencia, sino en no obedecerla automáticamente. En adicciones no químicas ocurre algo parecido: el impulso de jugar, conectarse o aislarse surge como respuesta rápida ante el vacío, el aburrimiento o la soledad. La diferencia empieza a marcarse cuando la persona puede quedarse un instante más, antes de actuar (Harris, 2019).

No se trata de heroicidad ni de fuerza de voluntad. Se trata de recuperar un margen mínimo de elección allí donde antes solo había reacción. Ese margen es frágil al principio y necesita ser acompañado con cuidado. Pero cuando aparece, introduce una experiencia nueva: quizá no necesito dejar de sentir para poder vivir.

Reglas implícitas y estrechamiento progresivo de la vida

En la práctica clínica, la rigidez que sostiene muchos problemas de adicción no suele presentarse como una idea clara y formulada, sino como un entramado de reglas implícitas que organizan la conducta sin ser cuestionadas. Frases como “no puedo con esta sensación”, “si empiezo a sentirme así, algo malo va a pasar”, “necesito calmarme antes de hacer nada”, “sentirme mal significa que algo falla en mí” o “si pierdo el control, lo pierdo todo” aparecen una y otra vez, a veces disfrazadas de prudencia o sentido común.

Estas reglas no suelen vivirse como pensamientos, sino como certezas. Desde ahí, la persona va reduciendo su campo de acción. Se evitan conversaciones, se posponen decisiones, se abandonan vínculos y proyectos no por falta de deseo, sino por miedo a sentir. La vida se va estrechando, y el consumo o la conducta adictiva pasan a ocupar un lugar central como respuesta rápida y eficaz ante cualquier atisbo de malestar.

La investigación contemporánea ha mostrado que no es la presencia de sufrimiento lo que predice el deterioro funcional, sino la rigidez con la que se responde a él (Hayes et al., 2019; Villatte, Villatte, & Hayes, 2016). Desde esta perspectiva, el objetivo del tratamiento no es solo reducir una conducta, sino ampliar el espacio vital, es decir, aumentar la capacidad de la persona para estar en contacto con experiencias difíciles sin que su vida quede paralizada.

Escenas clínicas frecuentes en el trabajo con adicciones

En la clínica cotidiana aparecen escenas que ilustran con claridad estos procesos. Una persona que consume alcohol para poder dormir relata que, cuando intenta acostarse sin beber, aparecen pensamientos intrusivos y una inquietud corporal intensa. No bebe para “pasarle bien”, sino para silenciar la noche. El trabajo terapéutico no se centra inicialmente en eliminar esos pensamientos, sino en ayudarlo a quedarse con ellos el tiempo suficiente como para que otras respuestas —pedir apoyo, cambiar rutinas, tolerar el insomnio— puedan empezar a aparecer.

En otro caso, una persona con adicción al juego explica que juega para desconectar de una sensación persistente de fracaso. Cada pérdida incrementa la urgencia de seguir jugando, no para ganar, sino para no sentir. La intervención pasa por ayudarlo a reconocer cómo esa urgencia gobierna su conducta y por abrir pequeños espacios donde pueda actuar en coherencia con valores que han quedado desplazados, como la responsabilidad o el cuidado de los vínculos.

En conductas adictivas no químicas, como el uso compulsivo de pantallas, es frecuente observar la dificultad para estar a solas o en silencio. La intervención no consiste en prohibir, sino en acompañar a la persona a permanecer en esos espacios sin huir automáticamente, ampliando poco a poco su repertorio de respuesta.

Flexibilidad psicológica en la vida cotidiana de los recursos

En contextos como Proyecto Hombre, donde la intervención es terapéutica, educativa y comunitaria, la flexibilidad psicológica no se construye solo en los espacios formales de psicoterapia. Se entrena de manera continua en la vida cotidiana: en la convivencia, en las normas, en los conflictos y en la asunción progresiva de responsabilidades.

En este escenario, la flexibilidad no se aprende tanto a partir de explicaciones como a través de la experiencia directa. El día a día del recurso coloca a las personas una y otra vez ante pequeñas situaciones que activan malestar: la frustración ante una norma, el enfado en la convivencia, el cansancio acumulado, la sensación de injusticia o el simple aburrimiento. Cada una de estas situaciones se convierte en una oportunidad —no siempre aprovechada— para ensayar una forma distinta de responder.

Sostener una norma sin huir ni atacar, permanecer en una actividad a pesar del aburrimien-

to, tolerar la vergüenza tras un error o aceptar una consecuencia sin desaparecer son experiencias que entrenan flexibilidad psicológica de forma directa. Desde esta mirada, la estructura no es control, sino contexto de aprendizaje.

La convivencia y la organización del recurso no funcionan únicamente como límites externos, sino como espacios donde se hace visible qué ocurre internamente cuando no se puede hacer lo que uno quiere en ese momento. Permanecer ahí, sin escapar ni imponer, es ya un ejercicio profundo de flexibilidad psicológica. Este aprendizaje resulta especialmente relevante porque conecta directamente con la vida fuera del recurso, donde la persona tendrá que seguir tomando decisiones en presencia de malestar sin la red de apoyo inmediata.

Valores: elecciones incómodas que devuelven sentido

Hablar de valores en el tratamiento de las adicciones exige especial cuidado. Muchas personas han escuchado durante años lo que “deberían” valorar, sin que eso haya producido cambios sostenidos. Desde un enfoque contextual, los valores no son motivos para cambiar, sino direcciones de vida elegidas, que organizan la conducta incluso cuando el malestar no desaparece (Hayes et al., 2012; Páez et al., 2006).

En la práctica clínica, uno de los malentendidos más frecuentes es confundir los valores con estados emocionales o con motivación. Muchas personas esperan sentir ganas antes de actuar y, cuando esas ganas no aparecen, concluyen que no merece la pena intentarlo. Sin embargo, el trabajo en valores suele comenzar precisamente cuando la motivación es baja y el cansancio alto.

Clínicamente, los valores no aparecen como discursos inspiradores, sino como elecciones incómodas: quedarse en una conversación difícil, asumir una responsabilidad, decir la verdad, aunque genere conflicto, pedir ayuda antes de una recaída. Como ha señalado Molinero Roldán (2008), los valores no eliminan el sufrimiento, pero hacen que atravesarlo tenga sentido.

En personas con problemas de adicción, los valores suelen haber quedado eclipsados durante mucho tiempo por la urgencia de aliviar el malestar. Recuperarlos implica un proceso paciente, en el que la persona empieza a reconocer qué tipo de vida querría estar construyendo, aun sabiendo que hacerlo implicará atravesar momentos difíciles. Desde aquí, los

valores funcionan como una brújula que orienta la conducta cuando el camino se vuelve incómodo.

Valores y recaídas: sostener dirección cuando la conducta falla

Las recaídas suelen ir precedidas de un estrechamiento progresivo de la vida: más reglas rígidas, más aislamiento, menos contacto con lo que importa. Durante la recaída, el valor queda eclipsado por la urgencia de aliviar. Después, la culpa puede volver a cerrar el proceso.

En estos momentos, es frecuente que el error se transforme rápidamente en identidad: “he vuelto al punto de partida”, “esto demuestra que no puedo”. Trabajar desde los valores permite introducir una distinción fundamental: una recaída implica que una conducta no ha sido coherente con la dirección elegida, pero no invalida esa dirección.

Sostener esta diferencia es clínicamente clave, porque permite retomar el proceso sin necesidad de castigarse o desaparecer. Volver a comprometerse con pequeñas acciones coherentes —pedir ayuda, retomar una tarea, hacerse responsable del impacto de la recaída— constituye una forma concreta de mantener la dirección incluso cuando la conducta ha fallado (Hayes et al., 2012).

El equipo terapéutico como parte activa del contexto

El equipo terapéutico no es neutral. Forma parte activa del contexto que moldea la conducta. La manera en que un profesional responde a una recaída, a un estancamiento o a una retirada emocional pasa a formar parte de la historia de aprendizaje de la persona.

Entender al terapeuta como parte del contexto implica reconocer que su presencia, sus respuestas y su manera de estar influyen directamente en los procesos que se están trabajando. El profesional no se limita a aplicar técnicas, sino que encarna una forma de relacionarse con el malestar, el error y la incertidumbre.

Cuando el equipo actúa desde la prisa, el miedo a la recaída o el control bienintencionado puede reforzar reglas antiguas como “si fallo, pierdo el vínculo”. Por el contrario, cuando logra sostener firmeza y cuidado a la vez, ofrece un modelo distinto: es posible equivocarse sin desaparecer, sentirse mal sin ser expulsado, seguir perteneciendo incluso cuando se falla.

Este modo de intervención exige que los propios profesionales desarrollen sensibilidad hacia su propio malestar, su dificultad para tolerar



procesos largos y su necesidad de resultados visibles. Desde esta perspectiva, la flexibilidad psicológica no es solo un objetivo para las personas atendidas, sino una práctica ética que atraviesa también al equipo terapéutico (Luciano et al, 2011).

Cuando vivir deja de depender de dejar de sentir

Acompañar procesos de adicción desde la flexibilidad psicológica y el trabajo en valores implica aceptar una idea que no siempre resulta cómoda, ni para las personas atendidas ni para los propios profesionales: el malestar no es algo que vaya a desaparecer para que la vida empiece, sino algo que tendrá que ser incluido si la vida quiere ponerse en marcha. Esta idea choca frontalmente con una cultura —y a veces también con una práctica clínica— orientada al alivio rápido, a la corrección del síntoma y a la promesa implícita de que sen-

tirse bien es una condición necesaria para vivir bien.

En la experiencia clínica cotidiana, lo que suele marcar la diferencia no es tanto que una persona deje de tener ganas de consumir, de jugar o de desconectarse, como que empiece a relacionarse de otra manera con esas ganas. Cuando el impulso deja de vivirse como una orden inapelable y pasa a ser una experiencia más, incómoda pero transitable, se abre un espacio nuevo. En ese espacio empiezan a aparecer elecciones pequeñas, frágiles al principio, pero profundamente transformadoras.

El trabajo en valores cobra aquí todo su sentido. No como un discurso motivacional ni como una lista de ideales a alcanzar, sino como una brújula que orienta la conducta cuando el camino es incómodo. Elegir quedarse, decir la verdad, pedir ayuda o asumir una consecuencia no elimina el dolor, pero devuelve coherencia. Y esa coherencia, sostenida en el tiempo, es muchas veces el verdadero antídoto frente a la repetición del patrón adictivo.

Quizá, en última instancia, el trabajo con adicciones desde este enfoque no consista tanto en enseñar a dejar de consumir como en aprender a vivir sin que la vida esté organizada alrededor de evitar sentir. Cuando esto empieza a ocurrir, aunque sea de manera incipiente, la adicción pierde progresivamente su función central. No porque haya sido derrotada, sino porque ya no resulta imprescindible.

Bibliografía



#LIBRES DE BULOS



* TÚ TAMBIÉN
HAS CAÍDO



DESCUBRE LA VERDAD EN
LIBRESDEBULOS.ORG

Un proyecto de:



Financiado por:



Buenas prácticas:

Experiencias innovadoras en salud mental y adicciones en Proyecto Hombre



- Servicio Transversal de Atención Terapéutica (STAT):
Abordaje integral del trauma en el tratamiento de adicciones de Projecte Home Balears
Francisco Antonete Oria
- Terapia asistida con animales en el tratamiento de las adicciones y la salud mental
Miguel Monfort Montolio
- Implementación de grupos de apoyo, basados en la Flexibilidad Psicológica, dirigidos a familiares de personas que están en tratamiento por un problema de adicción
José Ortega Pardo
- Más allá del tratamiento: acompañar procesos de cambio en personas con trastorno mental asociado
Pedro Vicente González, Vicente Pablo García Juez, Ana Rodrigo Andrés

Servicio Transversal de Atención Terapéutica (STAT): **Abordaje** integral del **trauma** en el tratamiento de **adicciones** de Proyecto Home Balears

El presente artículo analiza la relación entre trauma psicológico y adicción, poniendo el foco en el trauma temprano como factor clave en su desarrollo y en el uso de conductas adictivas como forma de afrontamiento. Asimismo, se presentan datos descriptivos del Servicio Transversal de Atención Terapéutica (STAT) de Proyecto Home Balears, obtenidos de una población clínica en tratamiento por adicción entre noviembre de 2023 y diciembre de 2025. Los resultados muestran un predominio de experiencias traumáticas complejas, especialmente abuso sexual en la infancia, maltrato y negligencia infantil y duelos no resueltos. Estos hallazgos se interpretan teniendo en cuenta la masculinización de los dispositivos de tratamiento en el contexto español

Aproximación al concepto de trauma.

Echeburúa (2004) define los eventos potencialmente traumáticos como aquellos acontecimientos intensamente negativos que, de forma brusca e inesperada, generan una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, provocando una vivencia de terror e indefensión que desborda su capacidad de respuesta. Asimismo, señala que también pueden considerarse traumáticos aquellos eventos de naturaleza especialmente cruel o dañina, incluso cuando son repetidos o previsibles.

El trauma no se limita al recuerdo de un suceso ocurrido en el pasado, sino que constituye la huella que dicha experiencia deja en la

mente, el cuerpo y el cerebro. Esta huella tiene efectos persistentes en la manera en que la persona se relaciona consigo misma y con el entorno, condicionando sus estrategias de supervivencia en el presente (Van der Kolk, 2000). Como afirma Shapiro (2001), en el trauma “el pasado es presente”: la experiencia traumática continúa activándose como si siguiera ocurriendo.

Desde esta perspectiva, una persona se encuentra traumatizada cuando los acontecimientos del pasado siguen ejerciendo un impacto significativo en su funcionamiento actual, influyendo en su conducta, en sus emociones y en sus patrones de pensamiento, y limitando su bienestar psicológico.

Más allá de la sustancia

En el abordaje de las adicciones resulta frecuente centrar la intervención exclusivamente en la conducta de consumo o en la sustancia. Sin embargo, una mirada clínica más profunda muestra que, en muchos casos, la adicción no constituye el origen del sufrimiento, sino una respuesta adaptativa ante un dolor emocional previo.

En la práctica clínica, la adicción suele funcionar como una estrategia de supervivencia destinada a aliviar un malestar emocional intenso, frecuentemente vinculado a experiencias traumáticas no elaboradas. Desde esta perspectiva, el consumo no puede entenderse como una falta de voluntad, sino como parte de un trastorno complejo que afecta al pensamiento, la conducta y la regulación fisiológica. La American Psychological Association define la adicción como un patrón problemático de consumo que persiste a pesar de las conse-

cuencias negativas, e incluye componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos (APA, 2013).

De forma metafórica, el trauma puede entenderse como una herida emocional abierta, mientras que la adicción actúa como un anestésico: alivia el dolor de manera transitoria, pero no lo resuelve y, a largo plazo, tiende a agravar el sufrimiento.

La automedicación emocional

La hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1985) constituye uno de los marcos explicativos más sólidos para entender la relación entre trauma y adicción. Según este modelo, muchas personas recurren a sustancias o conductas adictivas para aliviar síntomas difíciles de tolerar, como el dolor emocional intenso, la ansiedad persistente, los problemas de sueño, los pensamientos intrusivos o el estado de hiperalerta.



Aunque el consumo puede generar inicialmente una sensación de alivio o control, este efecto es temporal. A medio y largo plazo, la adicción intensifica los síntomas traumáticos y refuerza la dependencia, generando un círculo vicioso en el que el aumento del malestar conduce a un mayor consumo, y viceversa (Dore et al., 2012).

Experiencias adversas en la infancia

Los estudios sobre experiencias adversas en la infancia han sido fundamentales para entender esta relación. Hoy sabemos que haber sufrido abuso, maltrato o negligencia durante la infancia aumenta de forma clara el riesgo de desarrollar una adicción en la edad adulta.

Investigaciones clásicas como la de Felitti et al. (1998), junto con estudios más recientes (Laconi et al., 2021), muestran una relación directa entre el maltrato infantil y el desarrollo posterior de conductas adictivas. La evidencia es tan sólida que el maltrato infantil se considera un predictor importante del diagnóstico dual, especialmente cuando ha existido abuso emocional o abuso sexual.

En estos casos, el consumo suele funcionar como un intento de regular emociones que resultan insoportables. Sin embargo, este mecanismo no resuelve el trauma, sino que lo mantiene activo y lo agrava, haciendo que el cuadro clínico sea cada vez más complejo y difícil de tratar.

Trauma y patología dual

Cuando una persona presenta a la vez trauma y adicción, hablamos de patología dual. Este escenario complica mucho el tratamiento y empeora el pronóstico si no se aborda de forma adecuada.

Tratar la adicción sin trabajar el trauma no es solo insuficiente: es una de las principales causas de recaída. Las heridas emocionales siguen ahí,

activas, y tarde o temprano empujan de nuevo al consumo.

En la práctica clínica, esta combinación suele asociarse a:

- Una evolución más grave y más cronicada (Driessen et al., 2008)
- Mayor presencia de otros trastornos, como ansiedad, depresión o trastornos de la personalidad (Sells et al., 2016)
- Mayor riesgo de ideas e intentos de suicidio (Mergler et al., 2018)
- Más recaídas y entradas repetidas en tratamiento, al no abordarse el origen del consumo (Najavits et al., 1998)
- Inicio más temprano del consumo, especialmente cuando el trauma ocurrió en la infancia, lo que se asocia a una adicción más grave (Johnson et al., 2006)

Todo esto nos habla de un sufrimiento profundo que no se puede abordar con soluciones parciales.

Un fenómeno altamente prevalente

La prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población general oscila entre el 0,2% y el 3,8%. Sin embargo, en personas con trastornos por consumo de sustancias, estas cifras aumentan de forma significativa, situándose entre el 25% y el 38%. A lo largo de la vida, la prevalencia alcanza entre el 26% y el 52% en población con adicciones, frente al 1,3%-12,3% en población general (Brown et al., 1995; Schäfer & Najavits, 2007; Shalev et al., 2017).

Estos datos ponen de manifiesto que el trauma no es una excepción en la adicción, sino una realidad frecuente.

El espectro de las experiencias traumáticas

Es de vital importancia estratégica entender que el trauma no es un evento unitario. Se trata, más bien, de un espectro de experiencias que varían en tipo, duración e impacto. A continuación, se categorizan las experiencias adversas más comunes asociadas al desarrollo de adicciones.

- Abuso y Negligencia en la Infancia: Considerados los eventos con mayor incidencia en etapas tempranas, abarcan el abuso físico, sexual y emocional, así como la negligencia física y emocional. Estas experiencias minan las bases del desarrollo psicoemocional y son potentes predictores de desequilibrios en la vida adulta (Barrera Gia, 2025; Blanco Prezas, 2021; Teixeira et al., 2017).





- Violencia Interpersonal: Las agresiones físicas o sexuales sufridas en cualquier etapa de la vida son predictores significativos del desarrollo posterior de Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) y de conductas adictivas (Blanco Presas, 2021).
- Eventos Vitales de Alto Impacto: Experiencias como la muerte inesperada de un ser querido, atracos o accidentes graves pueden sobrepasar la capacidad de afrontamiento (Blanco Presas, 2021). Otros estudios confirman una relación notable entre este tipo de



eventos y las conductas adictivas (Laconi et al., 2021, citado en Barrera Gia, 2025).

Hacia un tratamiento integrado

Si entendemos el consumo como una estrategia para sobrevivir al dolor emocional, resulta inadecuado exigir la abstinencia sin ofrecer alternativas de regulación emocional. Un tratamiento eficaz debe integrar el abordaje del trauma y la adicción, respetando los tiempos y la capacidad de la persona para sostener el proceso terapéutico.

Desde esta perspectiva surge el Servicio Transversal de Atención Terapéutica (STAT) de Projecte Home Balears, orientado a ofrecer una atención especializada en trauma a personas en tratamiento por adicciones.

Este servicio tiene como finalidad principal proporcionar apoyo terapéutico especializado en trauma a las personas usuarias de PHB, con el objetivo de:

- Brindar psicoeducación sobre las reacciones normales al trauma y los factores que las mantienen.
- Reducir o eliminar los síntomas del trauma.
- Integrar psicológicamente la memoria traumática, facilitando su tolerancia y, cuando sea posible, otorgarle un significado personal.
- Conciliar los recursos cognitivos, emocionales y somáticos de la persona.
- Disminuir la intensidad fisiológica del recuerdo traumático.
- Favorecer la integración emocional de la experiencia vivida.

El servicio está destinado a cualquier persona que esté en tratamiento en alguno de los programas de PHB, siempre que cumpla los requisitos clínicos para abordar el trauma de forma segura.

Estos requisitos son:

- Personas con presencia de trauma actual o síntomas derivados del mismo.
- No estar en consumo activo de sustancias ni en situación de riesgo de recaída inminente.

- No presentar un riesgo grave para la integridad física o mental derivado del trabajo con el trauma (p. ej. descompensación psiquiátrica, ideación suicida activa, disociación severa no estabilizada).

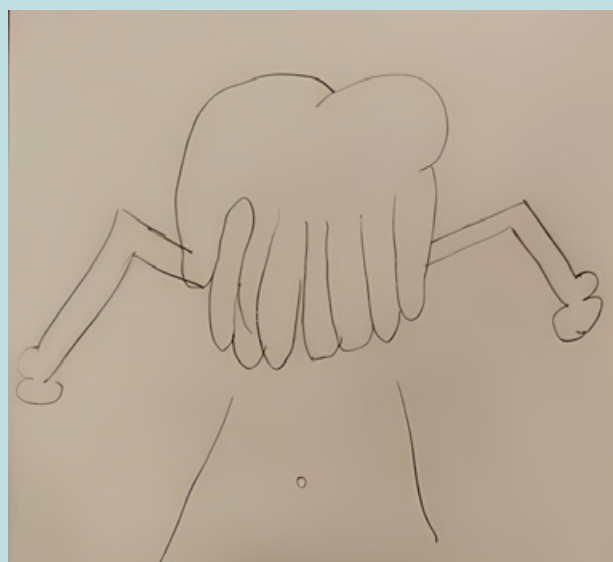
- Haber alcanzado una fase suficientemente avanzada del tratamiento (preferentemente fase 2), que garantice una mínima capacidad de regulación emocional, contención y compromiso con el proceso terapéutico.

El acceso y permanencia en el STAT está vinculado a la adherencia y continuidad en el programa de tratamiento principal. En caso de abandono, desenganche terapéutico o consumo activo, se valorará la suspensión temporal o definitiva del proceso en el STAT, priorizando siempre la seguridad de la persona.

El STAT ofrece atención terapéutica a través de dos modalidades:

- Intervención Individual. Sesiones periódicas orientadas a trabajar las dianas clínicas específicas del trauma de cada persona, con enfoques terapéuticos basados en la evidencia. Las sesiones individuales del STAT están diseñadas para abordar, de forma específica y personalizada, las dianas clínicas derivadas del trauma en cada persona. La intervención se estructura en fases, integrando diferentes técnicas y modelos terapéuticos reconocidos, con una mirada integral sobre la historia, los recursos y las necesidades particulares de cada paciente.

- i. Fase inicial: estabilización y vinculación. En una primera fase, el foco principal está puesto en la construcción del vínculo terapéutico y la estabilización emocional. Se busca dotar a la persona de recursos que le permitan afrontar con seguridad el trabajo con el trauma, evitando revivir experiencias abrumadoras.



- ii. Fase de abordaje terapéutico del trauma. Una vez adquiridos suficientes recursos de autorregulación, se inicia el abordaje del contenido traumático específico, en función de la problemática presentada (p. ej. abuso sexual, duelos, maltrato infantil, etc.).
- iii. Enfoque Integral. El enfoque del STAT reconoce a la persona como un todo complejo, con una historia, unos recursos y un entorno que influyen en su experiencia traumática y en su proceso de recuperación.

• Talleres Grupales Psicoeducativos. Módulos cerrados de aproximadamente 6 a 8 sesiones centrados en temáticas específicas relacionadas con el trauma. Su objetivo es dotar

de información, normalizar experiencias, y facilitar herramientas de autorregulación emocional y cuidado personal.

Resultados obtenidos

A continuación, se presenta una tabla con el número de personas atendidas en el servicio entre el 1 de noviembre de 2023 y el 31 de diciembre de 2025. Se ha registrado el motivo principal de demanda; no obstante, en aproximadamente el 90% de los casos se trata de personas con sintomatología compatible con trauma complejo, asociado a múltiples experiencias traumáticas de distinta naturaleza.

	TOTAL	%	H	M
Duelo Prolongado	30	23%	18	12
ASI	52	40%	26	26
Violencia de género	9	7%	0	9
Maltrato en la infancia /negligencia	32	24%	28	4
Trauma de guerra y/o conflictos bélicos	1	1%	1	0
Bullying	5	4%	3	2
Traumata derivados de la identidad sexual y de género.	2	2%	1	1
TOTAL	131		77	54

La muestra analizada está compuesta por 131 personas atendidas, de las cuales 77 son hombres (58,8%) y 54 mujeres (41,2%). El motivo principal de demanda más frecuente es el abuso sexual en la infancia (ASI), que representa el 40% del total de casos, constituyéndose como la categoría con mayor peso clínico. Destaca, además, su distribución equitativa por sexo, lo que subraya la relevancia de este tipo de trauma tanto en hombres como en mujeres.

En segundo lugar, se sitúan el maltrato y/o la negligencia en la infancia, con un 24% de los casos, observándose una marcada predominancia masculina. Este hallazgo apunta a la importancia de considerar el impacto del trauma relacional temprano en varones y sus posibles manifestaciones clínicas específicas.

El duelo prolongado constituye el tercer motivo de demanda, con un 23%, manteniendo también una mayor representación masculina. Estos tres motivos concentran la mayor parte de las demandas atendidas y reflejan un claro predominio de experiencias traumáticas tempranas y relacionales.

En conjunto, los resultados obtenidos refuerzan de manera consistente el marco teórico que sitúa el trauma, especialmente el trauma temprano y relacional, como un factor central

en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones. El hecho de que el abuso sexual en la infancia constituya el motivo principal de demanda, representando el 40% de los casos, resulta coherente con la literatura que señala este tipo de experiencias como uno de los predictores más potentes de desregulación emocional, sintomatología traumática persistente y posterior desarrollo de conductas adictivas.

Es importante subrayar que los datos presentados proceden de una población clínica que se encuentra realizando tratamiento por problemas de adicción, lo que introduce consideraciones relevantes en la interpretación de la distribución por sexo. En el contexto español, los dispositivos de tratamiento para las adicciones continúan estando marcadamente masculinizados, con una proporción significativamente mayor de hombres que acceden a los recursos asistenciales.

Bibliografía



Terapia **asistida** con **animales** en el tratamiento de las **adicciones** y la salud mental

Los trastornos por consumo de sustancias presentan una alta comorbilidad psiquiátrica, lo que dificulta la adherencia y los procesos terapéuticos. Este estudio analiza la eficacia de la Terapia Asistida con Perros (TAP) como intervención complementaria en el tratamiento de adicciones, a partir del programa “Vínculos que sanan” desarrollado en Proyecto Hombre/Proyecto Amigó de Castellón. Los resultados muestran que, aunque ambos grupos mejoran, quienes participaron en TAP presentan mayores avances en motivación al cambio, bienestar emocional y reducción del malestar psicológico. Estos hallazgos sugieren que la TAP puede fortalecer el vínculo terapéutico, la regulación emocional y la implicación en el tratamiento, actuando como un complemento eficaz en los programas de adicciones.

El abordaje de la sintomatología psicológica vinculada a los trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos continúa siendo un desafío importante para los profesionales. Según el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2025), el consumo de sustancias y las conductas adictivas se asocian a un elevado malestar psicológico y psiquiátrico, observándose una elevada incidencia de comorbilidad psiquiátrica entre las personas con trastornos adictivos (DSM-5-TR, APA 2022; Uribe et al., 2025).

Las intervenciones complementarias en salud mental ofrecen nuevos enfoques terapéuticos que contribuyen a diseñar tratamientos más integradores. Entre estas propuestas, destaca la Terapia Asistida con Perros (TAP), que, a través de la literatura científica, se ha consolidado como una herramienta útil para

reforzar los procesos de recuperación y el bienestar emocional (Hoenders et al., 2024; Pandey et al., 2024).

La TAP es una intervención dirigida por profesionales de manera interdisciplinar, orientada al logro de objetivos concretos, que se planifica y estructura en sesiones, y se evalúa sistemáticamente. Esta intervención incorpora a perros en distintos contextos, como el sanitario o educativo, con el fin de proporcionar beneficios terapéuticos en las personas que participan (IA-HAIO, 2018).

La introducción de perros en el ámbito de la salud mental aporta múltiples complementos. Favorece la reducción del estrés y la ansiedad, generando calma, bienestar y seguridad. Mejora el estado de ánimo e incrementa la adherencia al tratamiento mediante experiencias motivadoras. Facilita la interacción social y promueve la empatía. Genera beneficios fi-

siológicos, como la disminución de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el aumento de la actividad motora. Además, contribuye al incremento de la autoestima y la confianza personal, proporcionando sensación de logro a los participantes (Bernhardt et al., 2024; Jordan, 202; Máximo-Bocanegra et al., 2025; Pandey et al., 2024; Wintermantel et al., 2024).

La incorporación de la TAP en el tratamiento de las adicciones se justifica por los beneficios que aporta al proceso terapéutico. La interacción con el perro facilita la expresión emocional y reduce las resistencias, creando un entorno seguro. Además, fomenta la responsabilidad y la autorregulación emocional, aspectos clave para manejar impulsos y prevenir recaídas. La presencia del perro también mejora la autoestima, generando motivación y confianza en el proceso de recuperación, lo que favorece la adherencia y potencia los resultados (Arsovski, 2024; Dell et al., 2024; Donica, 2022).

En el tratamiento de las adicciones, el perro cumple un papel importante gracias a su capacidad para conectar con las personas y percibir sus emociones. Su presencia facilita el vínculo terapéutico y actúa como catalizador del proceso y la evolución del usuario, contribuyendo, junto a los beneficios mencionados, a mejorar los resultados en la recuperación (Albuquerque y Resende, 2023; Miller et al., 2022).

El programa “Vínculos que sanan: el perro como facilitador del cambio terapéutico”, im-

plementado en Proyecto Hombre/Proyecto Amigó de Castellón, es una intervención complementaria de TAP dirigida a personas con adicciones y/o problemática de salud mental. Se desarrolla en 10 sesiones grupales de 45 a 60 minutos, guiadas por un equipo interdisciplinario, en las que las personas usuarias trabajan los objetivos terapéuticos a través de la interacción con el perro.

La evaluación del programa se realiza mediante un estudio descriptivo y comparativo con enfoque cualitativo, en el que participan dos grupos de 50 personas cada uno: un grupo de intervención que recibe el programa TAP además del tratamiento habitual y un grupo control que sólo implementa el tratamiento ordinario. Para analizar los efectos del programa se emplean la Escala URICA (Frías et al., 2025), destinada a medir la disposición al cambio, el cuestionario de bienestar emocional WHO-5 (Cuevas-Castresana et al., 2022) y el cuestionario de salud general GHQ-28 (Lobo et al., 1999).

Los resultados de la escala URICA muestran que, antes del tratamiento, tanto el grupo de intervención (9,7) como el grupo control (9,6) se encontraban en fases iniciales del cambio, con predominio de las etapas de precontemplación y contemplación y puntuaciones bajas en acción y mantenimiento. Tras finalizar el tratamiento, ambos grupos mejoran su motivación al cambio: el grupo control alcanza un promedio de 13 puntos, manteniéndose en la etapa de preparación,

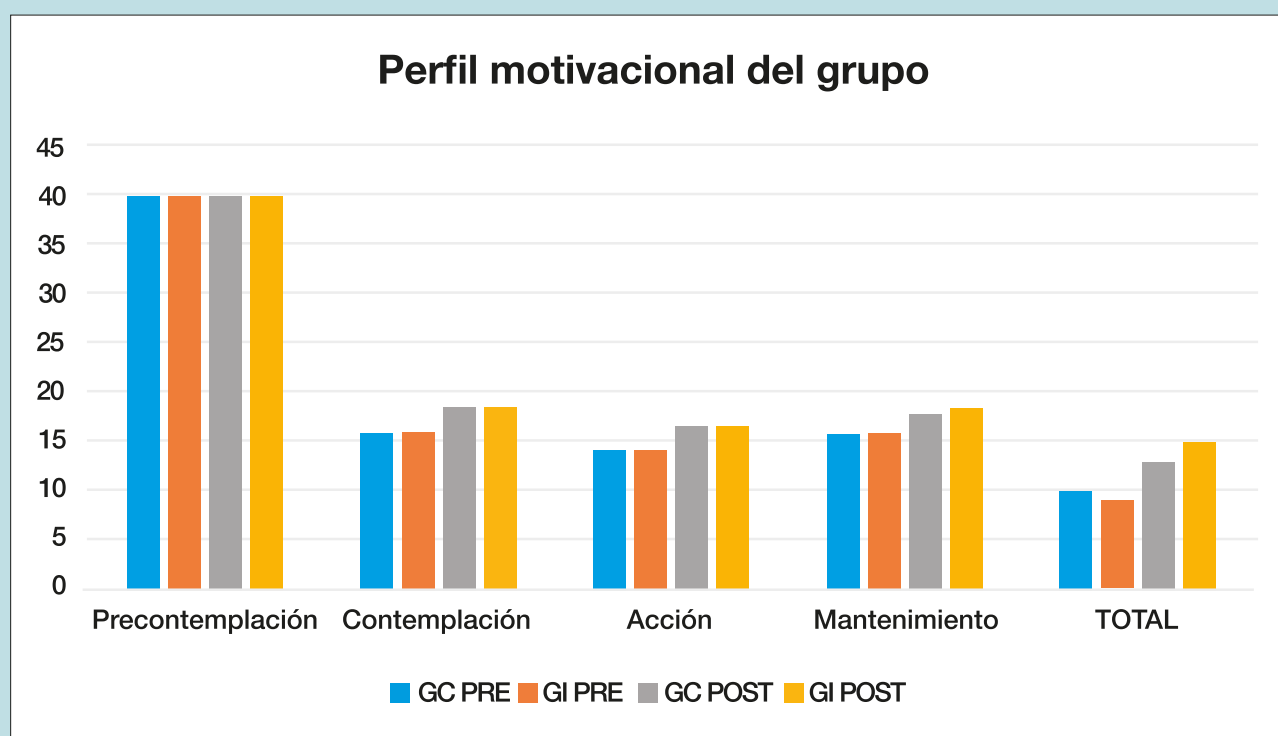


Gráfico 1. Resultados del URICA
Nota. Elaboración propia.

mientras que el grupo de intervención llega a 15 puntos, avanzando a la fase de acción. El análisis comparativo de las medianas confirma esta tendencia: ambos grupos presentan medianas similares en precontemplación (40), contemplación (19) y acción (17), mientras que en mantenimiento (18 vs 19) y en la puntuación total (13,1 vs 14,7) se observa una diferencia a favor del grupo intervención. Estos hallazgos parecen indicar que el grupo intervención con la TAP se asocia a

una mejora de conductas de cambio y un incremento de la motivación intrínseca, obteniendo una motivación general mayor que el grupo control.

Los resultados del WHO-5 Well-Being Index, analizados a partir de la mediana, muestran una mejora del bienestar subjetivo en ambos grupos, con niveles iniciales de bajo bienestar emocional similares. En el grupo control, que recibió únicamente el tratamiento ordinario, la mediana de las puntuaciones aumentó de 7 en

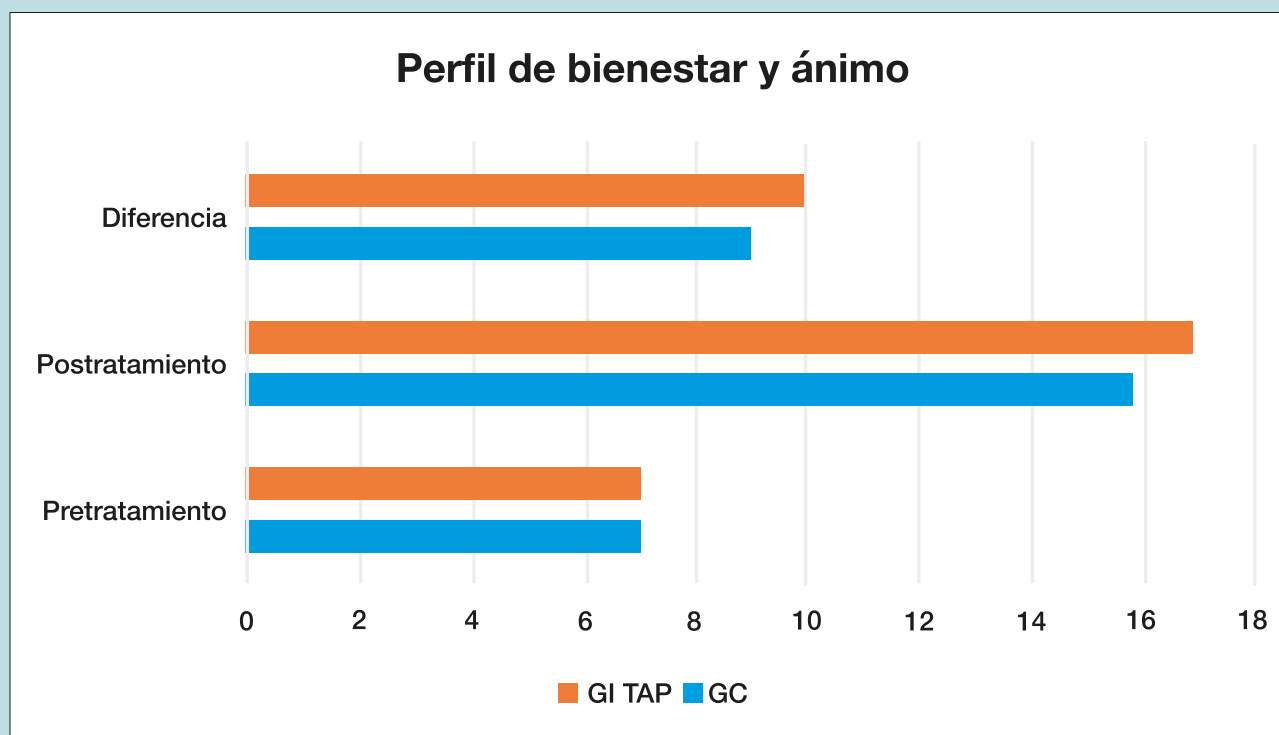


Gráfico 2. Resultados WHO-5 Well-Being Index
Nota. Elaboración propia.

la medición pretratamiento a 16 en la post-tratamiento, aumentando 9 puntos, lo que refleja una mejora del estado de ánimo y una reducción del malestar psicológico. Por su parte, el grupo de intervención, que combinó el tratamiento ordinario con TAP, mostró una evolución más favorable, con un incremento de 10 puntos, pasando de 7 en el pre-tratamiento a 17 en el post-tratamiento, esto se asocia a un incremento de la energía, la motivación y la activación emocional positiva, junto con una disminución de la ansiedad, la tristeza y el cansancio emocional. Asimismo, la TAP proporciona experiencias vivenciales con contacto afectivo, sensación de apoyo, relajación y conexión emocional, promoviendo la interacción social y el bienestar general. Los resultados sugieren que la TAP potencia los efectos del tratamiento ordinario, mejorando el bienestar emocional y el estado de ánimo positivo evaluados en el WHO-5.

En la evaluación pretratamiento del cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28, ambos grupos presentaban un malestar psicológico moderado-severo sin diferencias significativas (grupo control: 52; grupo intervención: 51,2) y puntuaciones elevadas en todas las áreas, incluyendo síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión, reflejando la sintomatología característica de los trastornos adictivos. Tras la intervención, ambos grupos mostraron reducción del malestar psicológico, con medianas totales de 47 en el grupo control y 44 en el grupo de intervención. No obstante, el grupo control todavía presentó valores elevados (hasta 54), indicando persistencia de síntomas, mientras que el grupo de intervención mostró más puntuaciones bajas (27-40), manifestando reducción sintomatológica en malestar emocional, ansiedad y disfunción social. Estos resultados sugieren que, además del efecto del tratamiento

ordinario, la TAP aporta un beneficio adicional, favoreciendo una disminución del malestar psicológico y un aumento del bienestar emocional y funcional.

Los resultados indican que, en relación con la motivación al cambio, ambos grupos partían de fases iniciales similares según la escala URICA. Tras la intervención, el grupo control mejoró

su motivación, aunque se mantiene en la fase de preparación, mientras que el grupo de intervención pasa a la fase de acción, con puntuaciones superiores en mantenimiento y el resultado total. La participación en la TAP potencia la implicación activa de las personas usuarias en su proceso terapéutico a través de las experiencias vivenciales positivas que genera la interacción con el perro,

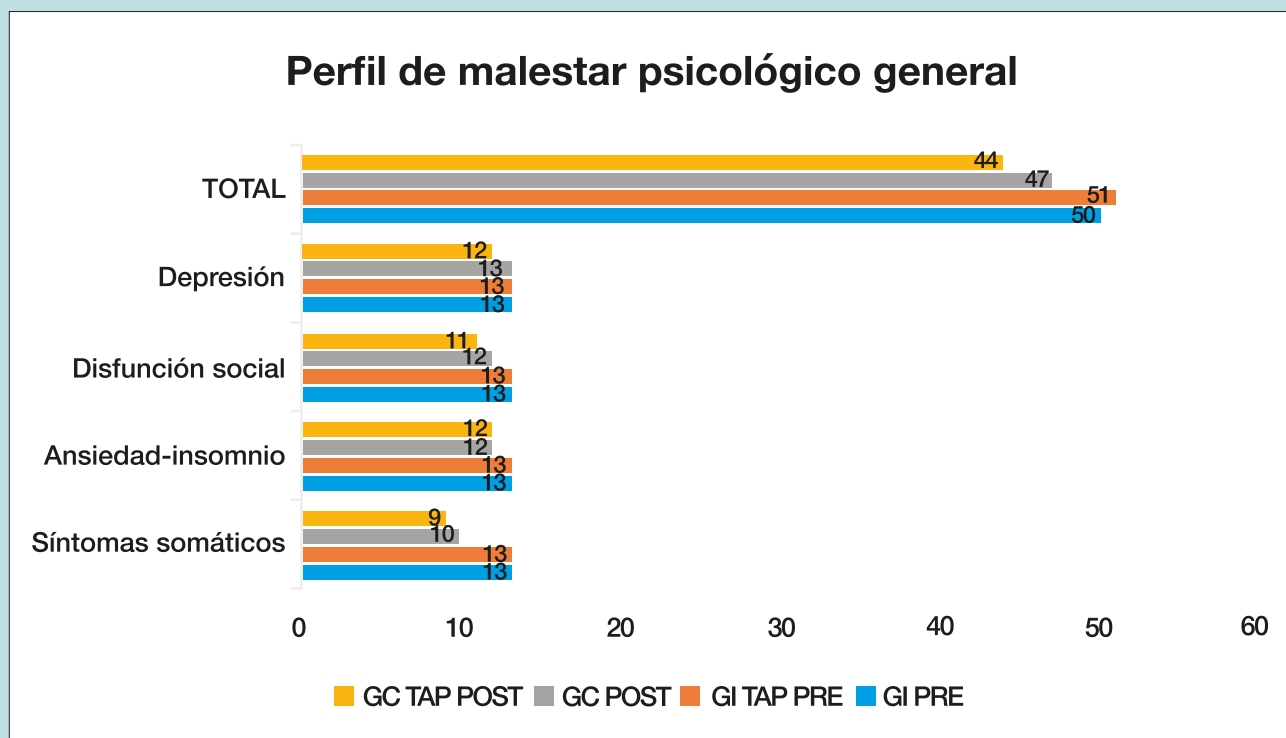


Gráfico 3. Resultados cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28

Nota. Elaboración propia.

proporcionando bienestar emocional y una participación terapéutica más comprometida. Este hallazgo es especialmente relevante, dado que la ambivalencia y la baja motivación son dificultades habituales en los tratamientos de adicciones, y confirma los resultados de otros estudios que señalan que la TAP, al promover afecto positivo, apoyo social y resiliencia, facilita la consolidación de conductas de cambio y el compromiso terapéutico (Carbone et al., 2025; Contalbrigo et al., 2017; Koukourikos et al., 2019; Mittly et al., 2024; Westra y Norouzian, 2018; Yang et al., 2020).

En cuanto al bienestar subjetivo, evaluado mediante el cuestionario WHO-5, ambos grupos mostraron mejoras postratamiento, partiendo de niveles comparables en la fase inicial. Si bien el grupo de intervención presentó un aumento superior (de 7 a 17, con diferencia de 10 puntos) en comparación con el grupo control (de 7 a 16, diferencia de 9 puntos). Esta diferencia puede deberse a la motivación que provoca la interacción con el perro, que, a su vez, disminuye la ansiedad y el cansancio emocional, ya que, a través de las expe-

riencias vivenciales, los usuarios experimentan seguridad afectiva y sensación de apoyo, que, al mismo tiempo, se traducen en una mayor interacción social y bienestar general. Estos datos coinciden con la literatura que destaca el papel de la TAP como factor protector frente



Figura 1. Taxi preparando la intervención.

Nota. Elaboración propia.

a recaídas, al reducir la ansiedad y la tensión, mejorando el estado de ánimo y la calidad de vida (Brown et al., 2020; Gkintoni et al., 2025; Sahebalmamani et al., 2020).

Respecto al malestar psicológico general, evaluado mediante el GHQ-28, ambos grupos mostraron mejoras tras el tratamiento, aunque con diferencias en las puntuaciones finales. El grupo control presentó puntuaciones postratamiento dentro del rango clínico de malestar psicológico (hasta 54), lo que indica la persistencia de sintomatología relevante. En contraste, el grupo de intervención obtuvo puntuaciones más bajas, situadas mayoritariamente por debajo del punto de corte clínico (27-40), reflejando una reducción de los síntomas somáticos, ansiedad-insomnio y disfunción social. Estos resultados sugieren que la TAP potencia el tratamiento ordinario en salud mental, favoreciendo las relaciones sociales, la comunicación, la participación y la adherencia terapéutica, en línea con estudios previos (Jones et al., 2019; Spattini et al., 2018).

Al considerar todo lo anterior en conjunto, se puede observar cómo la TAP actúa como un complemento eficaz de los programas convencionales de tratamiento en adicciones, potenciando la motivación al cambio, el bienestar subjetivo y la reducción del malestar psicológico, y generando resultados más globales que el tratamiento ordinario por sí solo (Carbone et al., 2025; Contalbrigo et al., 2017; Mitty et al., 2024).

Los resultados indican que la interacción con el perro genera beneficios en un contexto de terapia. El animal facilita el vínculo terapéutico, reduce la ansiedad y favorece la implicación de las personas usuarias en su proceso de recuperación. Estos efectos se reflejan en la mejora de los resultados de la URICA, WHO-5 y GHQ-28, con un aumento de la motivación y el bienestar, así como una reducción de los síntomas ansiosos, depresivos y somáticos, aportando un beneficio adicional al tratamiento habitual (Crossman, 2017; Gee et al., 2021).

Parece, pues, que el programa *Vínculos que sanan: el perro como facilitador del cambio terapéutico* se presenta como una herramienta útil que puede aplicarse en contextos de



rehabilitación e integrarse sin problemas en los tratamientos habituales. Su diseño lo hace adecuado para implementarlo en las primeras fases del proceso terapéutico, cuando el malestar psicológico es mayor y la adherencia es menor. Los resultados refuerzan el rol del perro como mediador terapéutico, ya que ayuda a crear un entorno seguro, facilita la expresión emocional, fomenta la participación activa y favorece los cambios positivos. En este sentido, la TAP puede complementar los programas existentes y contribuir a mejorar la atención y el logro de los objetivos terapéuticos en personas con adicciones.

Bibliografía



Implementación de grupos de **apoyo**, basados en la **Flexibilidad Psicológica**, dirigidos a **familiares** de personas que están en tratamiento por un problema de **adicción**

Este planteamiento de buena práctica parte del impacto que un problema de adicción suele tener en el entorno familiar, contexto cuya salud mental y dinámica relacional se encuentran frecuentemente muy deterioradas. Se destaca la importancia de considerar a la familia en el tratamiento e intervención de la persona con el problema de adicción, para lo cual se presenta un programa de intervención centrado en la Flexibilidad Psicológica (FP), diseñado para mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de los familiares de personas en tratamiento por adicción. La evidencia científica respalda la eficacia de este enfoque psicológico en el contexto familiar, destacándose la importancia y necesidad de considerar, atender y/o tratar a la familia de las personas en tratamiento por un problema de adicción.

La conducta adictiva no afecta única y/o exclusivamente a la persona que la presenta, manifiesta y/o sufre sino también a su entorno o contexto familiar. En este sentido, parte del problema se extendería hasta la realidad y dinámica familiar, quedando condicionado, negativa y significativamente, el bienestar psicológico, social y físico de dicho contexto (Mardani et al., 2023; Monari et al., 2024). A pesar de la limitada investigación sobre los retos familiares

específicos, éstas suelen enfrentarse a presiones personales, familiares y sociales significativas (Di Sarno et al., 2020; Mardani et al., 2023; Monari et al., 2024). Los principales temas que definen la experiencia familiar ante un problema de adicción son: 1. Malestar emocional, psicológico y físico, con estrés, ansiedad, insomnio y emociones negativas como vergüenza, culpa y desesperanza; 2. Relaciones dañadas por agresividad, violencia y conflictos, afectando



especialmente a menores vulnerables; 3. Carga física, emocional, social y económica, agravada por el estigma y aislamiento social; 4. Dilemas y roles conflictivos, donde padres suelen carecer de conocimiento para identificar las señales iniciales de adicción.

El foco, a pesar de la inevitable repercusión familiar del problema, se ha centrado significativa y exclusivamente en la persona que presenta la conducta adictiva, dejando en un segundo plano a la familia, sus necesidades, además de su influencia y/o efecto tanto en el problema como en el tratamiento y la naturaleza de sus resultados (García-Fernández et al., 2022). Por tanto, y aunque el abordaje individual es una parte necesaria y fundamental de cualquier propuesta de intervención, también resultaría fundamental y necesario conocer y reconocer el contexto familiar, conociendo y reconociendo el potencial de la familia y abordando también sus necesidades y circunstancias (American Psychiatric Association, 2018; Organización Mundial de la Salud (OMS) y Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2020).

Desde un enfoque relacional y/o sistémico, diversas modalidades de intervención centradas en el contexto familiar cuentan, en la actualidad, con una eficacia evidenciada empíricamente en el marco de la conducta adictiva (García-Fernández et al., 2022). Sin embargo, y a su vez también, se han detectado limitaciones importantes como, por ejemplo, una escasa aplicación práctica y la heterogeneidad metodológica, junto a un vacío muy significativo, evidenciado este en la falta de atención e interés tanto en el impacto y repercusión familiar de la adicción como en el bienestar de la familia,

volviendo los programas a orientarse, en la mayoría de los casos, hacia la modificación y/o el cambio de la conducta adictiva y la persona que la presenta, manifiesta y/o sufre (Esteban et al., 2022; Rushton et al., 2023).

De acuerdo con las limitaciones y el vacío detectados, que cuestionarían y limitarían la evidencia de las intervenciones familiares en el contexto de la adicción, la *Flexibilidad Psicológica* ha mostrado y demostrado una relación significativa con el nivel de funcionamiento tanto familiar como de pareja, evidenciándose como un elemento central en la conformación y naturaleza de las dinámicas presentes tanto en el entorno familiar como en las relaciones interpersonales cercanas (Daks y Rogge, 2020). La FP ha sido desarrollada en el marco de las terapias contextuales o de tercera generación y, en concreto, en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, en inglés) (Hayes et al., 2014), definiéndose como la habilidad y/o disposición a estar en contacto, de manera abierta, plena y consciente, con el momento presente mientras se actúa y participa en acciones comprometidas con los valores personales elegidos (Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2014).

La evidencia empírica acumulada ha demostrado que la FP mejora la salud mental, la adaptación al estrés y el bienestar en contextos clínicos, familiares y laborales (Bond et al., 2013; Macri y Rogge, 2024; McCracken, 2023). En el ámbito familiar, se asocia con una mayor cohesión y estrategias más adaptativas (Daks y Rogge, 2020), mientras que en el contexto de la conducta adictiva el aumento de la FP, objetivo de la ACT, ayudaría a tolerar la angustia y el manejo del estrés (Yıldız y Büyükkırat, 2025), reduciendo la evitación que perpetúa y/o cronifica la adicción

y mejorando la adherencia a la intervención (Sánchez-Millán et al., 2022; Ulusoy et al., 2022).

De acuerdo con los contextos señalados y basado en la función que la FP ha evidenciado en cada uno de ellos, la buena práctica planteada consistiría en la puesta en marcha de grupo de apoyo dirigidos a familiares de personas que están en tratamiento por un problema de adicción y basados en la Flexibilidad Psicológica. Dado el objetivo de esta Buena Práctica, es importante destacar que durante el año 2023 el 73,2% de las personas adultas que demandaron tratamiento en Proyecto Hombre Granada contaron con apoyo familiar para realizarlo (Proyecto Hombre Granada 2023), siendo 297 el número de personas familiares orientadas y asesoradas previamente al inicio de tratamiento en 2024, con un mayor porcentaje de representación de mujeres (principalmente madres y parejas) (Proyecto Hombre Granada, 2024). De acuerdo con los datos anteriormente indicado, quedaría evidenciado el hecho de que el apoyo familiar es un factor prevalente y probablemente crucial para la decisión y continuidad en el tratamiento en personas adultas. A su vez, la existencia significativa de este apoyo y acompañamiento sugiere que las familias son un pilar fundamental en el proceso de cambio y reinserción de una persona con problemas de adicción.

Para participar en los grupos de apoyo, las personas familiares interesadas deben ser mayores de edad y tener un vínculo con la persona en tratamiento por un problema de adicción dentro de su sistema de apoyo o ámbito relacional, como principales criterios de inclusión, quedando excluidas aquellas personas con un problema de adicción, ya sea por abuso de sustancias o por adicciones conductuales, y/o que presenten condiciones que dificulten la participación o el seguimiento del programa, como un deterioro cognitivo severo o un trastorno mental grave diagnosticado.

Con respecto a la propuesta de intervención planteada, esta se desarrollaría en contexto ambulatorio, formato grupal y estructurada en siete sesiones semanales, estructura distribuida y organizada, a su vez, en cuatro módulos, como se puede observar en la **tabla 1**. La evaluación de los cambios logrados tras la participación en los grupos de apoyo se realiza mediante mediciones antes del programa, al finalizar y a los 3, 6 y 12 meses de su finalización, valoración de los resultados centrada en las siguientes variables: Sintomatología emocional (depresión, ansiedad y estrés), Flexibilidad Psicológica, Salud Familiar y Calidad de Vida. La aplicación correcta del programa y el progreso de las personas familiares participantes a lo

Tabla 1.
Objetivos de los módulos del programa de intervención y sesiones que los componen

MÓDULOS	OBJETIVOS	SESIONES
MÓDULO 1	Plantear los objetivos y los componentes a tratar durante el programa de intervención. Introducir la FP como habilidad alternativa a partir de la Desesperanza Creativa.	1 y 2
MÓDULO 2	Analizar la relación con los eventos privado. Fomentar la toma de perspectiva y la aceptación respecto a eventos privados y la aplicación de la atención plena.	3 y 4
MÓDULO 3	Clarificar y conectar con las áreas valiosas. Identificar y aplicar acciones comprometidas con los valores.	5 y 6
MÓDULO 4	Revisar la progresión y el cambio a lo largo del programa. Integrar los procesos de FP. Prevenir y preparar la aplicación de la flexibilidad psicológica a largo plazo.	7

largo de las sesiones se verifica evaluando la fidelidad al protocolo, la tasa de incidencia, el cumplimiento de las tareas para casa, la asimilación de conceptos y, por último, la satisfacción y la utilidad de lo aprendido.

La metáfora de **“cuidar el jardín”** (Wilson y Luciano Soriano, 2014) actuaría como hilo conductor del programa de intervención, ofreciéndose como marco comprensible, vivencial, evocador y funcional que facilitaría entender, experimentar y, sobre todo, aplicar los componentes de la FP tanto en la vida co-

tidiana como en las relaciones familiares. El jardín representaría la vida personal y familiar; las “malas hierbas” simbolizarían los eventos privados dolorosos y/o negativos (pensamientos, emociones, recuerdos, imágenes o sensaciones) asociados al problema de adicción del familiar en tratamiento; los intentos de “arrancarlas” reflejarían las conductas de control y/o evitación que buscan reducir o eliminar el malestar asociado a dichos eventos privados. Por último, las “flores y frutos” representarían los valores personales y familiares,

es decir, aquello que importa y que da sentido y dirección a la vida personal y familiar. A lo largo del programa, y de acuerdo con los objetivos de cada uno de los módulos y sesiones que lo componen, se retoma la metáfora de “cuidar el jardín” con el fin de integrar lo aprendido, conectar los ejercicios con la experiencia personal y facilitar la comprensión práctica y funcional de la FP y sus componentes.

El módulo 1, a través las dos sesiones que lo componen, introduce la metáfora marco del programa, ayudando a las personas participantes (familiares de persona en tratamiento por un problema de adicción) a reconocer eventos privados difíciles y las estrategias de control ineficaces, promoviendo, mediante ejercicios experienciales, metáforas y otras estrategias e instrumentos, la comprensión inicial de la FP y el componente referido a “estar presente” a través del contacto con el momento presente y la perspectiva estable y continua del Yo como contexto u observador/a. Las sesiones que integran el módulo 2 del programa tienen como principal objetivo practicar la apertura, enseñando a las personas familiares a relacionarse de forma flexible con los eventos privados difíciles, mediante las habilidades de la defusión cognitiva y la aceptación y orientándoles a dejar de luchar contra el malestar y actuar de manera coherente y comprometida con los valores personales. El módulo 3 se centra en “hacer lo que importa”, mediante la clarificación de valores y la transformación de estos en acciones comprometidas, promoviendo la coherencia y el sentido de la vida a través de diferentes ejercicios experienciales, metáforas y otros instrumentos de registro y evaluación. Por último, el módulo final del programa, módulo 4, y la sesión que lo compone, integraría las habilidades aprendidas y practicadas en las sesiones y/o módulos anteriores, reforzando en las personas familiares la aplicación continua de la FP y, sobre todo, la elección de responder y/o afrontar futuras dificultades que surjan a lo largo el proceso del familiar en tratamiento, con apertura, en el presente y haciendo lo que importa.

En conclusión, este programa destaca por su enfoque innovador centrado en la salud mental y la calidad de vida del entorno familiar de la persona en tratamiento por un problema



de adicción, superando las intervenciones tradicionales al abordar la FP mediante un modelo contextual y transdiagnóstico que evita etiquetas psicopatologizantes como la “codependencia familiar”. Esta intervención cuenta con una sólida fundamentación en la Terapia de Aceptación y Compromiso y con una metodología estructurada que emplea recursos simbólicos y metafóricos para hacer accesibles y vivenciales conceptos terapéuticos complejos. Por tanto y por todo, la Buena Práctica que supone la intervención aquí planteada destaca la necesaria atención integral en adicciones, reconociéndose a la familia como un contexto afectado y con derecho a su propio proceso de intervención y apoyo.

Bibliografía



Más allá del tratamiento: **acompañar** procesos de **cambio** en personas con trastorno **mental** asociado

“Las personas no son sus diagnósticos”, principio central del enfoque de recuperación en salud mental (Anthony, 1993).

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas reconocer sus capacidades, afrontar las tensiones habituales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad (World Health Organization, 2004). Esta definición sitúa la salud mental en un continuo donde convergen dimensiones emocionales, psicológicas y sociales.

Desde esta perspectiva, las adicciones no pueden entenderse como un problema exclusivamente relacionado con el consumo. Con frecuencia coexisten con otros trastornos mentales, configurando cuadros de elevada complejidad clínica. Esta coexistencia, denominada comorbilidad o patología dual, incrementa la complejidad terapéutica y ha reactivado el debate sobre su conceptualización y sus implicaciones organizativas (Szerman et al., 2017; Fernández-Artamendi et al., 2024).

Las personas afrontan simultáneamente las consecuencias del consumo y las derivadas de otros trastornos mentales, que influyen en la estabilidad emocional, el ritmo del proceso y la capacidad de sostener intervenciones prolongadas, con impacto también en el entorno familiar y relacional. Esta situación compromete la adherencia y continuidad terapéutica, reforzando la necesidad de respuestas integradas y sostenidas (Drake et al., 2020).

Durante años, la atención se organizó en redes diferenciadas de salud mental y adicciones, con escasa coordinación, lo que favoreció derivaciones reiteradas y dificultades de acceso, fenómeno descrito como “síndrome de

la puerta equivocada” (Szerman et al., 2017). En el ámbito internacional se ha señalado la necesidad de modelos integrados y definiciones estandarizadas que reduzcan fragmentación y estigma (Szerman et al., 2022).

Ante este escenario, desarrollar modelos integrados que aborden de forma conjunta la adicción y la salud mental se ha convertido en una necesidad, incorporando de manera estructural las dimensiones clínica, psicológica y social en un mismo dispositivo asistencial (Mueser et al., 2003).

La respuesta de Proyecto Hombre Salamanca ante la creciente presencia de personas con trastorno por uso de sustancias y salud mental asociado se ha construido de manera progresiva, a partir de la experiencia y la evaluación continua del propio recurso.

En 2010 se inició una etapa de especialización dentro del modelo existente. Se incorporó una mayor diferenciación en la intervención con personas que presentaban sintomatología psiquiátrica relevante. Este primer paso no supuso aún una estructura independiente, pero sí un cambio significativo en la práctica profesional: mayor coordinación con psiquiatría y medicina,

seguimiento farmacológico más estructurado, ajustes metodológicos en el trabajo grupal y adaptación de ritmos y niveles de exigencia.

En 2011 esta evolución se concretó en la puesta en marcha de una Comunidad Terapéutica específica orientada a personas con patología dual, que se denominó “Programa Timón”. Compartía entorno con personas con problemas de alcohol, pero contaba con un planteamiento metodológico propio, ajustado a perfiles de mayor vulnerabilidad clínica. Esta etapa permitió consolidar una base técnica sólida en la intervención con comorbilidad, reforzando el seguimiento individualizado y la supervisión psiquiátrica.

Con el tiempo, la coexistencia de dispositivos diferenciados mostró también algunas limitaciones. La segmentación dificultaba transiciones fluidas entre perfiles, reducía la flexibilidad interna del recurso. Además, podía reforzar la percepción de circuitos paralelos en función del diagnóstico, generando dinámicas de diferenciación y comparación poco compatibles con la cohesión comunitaria.

Tras un proceso de revisión interna, en 2018 se decidió reorganizar el modelo. Las estructuras existentes se integraron en una única Comunidad Terapéutica con dos líneas de intervención adaptadas a diferentes niveles de apoyo, pero enmarcadas en un mismo espacio comunitario y bajo principios compartidos.

Este cambio permitió mantener la especialización desarrollada desde 2010 dentro de un mismo

entorno comunitario, evitando separar a las personas en circuitos diferentes según su diagnóstico. El criterio dejó de basarse exclusivamente en una categoría diagnóstica y pasó a centrarse en las necesidades concretas, la estabilidad clínica y el momento evolutivo de cada persona. Además, la integración facilitó el tránsito entre líneas sin necesidad de derivaciones externas.

Desde esta reorganización, la Comunidad Terapéutica ha atendido a más de 100 personas dentro de esta línea especializada (Línea Huertas). Esta línea se caracteriza por una mayor adaptación metodológica a las características personales, clínicas y cognitivas, incorporando objetivos y ritmos ajustados a cada proceso.

Entre 2019 y 2025 se registraron 771 atenciones en la Comunidad Terapéutica. De ellas, 349 correspondieron a personas con trastorno mental diagnosticado, mientras que 147 atenciones se realizaron dentro de la línea especializada.

La diferencia entre el porcentaje total de personas con trastorno mental y el porcentaje ubicado en la línea especializada es significativa. En 2019, por ejemplo, la línea Huertas representó el 25,2% de las atenciones, mientras que el 37,4% del total correspondía a personas con trastorno mental diagnosticado. Este patrón se mantiene en los años posteriores, lo que confirma que una parte importante de las personas con necesidades de salud mental puede ser atendida en la línea general cuando su estabilidad lo permite, sin necesidad de estructuras diferenciadas adicionales.

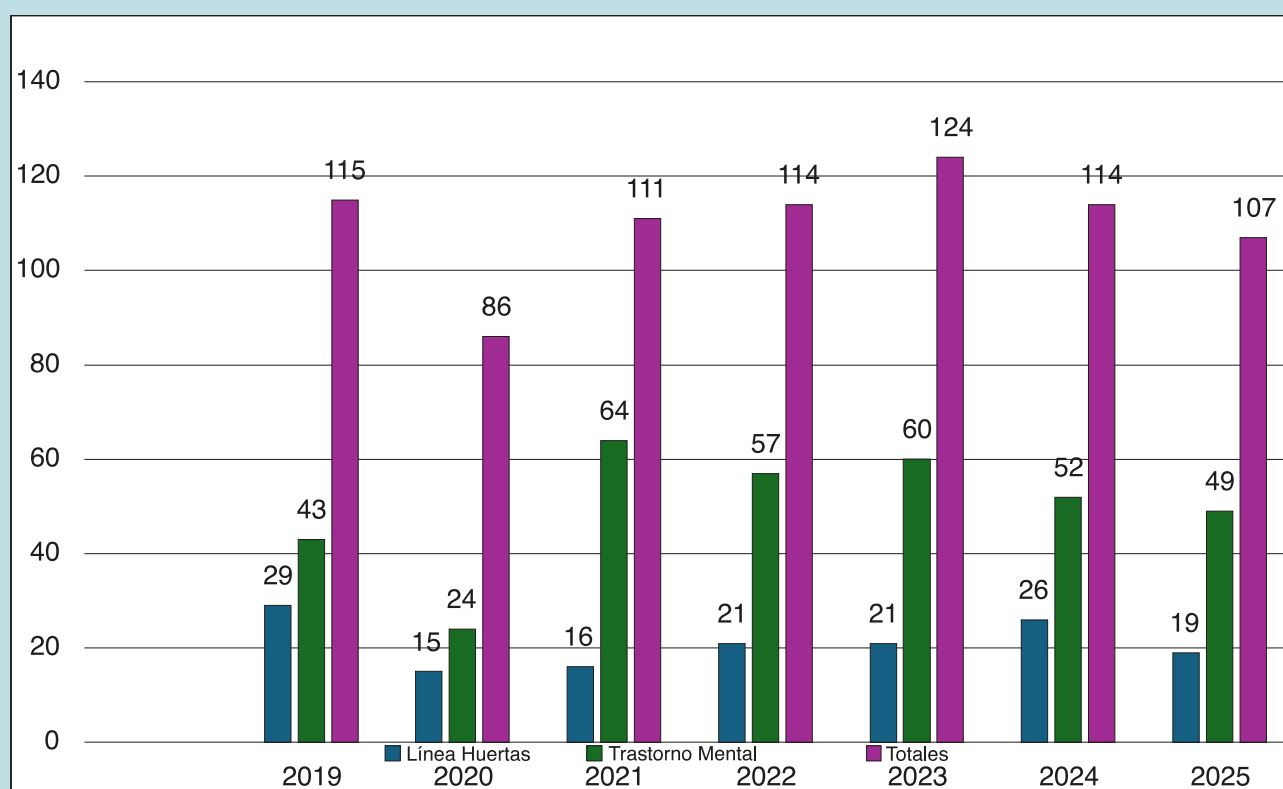


Gráfico 1. Distribución de atenciones.

Fuente elaboración propia a partir de registros internos de Proyecto Hombre Salamanca (2019-2025)

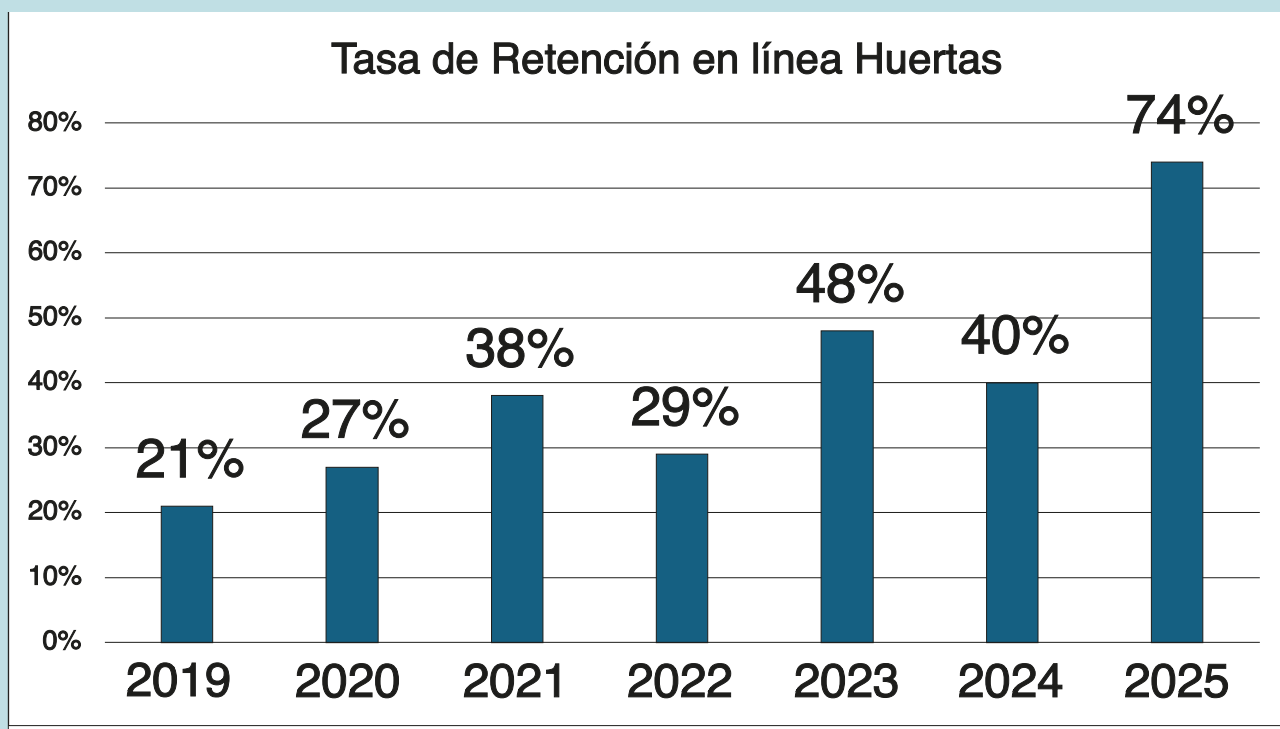


Gráfico 2. Evolución de la tasa de retención

Fuente elaboración propia a partir de registros internos de Proyecto Hombre Salamanca (2019-2025)

Estos datos muestran que la organización no se estructura únicamente en función del diagnóstico, sino del nivel de apoyo que cada persona necesita en cada momento. La línea especializada concentra a quienes requieren mayor adaptación educativa y terapéutica, mientras que la atención a la salud mental forma parte del trabajo transversal de todo el recurso.

La tasa de retención en la línea Huertas ha mostrado una evolución positiva, pasando del 21% en 2019 al 74% en 2025 (véase Gráfico 2). Aunque existen oscilaciones interanuales, la tendencia general indica una mejora significativa en la permanencia dentro del proceso terapéutico.

Esta evolución sugiere que la posibilidad de ajustar niveles de apoyo, ritmos y objetivos dentro de un mismo entorno comunitario

constituye un factor clave para reducir abandonos prematuros. La integración organizativa no solo ha permitido atender mayor complejidad, sino también sostener mejor los procesos en el tiempo.

La intervención se estructura como un modelo biopsicosocial integrado que combina dimensión psicológica, educativa, trabajo con el sistema familiar, seguimiento médico-psiquiátrico y convivencia comunitaria, articulados de forma coordinada en las dimensiones clínica, psicológica, educativa, familiar y social. Este enfoque se alinea con la conceptualización contemporánea de la Comunidad Terapéutica como dispositivo sociopsicológico estructurado (De Leon y Unterrainer, 2020).

La existencia de dos líneas dentro de la misma Comunidad Terapéutica no implica recursos separados, sino formas de intervención adaptadas a las necesidades de cada persona. Ambas comparten estructura y valores, pero ajustan ritmos y objetivos según el nivel de apoyo requerido.

La línea general se orienta a personas que, aun presentando sintomatología asociada, mantienen estabilidad suficiente para seguir el ritmo habitual del programa. La línea especializada incorpora mayor estructuración de tareas, acompañamiento individual más frecuente y contenidos psicoeducativos específicos en salud mental.

El proceso integra una vertiente terapéutica centrada en el seguimiento individual y la estabilidad emocional, una dimensión educativa y comunitaria basada en la convivencia y la asunción de responsabilidades, y un trabajo familiar estructurado dentro del propio modelo de intervención. La familia forma parte del proceso de cambio, no solo como red de apoyo de la persona en tratamiento, sino como sistema que también precisa orientación profesional y procesos de reajuste propios. Este abordaje se desarrolla mediante espacios formativos y entrevistas individuales, orientados a fortalecer su capacidad de acompañamiento y favorecer su estabilidad y bienestar.

En este marco integrado, el trabajo médico, psiquiátrico y de enfermería constituye un pilar estructural del modelo, con el mismo rango funcional que el resto de las dimensiones del proceso, con participación activa en la evaluación inicial, la planificación terapéutica y la toma de decisiones clínicas compartidas, incorporado plenamente a la dinámica comunitaria y no como un servicio externo o complementario. La atención sanitaria se desarrolla dentro de la propia Comunidad Terapéutica,

en coordinación permanente con el equipo terapéutico. Esta articulación permite realizar valoraciones clínicas continuadas, ajustar tratamientos cuando es necesario y acompañar la evolución psicopatológica sin desvincularla del proceso comunitario.

La observación diaria, el seguimiento de la estabilidad emocional y la identificación de posibles cambios en el estado conductual se abordan de manera coordinada entre los distintos perfiles profesionales. Esta mirada compartida favorece decisiones consensuadas, evita intervenciones fragmentadas y refuerza la coherencia del acompañamiento.

La planificación del proceso se articula a través del Plan Terapéutico Individualizado (PTI), que constituye la herramienta central de organización del itinerario de cada persona. El PTI se elabora tras una evaluación inicial conjunta y recoge los objetivos prioritarios, las áreas de intervención, los apoyos necesarios y los indicadores de seguimiento.

Este plan integra los objetivos vinculados a la recuperación en adicciones con aquellos relacionados con la estabilidad emocional y la salud mental. No es un documento estático, sino un instrumento dinámico que se revisa periódicamente en equipo, ajustando metas y estrategias en función de la evolución.

El PTI facilita además el tránsito entre líneas cuando el proceso lo requiere. La persona no cambia de programa, sino que adapta su nivel de apoyo dentro de una estructura común, manteniendo continuidad y coherencia en la intervención. Su participación en la definición y revisión del plan refuerza la corresponsabilidad y el compromiso con el cambio.

La intervención se orienta a favorecer procesos de cambio sostenibles, integrando la dimensión clínica, educativa y social en un mismo itinerario.

Un primer objetivo es promover la integración progresiva en la comunidad, facilitando la adquisición de hábitos de vida saludables, la estructuración del tiempo y la asunción gradual de responsabilidades. Este proceso contribuye al fortalecimiento de la autonomía personal y a la reconstrucción de la identidad más allá del consumo y del diagnóstico.

De forma paralela, se trabaja el aumento de la conciencia de problema tanto en relación con la adicción como con las necesidades de salud mental asociadas. La psicoeducación y el acompañamiento individual permiten comprender los propios procesos emocionales, identificar señales de alerta y favorecer la adherencia al tratamiento cuando está indicado.

Otro objetivo central es el desarrollo de estrategias de regulación emocional y afrontamiento adaptativo. Muchas de las personas atendidas presentan dificultades en la gestión del malestar, impulsividad o desorganización conductual. El trabajo individual y grupal facilita el aprendizaje de habilidades para afrontar conflictos, tolerar la frustración y mejorar la toma de decisiones.

La intervención también busca fortalecer las competencias sociales, familiares y relacionales, reduciendo el aislamiento y favoreciendo la construcción de redes de apoyo saludables. La convivencia comunitaria se convierte en un espacio privilegiado para ensayar nuevos modos de relación y consolidar aprendizajes en situaciones reales.

Finalmente, se presta especial atención a la planificación de la continuidad tras la estancia en la Comunidad Terapéutica. La vinculación progresiva con recursos externos y la preparación anticipada de la salida permiten reducir el riesgo de recaída y favorecer la estabilidad a medio y largo plazo.

Estos objetivos se adaptan en función del nivel de apoyo requerido en cada momento. En la línea especializada se prioriza la estabilización emocional y la consolidación de habilidades básicas de autocuidado. En la línea general se avanza hacia mayores niveles de autonomía funcional y reinserción social. En ambos casos, el eje sigue siendo el acompañamiento personalizado dentro de un marco comunitario común.

La intervención con personas con problemas de adicción y necesidades de salud mental asociadas requiere coordinación entre dispositivos sanitarios y sociales. La fragmentación asistencial constituye un riesgo claro de discontinuidad en los procesos terapéuticos.

En el modelo actual, la coordinación no se limita al trabajo en red externo, sino que se inicia dentro del propio recurso. El equipo médico-psiquiátrico y de enfermería forma parte activa de la Comunidad Terapéutica, participando en la planificación del proceso, la evaluación de riesgos clínicos y la toma de decisiones terapéuticas compartidas con el resto del equipo interdisciplinar. Esta integración interna facilita un abordaje coherente y evita duplicidades o contradicciones tanto en la intervención como en el ajuste del tratamiento farmacológico.

La Comunidad Terapéutica mantiene, además, coordinación con los servicios públicos de salud mental, atención primaria y servicios sociales, así como con otros recursos de con-

tinuidad asistencial. Esta articulación permite compartir información relevante, ajustar tratamientos y planificar conjuntamente las distintas fases del proceso.

La presencia del equipo sanitario dentro del recurso facilita ajustes farmacológicos ágiles y seguimiento clínico continuado, reduciendo el riesgo de descompensaciones no detectadas. A su vez, la planificación anticipada de la salida y la vinculación progresiva con recursos externos favorecen transiciones acompañadas y sostenibles.

Persisten desafíos estructurales, especialmente en la disponibilidad de recursos externos de salud mental, lo que obliga a reforzar la coordinación y la planificación para sostener procesos complejos sin generar interrupciones innecesarias.

La evolución del modelo ha permitido constatar que la especialización no requiere necesariamente estructuras segregadas. La experiencia demuestra que es posible atender perfiles de mayor complejidad clínica dentro de un marco comunitario compartido, siempre que exista flexibilidad metodológica, coordinación interdisciplinar y coherencia organizativa.

Uno de los aprendizajes más relevantes es que el diagnóstico no puede convertirse en el eje organizador de la intervención. La experiencia ha demostrado que la estabilidad clínica, el nivel de funcionamiento y el momento vital ofrecen referencias más ajustadas para determinar el tipo de apoyo necesario. Esta perspectiva desplaza el foco desde la etiqueta diagnóstica hacia las capacidades y necesidades reales de la persona, favoreciendo procesos más flexibles y ajustados a la evolución individual.

La integración interna ha tenido también un impacto cultural en el equipo. La salud mental dejó de entenderse como un ámbito específico circunscrito a una línea concreta y pasó a formar parte estructural del enfoque clínico-comunitario del recurso. Esta transformación ha favorecido mayor cohesión profesional, respuestas más ajustadas ante situaciones complejas y una mirada menos fragmentada sobre las personas atendidas.

Otro aprendizaje significativo se relaciona con la permanencia en el proceso. La posibilidad de modular apoyos sin romper el marco comunitario ha contribuido a reducir abandonos prematuros y a sostener itinerarios más prolongados. En personas con experiencias previas de discontinuidad asistencial, la estabilidad del entorno, la implicación familiar y la coherencia en la intervención resultan factores protectores determinantes.

Por último, la experiencia confirma que los modelos comunitarios pueden constituir espacios idóneos para acompañar procesos complejos cuando combinan estructura, flexibilidad y coordinación sanitaria integrada. No obstante, el contexto externo sigue planteando desafíos, especialmente en lo relativo a la continuidad en recursos de salud mental, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el trabajo en red.

En conjunto, el aprendizaje principal es organizativo y metodológico: integrar no significa diluir la especialización, sino redistribuirla dentro de un marco inclusivo que prioriza las necesidades reales de cada persona sobre la categoría diagnóstica.

La experiencia desarrollada en Proyecto Hombre Salamanca muestra que la atención a personas con problemas de adicción y necesidades de salud mental asociadas exige una organización capaz de integrar y adaptar sin fragmentar.

La evolución desde una diferenciación estructural hacia un modelo comunitario integrado ha permitido mantener la especialización técnica desarrollada durante años, evitando circuitos paralelos de atención. La intervención deja de centrarse exclusivamente en el diagnóstico y se orienta a las necesidades concretas, la estabilidad clínica y el momento evolutivo de cada persona.

Este modelo demuestra que la Comunidad Terapéutica puede configurarse como una estructura asistencial biopsicosocial completa, capaz de integrar de forma coherente la intervención sanitaria, psicológica, educativa y social. La incorporación de la dimensión sanitaria y la reorganización interna no han supuesto una medicalización del recurso, sino una ampliación de su capacidad de respuesta dentro del marco comunitario.

Los resultados observados en términos de permanencia sugieren que la posibilidad de ajustar niveles de apoyo dentro de un mismo entorno comunitario favorece la adherencia y reduce discontinuidades. La coordinación entre los equipos médico-psiquiátrico, psicológico y educativo, articulada a través del Plan Terapéutico Individualizado, refuerza la coherencia del acompañamiento y contribuye a sostener procesos complejos.

Más allá de la permanencia en el tratamiento, la experiencia sugiere que este modelo favorece procesos de recuperación más estables y sostenidos en el tiempo. La integración coordinada de las dimensiones sanitaria, psicológica, educativa, familiar y comunitaria permite no solo mantener a la persona en el recurso, sino acompañarla en la mejora de su funcionamien-

to personal, relacional y social, elementos esenciales para una recuperación real y significativa.

En un contexto donde la fragmentación asistencial continúa siendo un reto relevante en la atención a la comorbilidad, la experiencia presentada evidencia que la integración organizativa interna puede convertirse en una estrategia eficaz y transferible a otros recursos comunitarios de la red Proyecto Hombre y del ámbito sociosanitario.

Integrar no implica homogeneizar los procesos ni diluir la especialización. Supone adaptar la intervención a la singularidad clínica, psicológica y social de cada persona.

Bibliografía



ENTIDADES COLABORADORAS

Son muchas las entidades implicadas en la labor que desarrollamos en **Proyecto Hombre**. Desde la Asociación queremos dedicar este espacio de la revista a agradecer la colaboración de todas ellas.



Universidad de Oviedo

Linklaters



Fundación Triodos



Fundación "la Caixa"



LISTADO DE CENTROS, DIRECCIONES SEDES CENTRALES

ALICANTE

Dirección:
Partida de Aguamarga, s/n, 03008 Alicante
Teléfono:
(96) 511 21 25 Fax: (96) 511 27 24
Internet:
info@proyectohombrealicante.org
<https://proyectohombre.es/alicante/>

ALMERÍA

Dirección:
Calle de la Almedina, 32, 04002 Almería
Teléfono:
950 266 158
Internet:
programas@proyectohombrealmeria.es
<https://proyectohombre.es/almeria/>

ASTURIAS

Dirección:
Av. José Manuel Palacio Álvarez, 40, 33212 Gijón, Asturias
Teléfono:
(98) 429 36 98/99. Fax: (98) 429 36 71
Internet:
phastur@proyectohombreastur.org
<https://proyectohombre.es/asturias/>

BALEARES

Dirección:
Carrer Projecte Home, 4, 07007 Palma, Illes Balears
Teléfono:
(971) 79 37 50. Fax: (971) 79 37 46
Internet:
info@proyectohomebalears.org
<https://proyectohombre.es/baleares/>

BURGOS

Dirección:
Calle Pedro Poveda Castroverde, 3, 09007 Burgos
Teléfono:
(947) 48 10 77. Fax: (947) 48 10 78
Internet:
proyectohombreburgos@sarenet.es
<https://proyectohombre.es/burgos/>

CÁDIZ

Dirección:
Calle Prolongación Pizarro, 24, 11407 Jerez de la Frontera, Cádiz
Teléfono:
(956) 18 32 74/18 32 76. Fax: (956) 18 32 76
Internet:
sede@proyectohombreprovinciacadiz.org
<https://proyectohombre.es/cadiz/>

CANARIAS

Dirección:
Calle Pedro Doblado Claverie, 34, 38010 Santa Cruz de Tenerife
Teléfono:
(922) 66 10 20. Móvil: 618 88 05 32
Internet:
administracion.tfe@proyectohombrecanarias.com
<https://proyectohombre.es/canarias/>

CANTABRIA

Dirección:
Calle Isabel la Católica, 8, 39007 Santander, Cantabria
Teléfono:
(942) 23 61 06. Fax: (942) 23 61 17
Internet:
phcantabria@proyectohombrecantabria.org
<https://proyectohombre.es/cantabria/>

CASTELLÓN

Dirección:
Calle Onda, 7, 12006 Castellón de la Plana, Castellón
Teléfono:
(964) 20 52 55. Fax: (964) 25 00 46
Internet:
fundacion@proyectoamigo.org
<https://proyectohombre.es/castellon/>

CASTILLA LA MANCHA

Dirección:
Calle Bolarque, 3, 19005 Guadalajara
Teléfono:
949 25 35 73
Internet:
info@phcastillalamancha.es
<https://proyectohombre.es/castilla-la-mancha/>

CATALUÑA

Sede central
Dirección:
Gran Vía de les Corts Catalanes, 204 · Bis, 7, 08004 Barcelona
Teléfono:
(93) 469 32 25. Fax: (93) 469 35 28
Internet:
info@projectehome.org
<https://proyectohombre.es/cataluna/>

CÓRDOBA

Dirección:
Calle Abderramán III, 10, 14006 Córdoba
Teléfono:
(957) 40 19 09. Fax: (957) 40 19 26
Internet:
sede@proyectohombrecordoba.com
<https://proyectohombre.es/cordoba/>

EXTREMADURA

Dirección:
Plaza de la Catedral, s/n, 10600 Plasencia, Cáceres
Teléfono:
(927) 42 25 99. Fax: (927) 42 41 33
Internet:
phextrem@hotmail.com
<https://proyectohombre.es/extremadura/>

GALICIA

Dirección:
Rúa do Cottolengo, 2, 15702 Santiago de Compostela, A Coruña
Teléfono:
(981) 572524 – (981) 573020
Internet:
fmg@proxectohome.gal
<https://proyectohombre.es/galicia/>

GRANADA

Dirección:
Calle Sta. Paula, 20, 18001 Granada
Teléfono:
(958) 29 60 27. Fax: (958) 80 51 91
Internet:
ph@proyectohombregranada.org
<https://proyectohombre.es/granada/>

HUELVA

Dirección:
Pabellón de las Acacias, ctra. de Sevilla km. 636, 21007 Huelva
Teléfono:
(959) 23 48 56.
Internet:
info@proyectohombrehuelva.es
<https://proyectohombre.es/huelva/>

JAÉN

Dirección:
Carretera de Madrid nº 9, 23008 Jaén
Teléfono:
619 334 235
Internet:
info@proyectohombrejaen.org
<https://proyectohombre.es/jaen/>

LA RIOJA

Dirección:
Paseo del Prior, 6, 26004 Logroño, La Rioja
Teléfono:
(941) 24 88 77/24 88 45. Fax: (941) 24 86 40
Internet:
phrioja@proyectohombrelarioja.es
<https://proyectohombre.es/la-rioja/>

LEÓN

León Bierzo–León Fundación CALS
Dirección:
Médicos sin Fronteras, 8, 24404 Fuentes Nuevas, Ponferrada, León
Teléfono:
987 45 51 20
Internet:
comunicación.proyectohombre@fundacioncals.org
<https://proyectohombre.es/bierzo-leon/>

León Joven

Dirección:
Calle el Torrejón, 6 bajo derecha, 24007 León
Teléfono:
663 402 129
Internet:
info@proyectohombreleon.org
<https://proyectohombre.es/leon/>

MADRID

Dirección:
C/ Martín de los Heros, 68, 28008 Madrid
Teléfono:
(91) 542 02 71. Fax: (91) 542 46 93
info@proyectohombremadrid.org
<https://proyectohombre.es/madrid/>

MÁLAGA

Dirección:
Calle Eduardo Carvajal, 4, 29006 Málaga
Teléfono:
(952) 35 31 20 / 35 32 25. Fax: (952) 35 32 25
Internet:
central@proyectohombremalaga.com
<https://proyectohombre.es/malaga/>

MURCIA

Dirección:
Calle San Martín de Porres, 7, 30001 Murcia
Teléfono:
(968) 28 00 34. Fax: (968) 23 23 31
Internet:
general@proyectohombremurcia.es
<https://proyectohombre.es/murcia/>

NAVARRA

Dirección:
Av. de Zaragoza, 23, 31005 Pamplona, Navarra
Teléfono:
(948) 29 18 65. Fax: (948) 29 17 40
Internet:
info@proyectohombrenavarra.org
<https://proyectohombre.es/navarra/>

SALAMANCA

Dirección:
Calle Huerta Santísima Trinidad, 2, 37008 Salamanca
Teléfono:
(923) 26 78 04. Fax: (923) 20 24 48
Internet:
info@proyectohombresalamanca.es
<https://proyectohombre.es/salamanca/>

SEVILLA

Dirección:
Calle Virgen del Patrocinio, 2, 41010 Sevilla
Teléfono:
(95) 434 74 10
Internet:
phsevilla@proyectohombresevilla.com
<https://proyectohombre.es/sevilla/>

VALENCIA

Dirección:
Calle del Padre Esteban Pernet, 1, 46014 Valencia
Teléfono:
(96) 359 77 77. Fax: (96) 379 92 51
Internet:
<https://proyectohombre.es/valencia/>

VALLADOLID

Dirección:
Calle de Linares, 15, 47010 Valladolid
Teléfono:
(983) 25 90 30. Fax: (983) 25 73 59
Internet:
proyectohombre@proyectohombrevla.org
<https://proyectohombre.es/valladolid/>

