

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y
Social



Evaluación de resultados e impacto clínico de los modelos de intervención en pacientes con patología dual

Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:

Juan José Mancheño Barba

Fecha de lectura: 2 de junio de 2020

Bajo la dirección de los doctores:

Óscar Martín Lozano Rojas

Fermín Fernández Calderón

José Andrés Lorca Marín

Huelva, 2020





Universidad
de Huelva

JUAN JOSÉ MANCHEÑO BARBA
UNIVERSIDAD DE HUELVA
AÑO 2020

UNIVERSIDAD DE HUELVA



**Universidad
de Huelva**

Evaluación de resultados e impacto clínico de los
modelos de intervención en pacientes con patología
dual

Presentada por:

Juan José Mancheño Barba

Directores:

Dr. Óscar M. Lozano Rojas

Dr. Fermín Fernández Calderón

Dr. José Andrés Lorca Marín

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Universidad de Huelva

2020

UNIVERSIDAD DE HUELVA



**Universidad
de Huelva**

**Clinical impact and outcomes of intervention models
in patients with dual pathology**

Submitted by:

Juan José Mancheño Barba

Supervised by:

Dr. Óscar M. Lozano Rojas

Dr. Fermín Fernández Calderón

Dr. José Andrés Lorca Marín

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Universidad de Huelva

2020



Universidad
de Huelva

Departamento de Psicología Clínica y Experimental
Facultad de Educación
Universidad de Huelva

Dr. Óscar Martín Lozano Rojas, como director de esta Tesis Doctoral y el Dr. Fermín Fernández Calderón y el Dr. José Andrés Lorca Marín, como co-directores, todos pertenecientes al Departamento de Psicología Clínica y Experimental,

HACEN CONSTAR:

Que la Tesis Doctoral realizada por D. Juan Juan José Mancheño Barba, titulada *“Evaluación de resultados e impacto clínico de los modelos de intervención en pacientes con patología dual”* ha sido realizada bajo nuestra dirección y, puesto que cumple los requisitos establecidos en la legislación vigente, autorizamos su presentación en el Departamento de Psicología Clínica y Experimental y su defensa posterior para optar al grado de Doctor.

Y para que conste a efectos de depósito e informe, firmamos la presente en Huelva a 10 de enero de 2020.

Fdo. Óscar M. Lozano Rojas Fdo. Fermín Fernández Calderón Fdo. José Andrés Lorca Marín

AGRADECIMIENTOS

Le dedico este trabajo a la familia. En mi caso, como le ocurre a la mayoría, tengo dos familias. Por lo tanto, se lo dedico a mi familia de origen, Carmen, Eduardo, Eduardo y Jesús; porque mis padres y hermanos fueron los primeros reflejos que me enseñaron acerca de valores, esfuerzo y conflictos con final feliz, y por lo tanto me acostumbraron a ver la vida de una manera optimista y amable. Se lo dedico a mi propia familia, aquella que hemos creado entre mi esposa y mis hijos: Cinta, Juan José y Cinta Carmen; porque son la fuerza y la motivación que me permiten afrontar estos desafíos tan inapropiados a los 60 años; sin ellas y él, todo este esfuerzo y dedicación no tendría sentido alguno.

Quiero agradecer de manera muy especial, y de todo corazón, el esfuerzo y la entrega que mis directores de tesis han puesto en este trabajo. A Óscar, Fermín y José Andrés sólo puedo mostrarle mi admiración por su compromiso por la ciencia, y por el amor con que se dedican a la enseñanza y a la investigación. Muchas gracias por poner a mi disposición tantos conocimientos y experiencia, y por hacerlo con tanto compromiso. Un ejemplo a seguir.

También quiero agradecer a mis compañeros la ayuda que me han prestado. Sin ellos esto no hubiera llegado a buen puerto. Sobre todo las psicólogas becarias Elena y Pilar que no han caído en el desaliento a pesar de las complicaciones que han tenido que superar una y otra vez (como la vida misma). Por supuesto a esos y esas psiquiatras que en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) han facilitado nuestro trabajo, han realizado el censo y han coordinado las citas: Alfonso, Eduardo, Iván, Miguel, Javier, Celestino, Fran, Luis Javier, y sobre todo Marisa. Me han facilitado mucho el trabajo los auxiliares de las distintas USMC: Antonio, Manuel, Maite, Lola, Carmen, Pilar y Alexis. Y todo mi agradecimiento al servicio de drogodependencia que han puesto a disposición de esta línea de investigación a los distintos Centros de Tratamiento Ambulatorio de la provincia de Huelva, y que personalizo en su coordinador médico: Juan Francisco.

ÍNDICE

Resumen	13
Abstract	17
Introducción	21
Capítulo 1. Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico....	27
1.1. Patología dual: aproximación a su definición y etiopatogenia	28
1.2. Epidemiología de la patología dual	32
1.3. Patología dual y su tratamiento	39
1.3.1. El abordaje de pacientes con patología dual	42
1.3.2. El protocolo andaluz de actuación entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias	48
1.3.3. Contextualización de la intervención de los pacientes con patología dual en la provincia de Huelva	53
1.4. Marco evaluativo para el seguimiento de los pacientes con patología dual.....	57
Capítulo 2. Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación	63
2.1. Justificación y objetivos	64
2.1.1. Objetivo general	64
2.1.2. Objetivos específicos	64
2.2. Metodología del estudio	67
2.2.1. Consideraciones metodológicas previas	67
2.2.2. Diseño	68
2.2.3. Participantes.....	68
2.2.4. Instrumentos	71
2.2.5. Procedimiento	80

Capítulo 3. Resultados del estudio	81
3.1. Classical Test Theory and Item Response Theory produced differences on estimation of reliable clinical index in World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0.....	82
3.1.1. Introduction	82
3.1.2. Method.....	86
3.1.3. Results	92
3.1.4. Discussion.....	98
3.2. Analysis of the profiles of patients with dual pathology attending addiction centers, mental health centers, and a coordinated services.....	103
3.2.1. Introduction	103
3.2.2. Methods	107
3.2.3. Results	111
3.2.4. Discussions	117
3.3. Comparing the therapeutic progress of dual pathology patients receiving treatment in addiction centers, mental health services, and in a coordinated manner: outcomes related to psychological distress, functional disability, and treatment retention.....	122
3.3.1. Introduction	122
3.3.2. Material and methods	125
3.3.3. Results	129
3.3.4. Discussions	136
Capítulo 4. Discusión y conclusiones.....	141
4.1. Discusión general	142
4.2. Implicaciones de los resultados del estudio.....	150
Referencias	156

RESUMEN

La coocurrencia de trastornos por consumo de sustancias junto a otros trastornos mentales, fenómeno conocido como comorbilidad psiquiátrica o patología dual, constituye una realidad poco cuestionada dentro del ámbito psiquiátrico. Existe un consenso prácticamente unánime en que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica presentan un mayor deterioro y peor curso terapéutico que los pacientes sin comorbilidad. No obstante, y en relación con la intervención con estos pacientes, distintos estudios de revisión han mostrado que un adecuado programa de intervención sobre estos pacientes permite una mejora notable de sus condiciones de vida.

En Andalucía, existe un Protocolo de Actuación Conjunta entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias (CTAD) para la atención a los pacientes con patología dual. En este contexto se presenta esta tesis, que tiene como objetivo general analizar la efectividad de la intervención de los pacientes con patología dual y los factores que contribuyen a la estabilidad psicopatológica y capacidad funcional en pacientes con patología dual.

Para la consecución de este objetivo, se ha realizado un diseño observacional longitudinal, con dos momentos de evaluación: evaluación basal y seguimiento a los 6 meses. La muestra de participantes está formada por 182 pacientes con patología dual, de los cuales 51 han recibido tratamiento en las USMC, 62 en los CTAD, y 69 de manera coordinada. Se han administrado pruebas relacionadas con la severidad de la dependencia (SDSS), la estabilidad psicopatológica (BSI-18) y la capacidad funcional (WHODAS 2.0).

En un primer estudio se ha analizado la utilidad clínica de la WHODAS 2.0 para identificar cambios fiables en los pacientes, aplicando dos modelos psicométricos: la Teoría Clásica de los Tests (TCT) y la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI). La fiabilidad

estimada a través del coeficiente Alfa de Cronbach proporciona valores aceptables para todos los dominios. El análisis a través de la TRI muestra una adecuada discriminación entre las personas con alta y baja discapacidad en la puntuación total, pero no en los dominios. Como consecuencia, los coeficientes kappa son bajos para detectar cambio fiable en la mayoría de los dominios, y adecuados para las puntuaciones totales. Como conclusión, se puede decir que el uso de la WHODAS 2.0 puede ser útil desde una perspectiva clínica para estos pacientes. Sin embargo, es necesario aportar más evidencias sobre la utilidad de las puntuaciones de los dominios. La decisión de usar las puntuaciones según la TCT o la TRI impacta en términos del cálculo del cambio clínicamente fiable.

El segundo estudio tuvo como objetivo comparar el perfil de los pacientes con patología dual tratados en las USMC, los CTAD y de manera coordinada. Los resultados mostraron diferencias con respecto a los pacientes con dependencia a heroína y cocaína (35.9% en CTAD vs 2% en USMC y 16.4% en coordinado). En las USMC se observa una mayor prevalencia de pacientes con dependencia a cannabis (41.2% vs 9.4% en el CTAD y 16.4% en coordinado). La odds ratio para pacientes con episodios hipomaniacos fue de 2.879 ($p < 0.05$) en los CTAD, y de 0.483 ($p < 0.05$) para episodios maníacos. Hay una mayor prevalencia de pacientes con trastornos psicóticos en las USMC en comparación con el SPDH (66% vs 37.5%). Como conclusión, estas diferencias detectadas en los perfiles deberían ser consideradas en la planificación asistencial de los centros que atienden a estos pacientes.

El tercer estudio tuvo como objetivo analizar la evolución de pacientes diagnosticados con patología dual, comparando los resultados terapéuticos de aquellos que fueron atendidos en los CTAD, en las USMC y de manera coordinada por ambos servicios. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación basal y el seguimiento en la eWHODAS 2.0 y el BSI-18. Sí se encontró un

incremento en el consumo de cocaína, siendo estadísticamente significativo en los centros de adicciones y de salud mental, pero no en la coordinada. Se observó un porcentaje de abandonos más elevados en los pacientes que seguían la modalidad coordinada. En términos de cambio fiable, se observó más pacientes que deterioraron su capacidad funcional en los CTAD y las USMC. Entre aquellos que recibieron atención coordinada se observó más pacientes que mejoraron en todas las dimensiones de la WHODAS 2.0, con la excepción del dominio de autocuidados. En conclusión, es probable que los hándicaps causados por las diferentes redes de tratamiento estén explicando estos resultados. Sin embargo, pacientes que se mantienen en los servicios coordinado, muestran un menor deterioro de su funcionalidad que los pacientes de las otras modalidades.

ABSTRACT

The co-occurrence of substance use disorders with other mental disorders, known as psychiatric comorbidity or dual diagnosis, is well documented reality in psychiatric field. From a clinical point of view, patients with dual disorders present a greater impairment and poorer therapeutic outcomes than those patients without such comorbidity. However, regarding intervention of these patients, different review studies have shown that an adequate intervention program on these patients allows a significant improvement in their living conditions.

In Andalusia, there is a Coordinated Protocol between Community Mental Health Units (CMHU) and Addiction Treatment Centers (ATC) for the attention of patients with dual diagnosis. This thesis is framed in this context, with general objective is to analyze the effectiveness of the intervention of patients with dual pathology and the factors that contribute to psychopathological stability and disability in patients with dual diagnosis.

For this aim, this thesis adopted a longitudinal observational design, with a baseline evaluation and follow-up at 6 months. The sample consisted of 182 patients diagnosed by dual disorders. Of these, 51 patients were treated exclusively in the CMHU, 62 patients in the ATC, and 69 patients were treated in a coordinated manner between the CMHU and the ATC. The instruments administered measured severity of dependence (SDSS), psychopathological stability (BSI-18), and functional disability (WHODAS 2.0).

On the first study, the clinical utility of WHODAS 2.0 to detect reliable change in these patients was analyzed. To do that, two psychometrics approaches were used: Classical Test Theory (CTT) and Item Response Theory (IRT). Reliability estimated by Cronbach's alpha provided acceptable values for all domains. The IRT model revealed an adequate precision of the item parameters, and an adequate capacity to discriminate between people with high and low disability in terms of the total scores, but not in the domains. As a consequence, the kappa coefficients are low to detect the reliable change

in most domains, but adequate for the total score. In conclusions, the use of total WHODAS 2.0 scores may be useful from a clinical perspective. However, more evidence is required for domain scores in order to support its usefulness. The decision to use the CTT or the IRT makes difference in terms of calculating clinically reliable change.

The second study analyze and compare the profile of dual patients treated in CMHU or ATC services with patients using both. The results show that a higher prevalence of patients with a cocaine and heroin dependence profile was observed in the patients treated in ATC (35.9%, as opposed to 2% in CMHU and 16.4% in the coordinated service). For those patients treated in CMHU there was a higher prevalence of profiles related to cannabis dependence (41.2%, as opposed to 9.4% in the ADH and 16.4% in the coordinated service). The odds ratio for hypomanic episodes was 2.879 ($p < 0.05$) for patients in ATC compared with the other two services. The odds ratio observed for manic episodes was 0.483 ($p < 0.05$) in ATC patients, whilst for patients in CMHU there was a higher prevalence of comorbid psychotic disorders in comparison with those using ATC services (66% as opposed to 37.5%). As conclusions, the differences in profiles identified should be taken into account when planning the attention on the different services.

The third study analyze the progress of patients diagnosed with dual pathology, comparing the outcomes of those who exclusively attend either ATC or CMHU with those patients who follow a program in which the two services are coordinated. In general, the results show no statistically significant differences between baseline and follow up in WHODAS and BSI-18 scores. More cocaine use was found in three groups after intervention, but was statistically significant in patients attended by ATC and CMHU. Higher percentages of abandonment were found in patients attending coordinate services. In terms of reliable change, there were higher percentages of ATC and CMHU patients who showed a deterioration in WHODAS 2.0. Among those receiving the coordinated

treatment, there were more patients who showed improvements in the WHODAS 2.0 dimensions, with the exception of the self-care dimension. The results show that the coordinated service is related with more abandonment. As conclusions, the inconvenience caused by going to different treatment networks may partially explain these results. However, patients who remain in treatment in coordinated services, show lower functionality deterioration than patients in other modalities.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral se enmarca en un proyecto de investigación que pretende extraer una fotografía de los pacientes que tienen patología dual en la provincia de Huelva y su atención sociosanitaria. Esto es, se trata de conocer un poco más sobre la realidad asistencial de aquellos pacientes que además de tener un trastorno por adicción a sustancias, presentan también un trastorno mental severo.

El proyecto de investigación que ha servido de base para desarrollar esta tesis doctoral fue financiado por la convocatoria pública de ayudas de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud del año 2014 (código PI-0287-2014). Para este proyecto se creó una comisión entre la Universidad de Huelva, el Servicio Provincial de Drogodependencias y la Unidad de Gestión Clínica Huelva Intercentros. Esto sólo, y al margen de los resultados extraídos, ya sirvió por sí mismo para reflexionar sobre la situación asistencial de estos pacientes. Espero, junto a los otros colegas del proyecto de investigación, que los resultados encontrados puedan contribuir a fundamentar las nuevas políticas e intervenciones con estos pacientes.

Si bien la patología dual con los trastornos mentales graves en la población general es relativamente infrecuente (Megnin-Viggars, Brown, Marcus, Stockton, & Pilling, 2015), la co-ocurrencia en la misma persona de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales –patología dual o comorbilidad psiquiátrica- es una evidencia ampliamente demostrada. Estos pacientes presentan una peor calidad de vida, mayor inestabilidad psicológica y peor pronóstico terapéutico. Algunos de estos resultados ya han sido reflejados en pacientes de Andalucía, donde es necesario contextualizar esta tesis doctoral.

Tradicionalmente, el abordaje de estos pacientes se ha desarrollado bajo un modelo en el que los pacientes recibían asistencia en centros especializados de

drogodependencias y salud mental de manera independiente. Sin embargo, en la actualidad existe una importante variabilidad en el abordaje de esta comorbilidad. Cada vez más se opta por un modelo de intervención coordinado o integrado entre ambos servicios. Aunque bajo una óptica conceptual estas modalidades son las más razonables, las evidencias empíricas sobre una modalidad u otra de intervención no son claras. Algunos autores señalan que factores individuales y organizativos también ejercen su influencia sobre los resultados terapéuticos, más allá de la modalidad de intervención.

En Andalucía, algunos pacientes duales siguen una modalidad de intervención coordinada (tras la implantación de un protocolo de actuación conjunta entre las Unidades de Salud mental Comunitaria y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias), frente a otros pacientes que sólo asisten a los servicios de drogodependencias o a las unidades de salud mental. Actualmente, no existen evidencias acerca de los factores que subyacen a que los pacientes sigan una u otra modalidad terapéutica, ni sobre la efectividad de una modalidad frente a otra. En este sentido, esta tesis doctoral en convergencia con el proyecto de investigación, tiene como objetivo analizar el seguimiento de las distintas opciones de intervención que tienen los pacientes con patología dual, y conocer los factores que contribuyen a la estabilidad psicopatológica y calidad de vida en pacientes con patología dual en la provincia de Huelva.

Una parte de dicho proyecto y sus resultados nutren esta tesis, la cual he optado por dividirla en cuatro bloques principales.

El primer bloque desarrolla una introducción en la que explico el concepto histórico de lo que se entiende por patología dual, la situación epidemiológica actual a nivel internacional, nacional, regional y local, así como los modelos de intervención. También se pone de manifiesto algunas de las discusiones que se plantean actualmente sobre este concepto en la literatura. A través de ello quiero reflejar la complejidad de esta

patología, y la gran variabilidad de posibilidades que existen desde su concepto inicial a su diagnóstico, modelo intervencionista, población de referencia, administraciones implicadas, protocolos de actuación, circuitos y flujos de pacientes, consecuencias laborales, jurídicas, sociales; y cómo no, las consecuencias sanitarias tanto mentales como físicas. Creo que se refleja el hecho de que es una realidad muy frecuente que no está resuelta de manera satisfactoria, que precisa investigación y mayor evidencia científica. Además, quiero hacer patente la propia (auto) responsabilidad como clínicos en la evaluación del seguimiento de estos pacientes, mostrando el marco de evaluación que podría ser adecuado para estos pacientes, y la necesidad de interpretar los resultados no sólo desde una óptica estadística-investigadora, sino también bajo un enfoque estadístico-clínico. En este sentido, encontrar pruebas psicométricas que nos evalúen adecuadamente los cambios clínicos, a nivel funcional sobre todo, es lo que considero importante para poder conocer el proceso de recuperación y reinserción de los pacientes.

A lo largo del segundo bloque se presentan los aspectos metodológicos que han caracterizado la tesis. En el mismo explico todo lo que hace referencia al diseño del estudio, la muestra poblacional y los instrumentos utilizados para evaluar la situación basal de los pacientes y su seguimiento a los 6 meses.

En el tercer bloque desarrollo los resultados obtenidos, dividido en tres capítulos. En el primero presentamos un artículo donde evaluamos el Índice de Cambio Fiable para la escala WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) desde la Teoría Clásica de Test y la Teoría de Respuesta al Ítem. En el segundo capítulo presentamos otro artículo donde analizamos el perfil de los pacientes con patología dual de la provincia de Huelva, según acudan a los centros de atención a adicciones, centros de salud mental o a los dos de manera coordinada. En el tercer capítulo analizo la disfuncionalidad, el estrés y la adherencia al tratamiento de los distintos grupos de

pacientes estudiados en la provincia de Huelva, grupo que acude a salud mental, grupo que acude a drogodependencias y grupo que acude a ambos tipos de dispositivos y servicios.

Finalmente, el cuarto bloque trata de la discusión, las conclusiones y las implicaciones prácticas que tienen los resultados encontrados.

CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL Y SU ABORDAJE TERAPÉUTICO

1.1.PATOLOGÍA DUAL: APROXIMACIÓN A SU DEFINICIÓN Y ETIOPATOGENIA

Los trastornos por consumo de sustancias se han caracterizado por ser trastornos que ocasiona un elevado deterioro sobre la salud física, psicológica y social de las personas. Esta apreciación ha llevado a que su abordaje terapéutico necesariamente haya sido bajo un enfoque multidisciplinar. Sin embargo, es en la década de los años 80 cuando investigadores y profesionales clínicos empiezan a observar que el abuso de sustancias hacía más complejo el ajuste social y la intervención de un gran número de personas con otros trastornos mentales (Drake et al., 1998). Con el paso de los años, esta apreciación originó la aparición del concepto de “patología dual” para resaltar la necesidad de aunar los dos campos asistenciales a los que estos pacientes han estado permanentemente ligados: el campo de las drogodependencias y el de la salud mental.

El reconocimiento de la “patología dual” ha sido, y sigue siendo en la actualidad, una tarea compleja. Para algunos profesionales de salud mental se considera normal que una persona con TUS tenga uno o varios trastornos de salud mental a lo largo de su adicción por las consecuencias psicosociales que acarrea el TUS. Esta observación a menudo va acompañada de una falta de consideración de la propia adicción como un trastorno mental. Y es que hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba que la adicción era un problema social. Autores como Volkow et al. (2017) expresan adecuadamente que el hecho de cuestionar la conducta adictiva como un trastorno mental y atribuirlo a la responsabilidad personal del paciente, se debe al desconocimiento de las bases neurobiológicas que subyacen a estas conductas. Y es que en la actualidad son numerosas las evidencias empíricas que reflejan la base orgánica en los trastornos de la conducta adictiva, exactamente igual que ocurre con otros trastornos mentales (Volkow, Koob & McLellan, 2016). También la creencia de que la coexistencia de otros trastornos

es ocasionada por el comportamiento adictivo, no tiene en cuenta que determinados trastornos mentales, principalmente los desarrollados en la infancia y adolescencia, predisponen al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas (Szerman, Goti, Díaz & Arango, 2014). Por ejemplo, Bushnell et al. (2019) hicieron un estudio con 131.271 jóvenes con una edad comprendida entre 10 y 17 años y diagnosticados de algún trastorno de ansiedad al menos en el año previo. Estos pacientes fueron seguidos durante 2 años, y encontraron una incidencia del 1.5% de algún trastorno adictivo en el 1º año, y del 2.9% en el 2º año. En comparación con una cohorte equivalente en el que se excluyó el diagnóstico de adicción y ansiedad en el momento del emparejamiento, se observó que en esta segunda la incidencia fue del 0,5% y 1,1% respectivamente para el primero y el segundo año del estudio. Junto a este tipo de estudios, también hay que considerar otros que apuntan a que sólo el 50% de los diagnósticos de abuso de alcohol en la adolescencia se mantienen a los 5 años, y sólo el 19% derivan en un diagnóstico de dependencia (Schuckit et al., 2008). Este conjunto de evidencias debe hacer pensar que sólo determinadas personas con una vulnerabilidad producida por factores individuales, contextuales, genéticos y psicopatológicos desarrollarán un trastorno adictivo (Volkow et al., 2016). Más aún, hay que considerar que el consumo de sustancias nunca tendrá el mismo efecto en una persona sana que en una persona con un trastorno mental. Por tanto, todos estos factores, llevan a considerar que la presencia de otros trastornos mentales, en aquellos pacientes con trastornos adictivos no tienen por qué ser consecuencia del consumo continuado de la sustancia.

Para otros autores, en cambio, el trastorno por consumo de sustancias es una parte de la sintomatología del trastorno mental. Sobre lo anterior se añade que el consumo mantenido de sustancias psicoactivas, así como la abstinencia, puede imitar cuadros mentales e incluso propiciar la aparición de otros trastornos mentales. Por ello, hay

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

autores que entiende que la conceptualización de la patología dual, e incluso la comorbilidad, son términos reduccionistas. En este sentido, Cosci y Fava (2011) proponen un enfoque clinimétrico que incluya macroanálisis (evaluación psicológica y somática completa y exhaustiva, así como sociofamiliar y laboral), microanálisis (evaluar detalladamente la autopercepción y subjetividad de las reacciones al enfermar, su impactos y cambios longitudinales), estadificación (fases del proceso) y evaluación de síntomas subclínicos (pródromos, estados residuales, etc.) y tenga en cuenta estos trastornos como estaciones de transferencias (“transfer stations”) que son susceptibles de modificaciones a lo largo del proceso.

Uno de los motivos por los que existen estas controversias se debe a que actualmente se desconoce de manera precisa la etiopatogenia de los fenómenos neurobiológicos implicados en la patología dual. A tal efecto hay distintas hipótesis que relacionan distintas vías de neurotransmisores, como las de la dopamina, la acetilcolina, el ácido gamma-aminobutírico y el glutamato. Aunque sobre todo se implica al mecanismo de recompensa del sistema nervioso central (SNC), relacionado con el ya mencionado sistema mesocorticolímbico (Ambrosio & Roncero, 2016). En este sentido, hay hipótesis neurobiológicas que abogan por la alteración de un sustrato neurobiológico común a ambos tipos de trastornos, que se producen en la fase del neurodesarrollo de la corteza prefrontal, hipocampo y núcleo accumbens (Chambers, Krystal, & Self, 2001; Ng E, McGirr, Wong, & Roder, 2013; Tielbeek et al., 2018).

Buena parte de los estudios que encontramos en las publicaciones científicas buscan un sustrato común en la comorbilidad del TUS con determinados trastornos mentales específicos como los trastornos afectivos, psicosis crónica o trastornos de personalidad; por lo que las distintas hipótesis propuestas acerca de la vulnerabilidad neurobiológica para la comorbilidad no tienen un claro sustrato neurofisiológico

específico que abarque el concepto global de patología dual. Esto tiene que ser así, ya que hay una importante variedad de trastornos mentales y son muchas las sustancias tóxicas psicoactivas que generan adicción, por lo que encontrar un sustrato neurobiológico común subyacente a toda la patología dual es verdaderamente complejo. Por ejemplo Chambers, Krystal y Self (2001), presentan su estudio de comorbilidad con respecto a la esquizofrenia, y parten de la hipótesis de que las alteraciones en el hipocampo y la corteza prefrontal facilitan el efecto de refuerzo positivo de recompensa de la droga, y reducen el control inhibitorio de la posterior conducta de búsqueda, ya que se produce una alteración en la regulación de la integración neuronal de las señales que implican a la dopamina y el glutamato; lo que determina cambios similares a los que se produce en la esquizofrenia y en la exposición a largo plazo a las drogas, con implicación del núcleo accumbens y el área ventral del tectum. Con respecto a la comorbilidad con los trastornos afectivos Gómez-Coronado et al. (2018) realizan una revisión sistemática donde encuentran evidencia de la implicación de la dopamina, GABA, glutamato, hormona liberadora de la corticotropina, la activación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, el estrés oxidativo y componentes inflamatorios. Otros estudios encuentran en los trastornos límites de personalidad déficits en el sistema opioide con una regulación al alza de los receptores mu, lo que podría relacionarse con un correlato neurobiológico compartido o con la teoría de la automedicación (Prossin, Love, Koeppe, Zubieta, & Silk, 2010, y New & Stanley, 2010). Pero también son numerosos los autores que señalan alteraciones de los sistemas neurobiológicos producidos por cambios epigenéticos que comportan la interacción ambiente/genes (Mueser, Drake, & Wallach, 1998; Prom-Wormley, Ebejer, Dick, & Bowers 2017; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000). En cualquier caso, este tipo de alteraciones neurobiológicas que podrían subyacer a determinados trastornos mentales hacen compatible la presencia de trastornos por

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

consumo de drogas a través de la teoría de la automedicación (Khantzian, 1997; Prossin, Love, Koeppe, Zubieta, & Silk, 2010; New & Stanley, 2010). Y son conocidos estudios en los que los niños con trastornos por déficit de atención e hiperactividad reducen el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias comórbido si son tratados a tiempo (Beck, Langford, MacKay, & Sum, 1975; Biederman, Wilens, Mick, Spencer, & Faraone, 1999)

Por otro lado, la controversia sobre la patología dual también se ha visto alimentada de una falta de reconocimiento en los sistemas internacionales de clasificación diagnóstica. Por ejemplo, a pesar de que el DSM-5 se publicó cuando ya existía numerosas evidencias que ponían de manifiesto la patología dual, esta versión ha seguido sin reconocer la patología dual como entidad nosológica (American Psychiatric Association, 2013). Asimismo, la mera ausencia de una definición de patología dual en la legislación en materia de sanidad conduce a un déficit en la atención y abordaje de estos pacientes (Aguilar, 2016).

A pesar de estas dificultades, sigue existiendo un elevado grupo de profesionales clínicos y científicos, junto a organismos internacionales que apoyados en las evidencias empíricas reclaman que los pacientes con estos trastornos deben recibir una asistencia multidisciplinar específica (Minkoff, 2001; Greenfield y Weiss, 2015). La introducción del término “patología dual” supone el comienzo del reconocimiento de una situación clínica evidente, que proporcione dispositivos asistenciales específicos que aseguren el tratamiento integral de estas personas.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA DUAL

La literatura especializada muestra una amplia variedad de estudios epidemiológicos que ponen de manifiesto el fenómeno de la patología dual. Dentro de

estos es posible diferenciar entre aquellos estudios que se han realizado en muestras de población general, de aquellos otros que han sido realizados con muestras clínicas. A través de los primeros es posible advertir las prevalencias que se encuentran en la población de patología dual, y ponen de manifiesto la asociación que existe entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psicopatológicos y de la personalidad. A través de los segundos se observa la morbilidad de estos trastornos, así como su impacto clínico, principalmente.

Entre los primeros se encuentran estudios como la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Este estudio se realiza con población de Estados Unidos y se realizó por primera vez entre los años 2001 y 2002. Actualmente va por la tercera edición y está dirigida por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. En los resultados de su última edición (NESARC-III; Grant et al., 2016) se encontraron asociaciones significativas entre cualquier trastorno por consumo de drogas evaluado en el periodo de un año y el trastorno bipolar I (OR: 1,5; IC: 1.06-2.05), el depresivo mayor (OR: 1,3; IC: 1.09-1.64), la distimia (OR: 1,5; IC: 1.09-2.02), los trastornos esquizotípicos (OR: 1,5; IC: 1,18-1,87), los trastornos de estrés postraumático (OR: 1,6; IC: 1.27-2.10). Dentro del espectro de trastornos de la personalidad, se encontraron que el trastorno por consumo de sustancias presentaba una asociación estadísticamente significativa con el trastorno personalidad antisocial (OR: 1.4; IC:1.11-1.75) y con el trastorno de personalidad límite (OR: 1,8; IC: 1,41-2,24). En cuanto a los TUS a lo largo de la vida se dieron resultados similares, si bien también aparecieron asociaciones para la ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno de pánico. Teniendo el marco de la presente tesis doctoral, llama la atención que entre los encuestados con trastorno por consumo de drogas solo recibieron tratamiento el 24,6% de los diagnósticados para el periodo vida y el 13,5% de los diagnosticados para el año

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

previo. En Europa, en el año 2000 se impulsó la European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). Este proyecto fue desarrollado con el objetivo de evaluar la prevalencia, el impacto y los patrones de trastornos mentales y su tratamiento en los países europeos (Alonso et al., 2004). En su desarrollo, a través de este estudio se encuestaron a 22.000 ciudadanos de los países de Bélgica, Francia, Alemania, Italia Holanda y España. A través de este estudio se encontró que el 41.7% de los pacientes con trastornos del estado del ánimo también presentaban un trastorno por consumo de alcohol, mientras que el 22.8% de los pacientes con trastorno de ansiedad también reflejaban un trastorno por consumo de alcohol. Por otro lado, entre los pacientes con trastorno por dependencia al alcohol, un 27.7% presentó otro trastorno mental de manera comórbida. Este estudio también mostró que el trastorno de dependencia a alcohol está fuertemente asociado a padecer trastornos del estado del ánimo y de ansiedad, obteniéndose odds ratio con el trastorno de ansiedad generalizada y la agorafobia superiores a 11 (Alonso et al., 2004).

Además de los estudios anteriores, realizados exclusivamente en Estados Unidos y Europa, hay otros estudios intercontinentales como el realizado por el International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE). Este organismo fue creado en el año 1996 por la Organización Mundial de la Salud, y fue diseñado para hacer estudios epidemiológicos a través de encuestas internacionales (Kessler, 1998), con tamaños muestrales que superan las 30.000 personas. Entre los resultados de este estudio se mostró que aproximadamente la mitad de las personas con criterios diagnósticos compatibles con trastorno por uso de sustancias (diferente al alcohol), presentaban otros trastornos de conducta, otro 50% un trastorno de personalidad antisocial, el 45% un trastorno de ansiedad, y el 35% un trastorno del estado de ánimo (Merikangas et al., 1998). Uno de los últimos estudios realizados con encuestas epidemiológicas es el realizado con la WHO

World Mental Health Survey Initiative, que es un proyecto del grupo de evaluación, clasificación y epidemiología de la Organización Mundial de la Salud. En el contexto de esta encuesta, Harris et al. (2019) encuentran que el 36.9% de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias presentaba al menos otro trastorno mental, y este porcentaje de comorbilidad se reducía al 18.1% si se consideraba exclusivamente el periodo del último año.

Junto a los estudios anteriores, la revisión de la literatura especializada muestra un amplio conjunto de estudios realizados con amplias muestras poblacionales desarrollados en distintos países y a lo largo de diferentes momentos temporales. Debido a ello, diversos estudios publicados se han focalizado en ofrecer estudios de revisión y metanálisis de las diferentes encuestas poblacionales, generalmente centradas en el análisis de comorbilidades específicas. Por ejemplo, Hunt, Malhi, Cleary, Lai, y Sitharthan (2016) realizaron una revisión sistemática y un metanálisis para estudiar la comorbilidad entre el trastorno bipolar y trastorno por consumo de sustancias. En sus conclusiones, estos autores señalan que las personas con un trastorno por consumo de alcohol (abuso o dependencia) tenían un riesgo 4,1 veces mayor de tener trastorno bipolar en comparación con las personas sin trastorno por consumo de alcohol. Además, estos autores señalan que los riesgos fueron mayores para los consumidores de drogas ilícitas, encontrando que tenían un riesgo 5 veces superior en comparación con los no consumidores. o de Lai, Cleary, Sitharthan y Hunt (2015) realizaron un estudio de revisión en el que analizaron 22 encuestas epidemiológicas que sirvieron para extraer datos de prevalencia al año y a lo largo de la vida para el análisis de los trastornos por consumo de drogas con ansiedad y trastornos del estado del ánimo. Estos autores apuntan que la mayor asociación de los trastornos por consumo de drogas se da con la depresión mayor (OR: 3.80; IC: 3.02–4.78). No obstante, también se encuentra una elevada asociación de los

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

trastornos por consumo de drogas y trastornos de ansiedad (OR: 2.91; IC: 2.58–3.28), así como de trastornos por consumo de alcohol y depresión mayor (OR 2.42, IC 95% 2.22–2.64), y menor de los trastornos por consumo de alcohol y cualquier trastorno de ansiedad (OR 2.11, IC 95% 2.03–2.19). Por otro lado, Hunt, Large, Cleary, Lai, y Saunders (2018) realizaron una revisión sistemática y metanálisis sobre la comorbilidad psiquiátrica entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos del espectro de la esquizofrenia, incluyendo 123 artículos (encuestas epidemiológicas y estudios con muestras clínicas) que alcanzaba un total de 165.811 personas. Estos autores situaron la prevalencia de comorbilidad entre ambos trastornos en el 41,7% para cualquier droga. Especificando según las sustancias, sitúan la prevalencia en el 27,5% para drogas ilícitas; 26,2% para el cannabis; 24,3% para el alcohol; y 7,3% para estimulantes. Estos autores señalaron además que la prevalencia de estos trastornos se incrementa a lo largo conforme se produce un mayor tiempo de consumo de drogas ilícitas, aunque no se detecta esta relación para el resto de sustancias.

Los estudios realizados con muestras clínicas muestran fundamentalmente cuáles son las prevalencias que se detectan entre los pacientes que acuden a tratamiento. La revisión de la literatura especializada muestra que cada año se publican una amplia variedad de estudios de este tipo, y que, de manera general, vienen a reflejar las altas tasas de comorbilidad que se encuentran. No obstante, dentro de estos estudios es posible diferenciar entre aquellos que se realizan en centros de adicciones, de los que han sido realizados en centros de salud mental. La revisión realizada por Torrens, Mestre-Pintó y Domingo-Salvany (2015) para el European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction ofrece un acertado marco epidemiológico sobre cuáles son las prevalencias que se encuentran en centros asistenciales europeos. Por no ser redundantes con estudios como el de Torrens et al. (2015) y otras revisiones existentes, a continuación, se ofrecen

algunos estudios que se ha considerado oportuno destacar bien sea porque se han publicado con posterioridad al estudio de Torrens et al. (2015), o bien sea porque han sido realizados con amplios tamaños muestrales.

Dentro de los estudios realizados con pacientes que reciben atención por problemas de adicción está el de Krawczyk et al. (2017). Este estudio ha sido realizado analizando una amplia muestra (856.385 pacientes) de pacientes que iniciaban tratamiento en centros de atención a las adicciones de Estados Unidos entre los años 2009-2011. Estos autores detectaron que al menos un 28% de los pacientes presentaban patología dual, estando además la patología dual asociada al abandono del tratamiento. En Europa, Dauber, Braun, Pfeiffer-Gerschel, Kraus, y Pogarell (2018) se centraron en el estudio de pacientes con comorbilidad psiquiátrica en el sistema de tratamiento para adicciones de Alemania. Estos autores señalan que mientras que entre los pacientes que reciben tratamiento ambulatorio las prevalencias de comorbilidad psiquiátrica se sitúan en el 4.6%, en pacientes que reciben la atención en centros residenciales los pacientes con comorbilidad psiquiátrica alcanzan el 50.7%. Estos autores identifican los trastornos del estado del ánimo y los trastornos de ansiedad como los más prevalentes en ambos grupos de pacientes. Asimismo, señalan que entre los pacientes que reciben atención en los centros ambulatorios, es probable que se esté produciendo un infradiagnóstico de los trastornos mentales comórbidos, por lo que la prevalencia del 4.6% puede estar sesgada. Otro de los estudios posteriores a la revisión de Torrens et al. (2015) y que incluye una amplia muestra de pacientes que reciben en tratamiento por adicciones es el dirigido por Fernández-Calderón et al. (2015). Este estudio se realizó con 4.102 pacientes que recibían tratamiento por consumo de drogas en comunidades terapéuticas públicas y concertadas de Andalucía. En sus resultados, estos autores señalan que al menos un 29.7% de los pacientes fueron diagnosticados con otro trastorno del eje I diferente al consumo de

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

drogas, siendo los más prevalentes los trastornos del estado del ánimo (12%) y los trastornos de ansiedad (8.9%). Además, estos autores señalan cómo los diferentes trastornos mentales analizados son más prevalentes en función de los patrones de policonsumo que presentan los pacientes.

Así pues, de los estudios anteriores realizado en centros de adicciones, habría que señalar que al menos alrededor del 30% de los pacientes presentan trastornos mentales comórbidos.

Los estudios realizados en centros de salud mental son menos frecuentes en la literatura especializadas. Entre estos estudios realizados con amplias muestras se encuentra el de Wu, Gersing, Burchett, Woody, y Blazer (2011), quienes evalúan la prevalencia de los TUS en menores ingresados y ambulatorios (11.457) de un servicio de salud mental. Estos autores señalan que la prevalencia entre jóvenes de 13 a 17 años fue del 25%. Además, indican cómo el trastorno por consumo de cannabis es el que más frecuentemente se encuentra en estos jóvenes. Blachut, Badura-Brzoza, Jarzab, Gorczyca, y Hese (2013) realizaron un estudio retrospectivo con 4.349 pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica, e identificaron que el 8,3% de los pacientes presentaban patología dual. Carrà et al. (2015) realizaron un estudio con una muestra de 2.235 pacientes con trastorno mental grave que acudían a los equipos de salud mental. De entre este grupo de pacientes, encontraron que el 26% presentaba también criterios diagnósticos compatibles con la dependencia al alcohol, mientras que un 21% presentaba criterios diagnósticos compatibles con dependencia a otra sustancia. En un estudio publicado posteriormente, (Carrá et al., 2016) estos autores analizaron 1.204 pacientes que mantenían contacto con los servicios psiquiátricos de diferentes países europeos. Todos estos pacientes tenían un diagnóstico de esquizofrenia, y encontraron que la prevalencia

de presentar un trastorno por consumo de sustancias de manera comórbida con trastorno de esquizofrenia era del 7.17%.

1.3.PATOLOGÍA DUAL Y SU TRATAMIENTO

El estudio de la relación entre la patología dual y el tratamiento resulta de interés desde diferentes ópticas. Por un lado, hay que tener presente que los propios pacientes y sus familiares son los principales perjudicados de padecer estos trastornos. Whiteford et al. (2013) pusieron de manifiesto que los pacientes con patología dual se encuentran entre el grupo de pacientes con alteraciones de salud mental y física con un mayor tiempo de años vividos con discapacidad (AVD), indicador utilizado habitualmente para valorar el impacto de los problemas de salud sobre las personas. A su vez, estos autores también reflejaron que los años de vida ajustados por discapacidad de los pacientes con patología dual representaban el 7.4% de la carga global mundial. Al deterioro que de por sí sufren estos pacientes en términos de salud física y psicológica, se une el alto riesgo de exclusión social que tienen estos pacientes (Hipwell, Singh, & Clark 2000, Priebe et al., 2003; Wright, Gournay, Glorney, & Thornicroft, 2002). Así pues, para entender el impacto de la patología dual, lo primero que es necesario tener presente es el fuerte deterioro que padecen los propios pacientes que los padecen y sus familiares.

Desde la óptica del tratamiento de estos pacientes, es fácil advertir que la complejidad para el tratamiento de los pacientes con patología dual se incrementa notablemente al ya complejo proceso terapéutico que tienen los pacientes que “sólo” presentan trastornos por consumo de drogas u otro tipo de trastorno mental (Baingana, Al’Absi, Becker, & Pringle, 2015; Hoff & Rosenheck, 1999; Patel et al., 2016). Diferentes estudios han señalado que la presencia comórbida de estos trastornos se influyen negativamente de manera mutua (mutuamente). Weaver et al. (2003; 2004)

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

encontraron evidencias de una mayor severidad sintomatológica en pacientes con trastorno mental grave y patología dual que sin patología dual. Otros estudios también indican que para pacientes con trastorno mental grave, el consumo de drogas generalmente conlleva una mayor severidad en lo que se refiere a sintomatología positiva, pero no en la sintomatología negativa. Y en un metaanálisis de los estudios de Turkington et al. (2009); y Virgo, Bennett, Higgins, Bennett, y Thomas (2001), también se encuentran evidencias de una mayor probabilidad de recaída o no remisión de la sintomatología. Otros autores también destacan la importancia que tiene en el TUS el padecer una comorbilidad psiquiátrica como ansiedad o depresión ya que aumentan la intensidad del craving y la frecuencia en la toma de sustancias (Fatseas, Serre, Swendsen, & Auriacombe, 2018).

Teniendo presente estos resultados, no es casualidad que en la actualidad exista un consenso prácticamente unánime en que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica presentan un mayor deterioro y peor curso terapéutico que los pacientes sin comorbilidad (Sterling, Chi & Hinman, 2011). Uno de los estudios que mejor lo ilustra por su tamaño muestral es el realizado por Krawczyk et al. (2017) con 856.385 pacientes admitidos en centros para la atención a las adicciones. Estos autores encontraron que los pacientes de patología dual presentaban una mayor probabilidad de abandono del tratamiento que los pacientes con trastornos por consumo de drogas sin patología dual. Además, al valorar el tiempo del tratamiento, también encontraron que tenían más probabilidades de abandonar antes. Junto a este estudio, son numerosos los que se encuentran en la literatura especializada que reflejan que los pacientes con patología dual tienen más problemas psicosociales –relaciones, empleo, criminalidad, etc.- y peor calidad de vida que pacientes sin comorbilidad (Colpaert, Maeyer, Broekaert, & Vanderplasschen, 2012), hacen un mayor uso de los servicios hospitalarios (Curran et al., 2008; Hipwell, Singh, & Clark,

2000; Martín-Santos et al., 2006; Priebe et al., 2003;), abandonan antes el tratamiento y tienen un mayor riesgo de recaídas durante éste (Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Abdallah & Spitznagel, 2003; González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, 2014; Najt, Fusar-Poli, & Brambilla, 2011).

Parte de este peor pronóstico terapéutico puede venir dado por el hecho de que generalmente los servicios asistenciales para estos pacientes no se encuentran totalmente adaptado a sus necesidades. Estudios como el de Cantwell (2003) o el de Weaver et al. (2001) pusieron de manifiesto que los pacientes con patología dual presentan un mayor volumen de necesidades asistenciales, y cuidados de salud y sociales que pacientes sin patología dual. Frente a esta situación, McGovern, Lambert-Harris, Gotham, Claus y Xie (2014) evaluaron 256 recursos asistenciales para pacientes con problemas de adicción y otros trastornos mentales, y estimaron que solamente el 18% de los servicios de adicciones y el 9% y salud mental disponían de los recursos necesarios para prestar una atención especializada a estos pacientes. En este contexto, Priester et al. (2016) señalaron dos tipos de barreras que pueden estar subyaciendo a los relativamente pobres resultados del tratamiento que habitualmente se reportan en estos pacientes. Para estos autores, es posible diferenciar entre las barreras de carácter personal que se encuentran relacionadas con la vulnerabilidad individual. Esto es, son ciertas características, conocimientos y habilidades que en estos pacientes están en precario, por lo general debido a la sintomatología y el deterioro psicosocial que sufren. Junto a estas barreras individuales existen las barreras estructurales, que se corresponden con aquellos factores y prácticas arraigadas en los sistemas asistenciales habituales de pacientes con trastornos por consumo de sustancias. En este sentido, los propios profesionales que atienden a los pacientes con patología dual son conscientes de las limitaciones existentes. Roncero et al. (2014) realizaron un estudio en el que evaluaron la percepción de los profesionales de la

salud acerca de la patología dual. El estudio se hizo en 235 municipios españoles. Los resultados mostraron que más del 93% de los encuestados opinaban que se precisaban recursos específicos para atender a los pacientes con patología dual, siendo insuficientes los recursos disponibles en la mayoría de centros de adicciones y salud mental. En este mismo sentido Szerman et al. (2014) detectaron que el 26,8% de los profesionales tenían información de programas adecuados para la patología dual, y que el 30,4% era consciente de que había unidades de hospitalización específicas. Casi 2/3 de los profesionales respondieron que hacían falta más unidades de desintoxicación, y casi la mitad, que se precisaban más unidades de psiquiátricas de corta duración y comunidades terapéuticas específicas para estos pacientes (Vega et al. 2015).

A pesar de las dificultades para obtener resultados de éxito en el tratamiento de pacientes con patología dual, el hecho de tener estos trastornos comórbidos no es sinónimo de fracaso terapéutico. Algunos autores han señalado que programas de intervención adecuadamente ejecutados produce resultados terapéuticos iguales a los obtenidos por pacientes sin patología dual, permitiendo una mejora notable de sus condiciones de vida (Mellentin, Mejldal, Nielsen, & Nielsen, 2018; Murthy & Chand, 2012; Pettinati, O'Brien & Dundon, 2013).

1.3.1. El abordaje de pacientes con patología dual

Buena parte de la investigación sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones en pacientes con patología dual se ha centrado en el análisis de la modalidad de intervención terapéutica. De manera general, es habitual clasificar las intervenciones bajo diferentes “etiquetas” diferenciando entre modalidad serial, simultáneo/ paralela, coordinado/paralela y la modalidad integral. Las tres primeras modalidades de intervención tienen en común que los pacientes reciben su atención en

centros separados, pertenecientes a los servicios especializados en adicciones, y los centros sanitarios especializados en otros problemas de salud mental. La primera de estas modalidades conlleva generalmente la priorización del que se considera el trastorno primario del paciente (Staiger, Long & Baker, 2010). Una vez que el paciente ha sido estabilizado para dicho trastorno, el paciente es referenciado hacia la otra red asistencial para tratar el trastorno secundario (Rojas & Peters, 2016). Este modelo se encuentra desaconsejable para tratar la patología dual (Burnam & Watkins, 2006) ya que es difícil para las dos redes asistenciales establecer un consenso sobre cuál es el trastorno primario a tratar, así como de los criterios de éxito para referenciar al paciente hacia la otra red. Bajo las otras dos modalidades (simultáneo/paralelo y coordinado/paralelo) los pacientes reciben el tratamiento para su patología dual en los dos servicios diferenciados, si bien existen diferencias entre estos en función del mayor o menor grado de coordinación. Por el contrario, la modalidad integral está caracterizada por la asistencia a los pacientes en un mismo centro asistencial, y organizada a través de profesionales que conforman equipos especializados en patología dual. Esto es, el tratamiento que reciben los pacientes es realizado por un equipo multidisciplinar, en un mismo lugar físico y tratando de forma consistente ambos trastornos por igual.

Entre la mayoría de los profesionales existe prácticamente unanimidad en que la modalidad de intervención ideal para los pacientes con patología dual es la modalidad integrada. Sin embargo, las evidencias científicas sobre los resultados de esta modalidad frente a las anteriores no son claras. Existen estudios que informan sobre mejores resultados en pacientes atendidos a través de la modalidad integral, mientras que otros estudios no detectan tales superioridades. Sólo por reseñar algunas evidencias favorables, Mangrum, Spence, y Lopez (2006) utilizaron una muestra de 216 usuarios con trastorno mental grave y adicciones. Estos pacientes fueron asignados a dos grupos, uno de

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

tratamiento en paralelo y otro de tratamiento integral, y realizaron el seguimiento durante un año. Estos autores encontraron que el grupo de tratamiento integral reportó una menor incidencia en las hospitalizaciones psiquiátricas y actos delictivos. Grella y Stein (2006) evaluaron a 351 pacientes en tratamiento por consumo de sustancias con comorbilidad psiquiátrica en 11 centros diferentes de Los Ángeles (EEUU). De éstos, había pacientes que estaban bajo un modelo de intervención integrado, mientras otros recibían atención bajo un modelo coordinado. Los resultados encontrados indican que los pacientes asistidos en el modelo integrado hacían más uso de los servicios asistenciales de salud mental, predecía mejores resultados en el estado de salud mental de los pacientes, y reducían más su consumo de heroína en el seguimiento a los seis meses. Wüsthoff, Waal, y Gråwe (2014) compararon a pacientes que recibían un tratamiento integral frente a otros pacientes que recibían su tratamiento de manera habitual. Estos autores no encontraron diferencias en la reducción del consumo ni en la sintomatología psiquiátrica. No obstante, sí detectaron que los pacientes del grupo integral tenían una mayor motivación para seguir con el tratamiento tras un periodo de 12 meses. Kikkert, Goudriaan, Waal, Peen, y Dekker (2018) evaluaron un grupo de pacientes que recibían tratamiento integral, y encontraron que se redujo el número de días que consumieron drogas. A pesar de ello, estos autores advierten que no se detectaron mejoras en otros parámetros de resultado como psicopatología, funcionalidad, motivación al cambio o adherencia al tratamiento.

Otros estudios, en cambio, no son concluyentes con respecto a la obtención de mejores resultados para los pacientes que reciben un tratamiento integral. A principios de siglo, Ley, Jeffery, McLaren, & Siegfried (2000) realizaron un estudio de revisión para identificar ventajas de unos modelos frente a otros. Estos autores señalaron, por un lado, las carencias metodológicas en los estudios para poder llegar a resultados concluyentes. Aún así, estos autores señalaron en aquel momento que no era posible advertir de mejores

resultados en unas modalidades de intervención frente a otras. Posteriormente, Donald, Dower y Kavanagh (2005) realizaron una revisión de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que comparaban las modalidades de tratamientos integrados y coordinado, encontrando que sólo había 10 ECA que abordasen este tópico. Entre sus resultados señalan que sólo un ECA comparó el tratamiento integrado con el coordinado, sin encontrar diferencias significativas entre ambas modalidades de intervención ni en la sintomatología psiquiátrica ni en el consumo de sustancias. Igualmente, estos autores señalan que de los siete estudios revisados que se han realizado en los servicios de salud mental, sólo en tres se encuentra una mejora de los síntomas psiquiátricos o el consumo de sustancias. Por lo tanto, para estos autores, la eficacia del modelo de intervención integrado es confusa para la mejora de los pacientes en relación con el coordinado.

Esta falta de aval científico rotundo sobre la modalidad integral frente a las otras modalidades está reflejando que sólo la atención de los pacientes bajo un mismo centro asistencial puede ser insuficiente para la obtención de resultados satisfactorios con estos pacientes. Y es que resulta obvio que la organización y estructura bajo un mismo servicio puede resultar un factor necesario, aunque insuficiente. Es por ello que algunos autores se han focalizado sobre otros aspectos necesarios también para prestar una atención de calidad a los pacientes con patología dual. Entre estos factores, destaca la formación de los profesionales, los aspectos motivacionales de estos pacientes y las propias terapias utilizadas con estos pacientes.

En el Libro Blanco sobre patología dual (Vega et al., 2015) se recoge como una de las principales líneas estratégicas para el tratamiento de la patología dual debe ir orientada a que los profesionales reciban una formación específica sobre esta entidad clínica sindrómica, siendo esto también manifestado por otros autores (p.e. Kikkert, Goudriaan, De Waal, Peen, & Dekker., 2018). En este sentido, Craig et al. (2008)

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

realizaron un estudio en el que dieron formación especializada a los profesionales para la intervención de los pacientes con patología dual, creando dos grupos: a) profesionales que habían recibido formación específica para la intervención de pacientes con patología dual (grupo experimental); y, b) profesionales sin formación extra para patología dual (grupo control). Estos autores encontraron que los pacientes atendidos en el grupo experimental presentaban mejoras significativas en síntomas de psicopatología general. Igualmente, estos pacientes requirieron de un menor seguimiento. De manera análoga, Mueser et al. (2001) señalan que además de los conocimientos del equipo terapéutico, éste debe tener especial asertividad para el tratamiento de estos pacientes, incrementar la motivación de estos pacientes a través de, por ejemplo, adoptar decisiones compartidas, potenciar la adquisición de compromisos a largo plazo y trabajar el tratamiento motivacional. Para estos autores, es necesario que pacientes y profesionales tengan claro la etapa del tratamiento en la que están, para ceñirse a los objetivos de ese paso concreto, favoreciendo la motivación y la adherencia al tratamiento. Asimismo, estos autores también señalan la importancia de que las intervenciones individuales vayan acompañadas de intervenciones grupales y con los familiares (Mueser, 2004; Mueser et al., 2012). Por otro lado, en relación con las intervenciones para pacientes con patología dual, Torrens et al. (2015) recogen una revisión de diferentes intervenciones psicológicas y tratamientos farmacológicos que han mostrado efectividad según los perfiles de consumo y otros trastornos mentales. Es necesario precisamente llamar la atención sobre este aspecto, y es que las intervenciones psicológicas y los tratamientos farmacológicos deben estar debidamente adaptados a la complejidad de la patología dual que se aborda. No de otra forma se podrán conseguir resultados satisfactorios para los pacientes.

A pesar de que es necesario tener presente estos factores señalados anteriormente, se reitera en que el consenso es bastante elevado acerca de que la modalidad integral es

la más adecuada para los pacientes con patología dual. A pesar de ello, la implantación de un sistema integral para los pacientes con patología dual es costosa en términos de tiempo y recursos (Hariton y Locascio, 2018). El hecho de que la mayoría de los países hayan contado tradicionalmente con una red especializada en adicciones y otra diferente para el resto de los trastornos mentales, dificulta la integración de estos pacientes en los actuales sistemas sanitarios (Padwa, Guerrero, Braslow & Fenwick, 2015; Sterling, Chi & Hinman, 2011). Este es el caso que se da en España, por ejemplo, donde tradicionalmente ha existido dos redes funcionales, como son los servicios de salud mental y los servicios de adicciones. Fruto de la necesaria adaptación a la atención de pacientes con patología dual, en algunas comunidades autónomas se ha realizado una integración funcional, como es en Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla-León, La Rioja, Murcia y País Vasco (Vega et al., 2015). En el resto de las comunidades autónomas del Estado Español, se ha optado por una modalidad de intervención coordinada entre ambas redes asistenciales. Para ello, y al igual que ocurre en otros sistemas asistenciales a nivel mundial (Balhara et al., 2016), se han creado protocolos de actuación coordinada entre los centros de adicciones y los centros de salud mental. Algunos autores consideran que esta modalidad de intervención paralela/coordinada es realista y pragmática, puesto que utiliza los recursos ya existentes y no es necesario realizar grandes inversiones en la creación de nuevos servicios considerando el contexto de inversiones limitadas en los servicios de salud (Staiger et al., 2010). Sin embargo, esta forma de actuar con un protocolo de intervención que deben seguir los profesionales de ambas redes asistenciales hace descansar el éxito de la coordinación, y por lo tanto del tratamiento, en los profesionales que ya de por sí sufren una elevada carga de actividad asistencial. En este sentido, hace unos años se realizó un estudio en Reino Unido sobre el seguimiento de los protocolos de actuación conjunta en diversos centros (Schulte, Meier,

Stirling, Berry & West, 2008). Los autores del estudio encontraron que sólo aproximadamente la mitad de los servicios de adicciones y salud mental aplicaban estos protocolos. Este estudio se ha replicado en otros países europeos. Charzynska et al. (2011) hallaron que en siete países europeos el seguimiento de estos protocolos entre los profesionales de los distintos servicios era infrecuente, observándose su aplicación en un 31.5% de centros estudiados. No debe extrañar, por lo tanto, que estudios como el de Roncero et al. (2012) encontraran que el 33.4% de pacientes que fueron remitidos desde los servicios de salud mental a los centros de atención a las drogodependencias no solicitaron cita en estos últimos. Además, un 20.83% de los que la solicitaron no acudieron. Y entre quienes acudieron, un 47.37% abandonó antes de los 12 meses. Así pues, este escenario de actuación entre las redes asistenciales a través de protocolos de actuación implica también que los propios pacientes deben responsabilizarse de su tratamiento (Savic, Best, Manning, & Lubman, 2017). Y, si esto ya es complejo en pacientes sin patología dual, resulta razonable pensar que esta actuación es aún más compleja para pacientes con patología dual.

1.3.2. El protocolo andaluz de actuación entre las Unidades de Salud Mental

Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias

En Andalucía existe escasa información sobre las prevalencias y la efectividad de las intervenciones desarrolladas en pacientes con patología dual atendidos desde los servicios de Salud Mental y desde los servicios de Adicciones. En términos de prevalencia, los datos del informe publicado sobre Atención Sanitaria a la Salud Mental en Andalucía –SISMA- (EASP, 2009) refleja que las personas diagnosticadas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (en adelante USCM) por trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas fueron 3.089 (1,58% sobre el total), y que las personas

atendidas en primera consulta son 1.611 (1,76% del total). No obstante, como se indica en el propio SISMA, existe un alto porcentaje de pacientes para los que no se establece un diagnóstico concreto, lo que lleva al cuestionamiento de la validez de esta información. Si se analizan los datos a partir de la historia digital de los pacientes, se encuentra que el trastorno por consumo de drogas es diagnosticado en el 0,6 % de los pacientes atendidos como diagnóstico principal. No obstante, también hay que reseñar que la implantación de la historia de salud mental es relativamente reciente y continúa teniendo bastantes dificultades de implantación generalizada. Sólo por poner un ejemplo, en Huelva había una USMC todavía sin informatizar en 2016, y las demás estaban iniciándose.

Tampoco desde el ámbito de las adicciones se encuentran informes sobre la incidencia y la prevalencia de la patología dual en los servicios de adicciones. No obstante, sí existen estudios específicos realizados en el ámbito de algunos recursos de adicciones que ponen de manifiesto diferentes prevalencias de patología dual (p.e. González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón, & Lozano, 2014; Lozano et al., 2017; Mancheño-Barba et al., 2019; Martínez-González et al, 2016; Martínez-González et al., 2018; Moraleda et al., 2019; Vélez-Moreno et al., 2017; Vergara-Moragues et al, 2013). Así, por ejemplo, González-Saiz et al. (2011) informa de prevalencias de cualquier trastorno psiquiátrico del 78% en pacientes con dependencia a opiáceos. Vergara-Moragues et al. (2012) informa de prevalencias de patología dual en pacientes con dependencia a cocaína del 65.6% si se considera el diagnóstico a lo largo de la vida, y del 58.1% si se considera el diagnóstico en el último año. Más recientemente, Fernández-Calderón et al. (2015) informaron sobre una muestra de 4102 pacientes, que casi el 30% de los pacientes presentaban diagnóstico de algún trastorno del eje I.

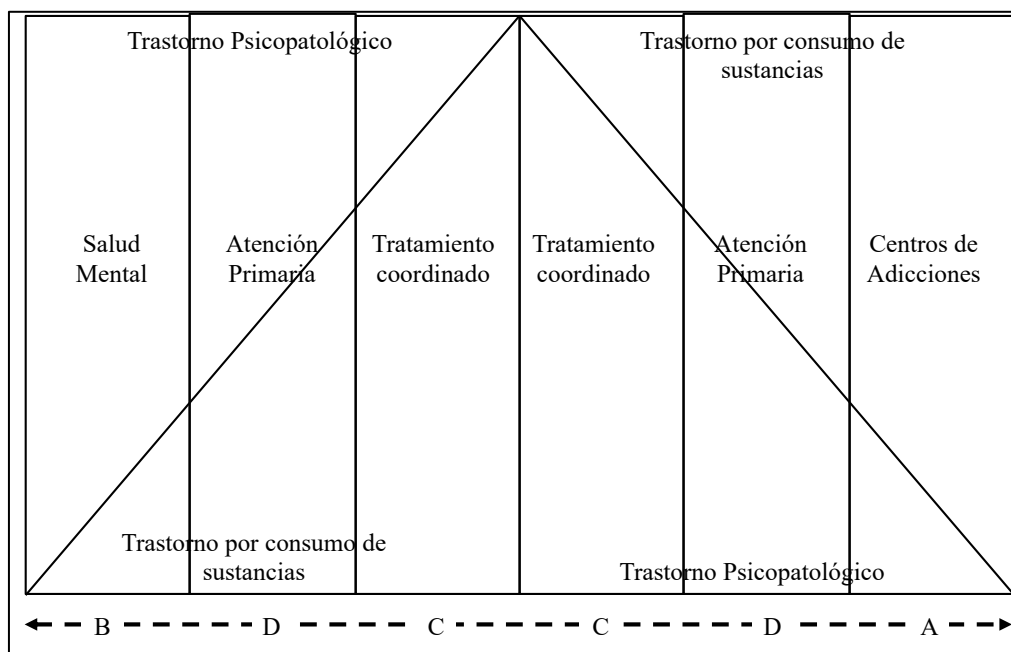
Conscientes de las necesidades especiales que tienen los pacientes con patología dual, en el año 2012 la Dirección General de Asistencia Sanitaria (en adelante DGAS) y

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias (en adelante DGSSAD) de la Junta de Andalucía, diseñaron un Protocolo de Actuación Conjunta entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias (CTAD) de Andalucía para la atención a los pacientes con patología dual. Concretamente, este protocolo está dirigido a los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y dependencia a sustancias. Dicho protocolo tiene como objetivo general mejorar la coordinación entre la red asistencial “de salud mental y la red de atención a las drogodependencias y otras adicciones, protocolizando actuaciones conjuntas que ofrezcan una respuesta eficaz a la problemática de personas con patología dual” (DGAS y DGSSAD, 2012; pág. 15). A pesar del desarrollo de este, su implantación se está realizando de manera muy irregular en las distintas provincias andaluzas y dentro de los centros de una misma provincia, de tal forma que actualmente hay pacientes que se encuentran adheridos a este protocolo de actuación conjunta, mientras otros pacientes siguen su intervención bien en las USMC o bien en los centros de tratamiento de adicciones exclusivamente. Por otra parte, esta adherencia o no a la asistencia coordinada entre USMC y centros de adicciones viene determinada no por prescripción de los profesionales que actúan de acuerdo con el protocolo, sino por decisiones propias o de sus familiares.

El protocolo de actuación conjunta que se aplica en Andalucía sigue el modelo de “tipología bidimensional” propuesto por Ries (1992). A continuación se muestra una figura que representa las diferentes tipologías de pacientes y asistencia que deberían recibir.

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico



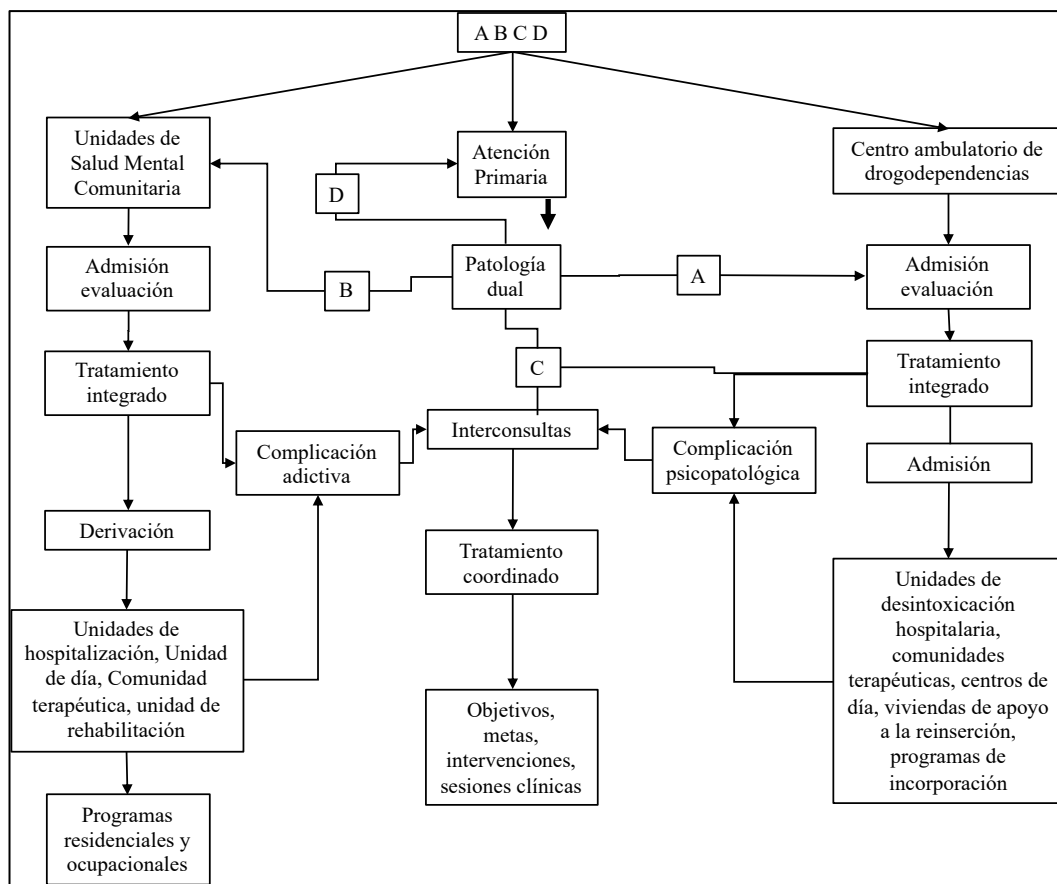
De acuerdo con este modelo, los pacientes con trastorno por consumo de sustancias y otros trastornos mentales podrían ser clasificados en 4 grupos en función de la intensidad de cada patología o trastorno. En un primer grupo, el grupo A, se situarían los pacientes con trastorno por consumo de sustancias complejo (grave), y que presentan una gravedad leve de otro trastorno mental. De acuerdo con en este modelo, el tratamiento para este grupo de pacientes se realizaría de manera integral en la red de adicciones, pues el equipo de profesionales clínicos que atienden a estos pacientes tiene la suficiente formación y recursos para prestar una atención de calidad. En un segundo grupo, el grupo B, se integran los pacientes con un trastorno mental grave y una adicción leve. Esto es, son el “polo opuesto” a los pacientes del grupo A en el sentido de que su mayor gravedad no reside en los trastornos por consumo de sustancias, sino que el mayor deterioro para los pacientes claramente está motivado por el trastorno mental grave. Este grupo de pacientes debería recibir de manera integral su tratamiento en la red de salud mental. Aquellos que presenten alta complejidad en las dos patologías tendrían que recibir tratamiento paralelo y coordinado en ambas redes; este es el perfil C. Mientras que

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

aquellos que presenten ambas patologías de manera leve tendrían que recibir tratamiento en Atención Primaria, siendo este grupo el que conforma el perfil D.

Como se observa, esta tipología de pacientes discrimina cuál es el modelo de intervención más adecuado para cada uno de los grupos señalados anteriormente.

Conforme al modelo asistencial implantado en Andalucía, el flujo que debería de seguir cada paciente se muestra en la figura siguiente



Si bien la figura anterior representa el “circuito” que debería ser considerado para los pacientes con patología dual en Andalucía, la realidad en la provincia de Huelva muestra que deberían tenerse en cuenta algunas objeciones prácticas. Así, por un lado, el tipo D rara vez es atendido en Atención Primaria. La sobrecarga que padecen los profesionales, frecuentes cambios de plantilla o la escasa formación, son algunas de las

variables que dificultan el abordaje de este tipo de usuarios en los servicios de Atención Primaria. Por ello, lo más frecuente es que este grupo de pacientes terminen sin abordaje ninguno, o en alguna de las otras dos redes. Por otro lado, los pacientes incluidos en el grupo C son los más complejo. Este grupo de pacientes generalmente presentan una escasa adherencia al tratamiento, importantes problemas sociales, incluso en riesgo de exclusión social, y de difícil manejo psicoterapéutico. Muchas veces no se sabe que influye más, si el trastorno mental o la adicción. La coordinación es compleja, sobre todo con relación a los dispositivos de tercer nivel (hospitalización, comunidades terapéuticas, problemas sociales, judiciales, etc..). Mantener en ambas redes a este tipo de pacientes parece más complejo que hacerlo en una sola, al menos a priori.

Así pues, en la actualidad en Andalucía hay pacientes que están siendo atendidos de manera coordinada entre las USMC y los CTAD, mientras que otros pacientes que también podrían beneficiarse de esta atención coordinada, están siendo sólo atendidos por uno de los dos recursos asistenciales. No obstante, más allá de que tengan un diagnóstico de TMG y dependencia a sustancias (como establece el protocolo de actuación conjunta), no se disponen de evidencias empíricas sobre los perfiles de pacientes ni los resultados terapéuticos obtenidos en cada caso.

1.3.3. Contextualización de la intervención de los pacientes con patología dual en la provincia de Huelva

La identificación del censo de personas con patología dual es complejo tanto en Andalucía como en Huelva. Una de las dificultades reside en que en los sistemas informáticos en los que se registra la información de los pacientes, existe un campo para el diagnóstico en el que sólo se suele indicar el diagnóstico principal. Esto implica que en dicho campo sólo se puede recoger si es trastorno por consumo de sustancias u otro

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

trastorno mental, pero no ambos. Por ello, los otros diagnósticos que presentan los pacientes deben ser recogidos en campos adicionales en formato texto. Esto tiene como consecuencia que la elaboración del censo debe realizarse de manera manual. Así, para elaborar el censo, cada profesional debería registrar de manera diaria qué pacientes son los que presentan patología dual.

Una segunda complicación reside en que estos pacientes suelen faltar con frecuencia a las revisiones. Por ello, la realización de estos censos de manera manual puede ser incompletos e irregulares de un dispositivo a otro, al depender de la motivación, sobrecarga, atención y disposición de los profesionales.

En términos de organización y recursos asistenciales, la unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Intercentros de Huelva engloba todos los dispositivos de salud mental de la provincia de Huelva. En éste es posible diferenciar tres niveles. La atención primaria es el primer nivel de atención a los problemas de salud mental, centrándose sobre todo en el proceso asistencial integrado de ansiedad, depresión y somatización. El segundo nivel de atención lo componen la Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). En la provincial de Huelva existen 6 dispositivos de este tipo: USMC Aracena (atiende la zona Sierra), USMC Valverde del Camino (atiende a la zona de Cuenca Minera y Andévalo Central), USMC Lepe (atiende zona Costa Oeste), USMC La Palma del Condado (atiende zona Condado), USMC Huelva Plaza Houston (atiende a Huelva capital excepto la barriada El Torrejón), y USMC Huelva H. Vázquez Díaz (atiende El Torrejón, Campiña, Costa y periferia de la capital). Como un tercer nivel de atención a la salud mental están la Unidad de Hospitalización General, la Comunidad Terapéutica, la Unidad de Rehabilitación, el Hospital de Día, y los dispositivos que atienden a la población infantil. También se dispone de recursos residenciales en pisos y residencias de 20 usuarios (3 en total), centros de días y talleres gestionados por la Fundación Andaluza para la

Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). Todos ellos trabajan de manera coordinada con los dispositivos de drogodependencias, en mayor o menor medida. Los que lo hacen de manera más irregular son las USMC.

Por otra parte, el servicio de drogodependencias dispone de un Centro Provincial de Drogodependencias en la capital, que se coordina con la USMC Plaza Houston, con la Unidad de Hospitalización, la Unidad de Rehabilitación, la Comunidad Terapéutica, y el Hospital de Día. En el resto de la provincia de Huelva también existen varios centros de tratamiento ambulatorios y centros comarcales de adicciones. Por ejemplo, los centros identificados como “Costa Este” y “Costa Oeste” se coordinan con la USMC de Lepe; los centros de “San Bartolomé”, “La Ribera del Tinto”, y “Andévalo” se coordinan con la USMC Huelva Hospital Vázquez Díaz. El centro de adicciones de “Aracena” se coordina con la USMC Aracena. El centro de adicciones de “Cuenca Minera” se coordina con la USMC Valverde del Camino; y, en el centro de adicciones del Condado se coordina con la USMC de La Palma del Condado.

Además de estos centros de tratamiento ambulatorio para las adicciones, en Huelva se ubican 2 comunidades terapéuticas, siendo una de ellas la Comunidad Terapéutica de Almonte y la otra la Comunidad Terapéutica de Cartaya. La primera de estas presenta una mayor especialización para el tratamiento de la patología dual. No obstante, hay que señalar que estas dos comunidades terapéuticas presentan una gestión regional, aunque estén ubicadas en la provincia de Huelva, y son actualmente gestionadas desde la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Así los pacientes de la provincia de Huelva no necesariamente ingresan en estas comunidades terapéuticas. Igualmente, a éstas acuden pacientes que tienen como centros de referencia otros servicios de adicciones y unidades de salud mental de otras provincias andaluzas.

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

Además de los dispositivos anteriores, los profesionales de la provincia de Huelva tienen asignadas 2-3 plazas en un centro de media estancia (6 meses) en la provincia Málaga (H. San Juan de Dios). Dicho recurso es habitual utilizarlo para el ingreso involuntario de pacientes con patología dual, ya que el resto de las comunidades terapéuticas, tanto de salud mental como de drogodependencias son para ingresos voluntarios.

En términos de colaboración, aunque en algunas USMC existen reuniones presenciales, la cooperación más frecuente entre dispositivos de salud mental y drogodependencia es de manera telefónica. Generalmente, la percepción es que en las USMC los pacientes atendidos de manera coordinada con los servicios de adicciones suelen presentar diagnósticos de trastornos mentales graves. Es por ello que, a priori, probablemente sean más numerosos los diagnósticos relacionados con la psicosis en el perfil de usuarios de patología dual en los dispositivos de salud mental. También se atienden de manera coordinada a pacientes con trastornos mentales no graves, y sobre todo a pacientes con trastorno por dependencia o abuso de alcohol. No obstante, y bajo mi óptica, la atención que reciben estos pacientes podría ser deficiente ya que no realizan una intervención tan intensiva como la que podrían recibir en los dispositivos especializados de drogodependencias.

Finalmente, y en relación con el contexto asistencial de la patología dual en Huelva, considero de interés señalar que entre los profesionales de las USMC y de centros de adicciones se realizan algunas actividades de formación compartidas. Los dispositivos públicos de drogodependencias, aunque organizativamente se encuentran adscritos a la Diputación Provincial de Huelva, forman parte de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Huelva, acreditada por el Ministerio de Sanidad en resolución de 2012 de la Subdirección General de Ordenación Profesional. Entre la formación que considero

relevante destacar, quisiera señalar que los residentes de psiquiatría en su periodo de formación rotan 2 meses y los de psicología clínica 4 meses por los servicios de adicciones. Tanto desde los centros de adicciones como desde las USMC compartimos la percepción de que resulta un tiempo escaso, pues al periodo anterior hay que descontar algunos días cada semana por los salientes de guardias y algunas actividades docentes. Así pues, aún valorando positivamente dicha rotación, es necesario tener presente que estos residentes serán los futuros profesionales que van a atender a la población con patología dual o con adicciones, por lo que entendemos que el tiempo de formación que reciben mientras realizan la especialidad es muy deficiente.

1.4. MARCO EVALUATIVO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

Dentro del proceso asistencial de todos los pacientes en general, y muy particularmente para pacientes con trastornos mentales, las evaluaciones del proceso y resultados terapéuticos deberían considerarse actividades indispensables para optimizar la calidad con la que son atendidos los pacientes, pero también para valorar la eficiencia de los servicios asistenciales (McGovern, Saunders & Kim, 2013). Instituciones como el National Institute on Drug Abuse reconocen en sus guías que dicha evaluación, para pacientes con trastornos por consumo de sustancias, debe articularse como un factor determinante sobre los que pivotar la atención que reciben estos pacientes (NIDA, 2012). Estas evaluaciones no sólo benefician a los pacientes, sino que a través de estas también se acumulan evidencias sobre la efectividad de las intervenciones y las prácticas más apropiadas con los pacientes, contribuyendo a la toma de decisiones clínicas y políticas sobre el mejor modelo asistencial (Boca & Darkes, 2012; Humphreys & McLellan, 2011; Proctor et al., 2011).

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

Para la evaluación de los pacientes con patología dual, es ineludible atender a aquellos indicadores que más habitualmente se han centrado en la evaluación de los pacientes con problemas de adicción, por un lado, y al mismo tiempo en los indicadores característicos de los pacientes con otros trastornos mentales psicopatológicos y de la personalidad. Además, hay que considerar la diversa naturaleza de los otros trastornos comórbidos que se presentan junto a los trastornos por consumo de sustancias.

Centrándose en los indicadores de evaluación para pacientes con trastornos por consumo de sustancias, probablemente el indicador más ampliamente utilizado ha sido el relacionado con la reducción del consumo de drogas. Esta reducción del consumo generalmente se ha considerado tanto en su frecuencia como en su cantidad. No obstante, no han sido los únicos habitualmente utilizados. McLellan, Chalk, & Bartlett, (2007) señalan que desde la década de 1960 los tres dominios claves que han formado parte de la evaluación del tratamiento de la adicción han sido el consumo de sustancias, el empleo y la actividad delictiva. Para algunos autores, este conjunto de indicadores se ha situado en los denominados indicadores duros (Iraurgi, Poo y Márquez., 2004). No obstante, desde principios de siglo aproximadamente, la evaluación de tratamiento en drogodependencias en particular, pero más ampliamente en el ámbito de la salud, se está viendo inmersa en nuevos cambios. Fundamentalmente, debido a la concepción de los trastornos por consumo de sustancias como trastornos de carácter crónico, buena parte de los investigadores y clínicos se están situando en el paradigma de la ‘recuperación’ como elemento central en la evaluación de la efectividad y eficacia de las intervenciones terapéuticas que se realizan con estos pacientes. Aunque no existe una definición unificada acerca del concepto de “recuperación”, McLellan et al. (2007) entienden que la recuperación implica un funcionamiento positivo en la mayoría de los dominios evaluados entre las personas que han tratado de superar los problemas de adicción.

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

Convergiendo con esta perspectiva, desde el NIDA se reunió un panel de expertos en investigación y tratamiento de la adicción en el año 2009. El objetivo de dicho panel era seleccionar medidas de resultados que fueran útiles en el tratamiento de las drogodependencias. Como conclusión del trabajo elaborado por estos expertos, se determinó que en la evaluación del proceso y resultados terapéuticos debía mantenerse el cambio significativo en el consumo de drogas (Donovan et al., 2012), pero además se deben recoger medidas relacionadas con las consecuencias del consumo de drogas, incluyendo el craving, la calidad de vida y el funcionamiento y apoyo psicosocial (Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin, & Jackson, 2012). Parte del trabajo de estos expertos desembocó en proyectos como MATRS (acrónimo en inglés para Medición, Alcanzable, eficiente en el Tiempo, Realista y orientada a Objetivos Específicos del tratamiento) del National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), cuyo objetivo es optimizar el proceso de planificación y evaluación de tratamientos (NIDA, 2012).

Con relación a los indicadores para pacientes con trastornos psicopatológicos, y estableciendo una analogía con los indicadores de consumo de drogas, la revisión de la literatura especializada muestra que tradicionalmente la evaluación del seguimiento de los pacientes se ha centrado en la reducción de los síntomas psicopatológicos. Sin embargo, también esta perspectiva ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Instituciones como el Servicio de Salud de Reino Unido (National Health Services -NHS-) establecieron la necesidad de llevar un seguimiento de los pacientes durante su proceso terapéutico, que debería quedar registrado en el Mental Health Minimum Data Set (Beurs et al., 2011). Dentro de este sistema de registro un papel fundamental lo adquirió el Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). Probablemente lo más relevante de este instrumento fue que incorporó a la evaluación de estos pacientes un rango de problemas

Capítulo 1: Contextualización de la patología dual y su abordaje terapéutico

físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental (Uriarte et al., 1999; Wing et al., 1998). Su popularidad ha hecho que se encuentre implantado en diversos sistemas de salud, tales como el australiano o en determinados estados de Estados Unidos. También este instrumento está propuesto para la evaluación del seguimiento de pacientes con problemas mentales en diversas comunidades autónomas de España, y entre éstas en el Sistema Andaluz de Salud.

En la actualidad, la evaluación de los pacientes de salud mental a través de instrumentos como el HoNOS se complementa con las denominadas medidas “centradas en el paciente” (Lambert, Hansen & Finch, 2001) que contrastan la percepción de los pacientes de cómo una alteración de salud afecta a su vida diaria. Bajo este marco se han desarrollado gran parte de las medidas de calidad de vida, funcionalidad, discapacidad, etc. que en la actualidad es posible encontrar en la literatura especializada. Uno de los proyectos más ambiciosos en este contexto fue puesto en marcha por la Organización Mundial de la Salud con el desarrollo de la WHODAS 2.0. Esta escala fue desarrollada para medir la funcionalidad y discapacidad de las personas de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. El desarrollo de esta escala se realizó bajo una perspectiva global, en el sentido de aportar un instrumento psicométricamente avalado, adaptado a multitud de culturas, y que permitiera la comparabilidad de las puntuaciones para los habitantes de diferentes países (Üstün et al., 2010). En este sentido, la WHODAS 2.0 ha sido adaptada a 47 lenguajes y ha sido aplicada en 94 países (Federici, Bracalenti, Meloni & Luciano, 2017), habiéndose convertido en uno de los instrumentos encuadrados entre los Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) más utilizados a nivel mundial. Este instrumento ha sido además incorporado al DSM-5 (APA, 2013) como un intento de evaluar con la misma, la discapacidad causada por los trastornos mentales. Esto es, se ha propuesto para

determinar hasta qué punto una sintomatología psiquiátrica está asociada a un malestar significativo o discapacidad que pondría de manifiesto la necesidad de un tratamiento para las personas, al tiempo que resulta útil para contrastar la evolución de los pacientes.

Así pues, de acuerdo con lo expuesto, parece que la evaluación de cómo los pacientes con patología dual están evolucionando a lo largo del periodo de tratamiento debería realizarse atendiendo tanto a indicadores clásicos del trastorno por consumo de drogas (como puede ser el propio consumo de sustancias), a indicadores clásicos de otros trastornos mentales (como puede ser la sintomatología psiquiátrica), como a indicadores que tengan en cuenta el impacto que estos trastornos están teniendo en su vida diaria.

Junto con la determinación sobre qué evaluar, son también muchos los autores que han destacado que en el contexto de la evaluación clínica es necesario plantearse cuál es el significado de las puntuaciones obtenidas con la evaluación (Cicchetti & Mainly, 2001; Hopewell, Loudon, Clarke, Oxman, & Dickersin, 2009; Sedgwick, 2014). En este plano se sitúa la necesidad de disponer puntuaciones interpretables con significado clínico. La carencia de puntuaciones con un significado clínico ha sido apuntada por diversos autores entre las causas del escaso uso de instrumentos estandarizados que se realiza en la práctica clínica (Camara, Nathan & Puente, 2000; Godman, McKay & DePhilippis, 2013; Read, Kahler & Stevenson, 2001). Si bien esta actividad resulta compleja, probablemente uno de los primeros pasos consiste en determinar cuándo la observación de un cambio de puntuaciones entre dos evaluaciones puede considerarse clínicamente relevante. A este respecto, es necesario señalar que la significación estadística cuantifica cómo la variabilidad de una muestra puede ser responsable de los resultados de un determinado estudio. Pero dicha significación estadística depende de la magnitud del resultado conseguido, del tamaño muestral y del valor de significación establecido. Por ello, desde el punto de vista clínico, resultados estadísticamente

significativos pueden que no tengan una relevancia clínica real y práctica, ya que la magnitud en sí del resultado es irrelevante.

Para la consecución de una medida clínicamente útil, lo ideal es que previamente se tenga un estándar de lo que se considera un resultado clínicamente relevante para las distintas intervenciones en salud mental. No obstante, es poco habitual esto último, por lo que es más habitual recurrir a técnicas estadísticas que estudian las variaciones de las puntuaciones entre dos evaluaciones atendiendo al error de medida que se puede estar cometiendo. A este respecto, el cambio fiable es uno de los estadísticos más ampliamente utilizados para evaluar el cambio de puntuaciones en los pacientes, señalándose la necesidad de informar sobre el mismo en los estudios de efectividad y eficacia.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS Y PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo general

El objetivo general del presente estudio ha sido identificar los perfiles de pacientes con patología dual que deciden acudir a los diferentes servicios que atienden sus necesidades, y comparar la evolución terapéutica en términos de evolución psicopatológica, consumo de drogas, discapacidad funcional y retención en el tratamiento, durante un periodo de seis meses. Para alcanzar dicho objetivo general, se han postulado diferentes objetivos específicos que son abordados en los diferentes estudios que comportan la sección de resultados de la presente tesis doctoral.

2.1.2. Objetivos específicos

Primer objetivo específico:

El estudio de la efectividad y la eficacia de las intervenciones con patología dual se ha realizado habitualmente recurriendo a medidas sobre la severidad de la psicopatología o del consumo de drogas. Igualmente, también se han analizado otros indicadores relacionados con la adherencia al tratamiento. Es menos habitual, en cambio emplear medidas relacionadas con la calidad de vida y el estado funcional de los pacientes. En este contexto, la WHODAS 2.0 ha sido propuesta en el DSM-5 como uno de los instrumentos adecuados para valorar la capacidad funcional de los pacientes con trastornos mentales. Considerando que este instrumento es uno de los centrales para valorar la evolución de los pacientes en los recursos asistenciales, el primer objetivo específico de la tesis doctoral se ha centrado en contrastar las propiedades psicométricas de la WHODAS 2.0 sobre pacientes con patología dual y su capacidad para detectar cambios clínicamente significativos. Además, dicho estudio se ha realizado desde la óptica de la Teoría Clásica de los Tests y bajo el marco de los modelos de Teoría de

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

Respuesta a los Ítems, ya que ambas teóricas psicométricas han sido aplicadas en diferentes estudios sobre esta escala.

Para este estudio, teniendo en cuenta que los errores de medida de las puntuaciones estimadas a través de la Teoría Clásica de los Tests y de la Teoría de Respuesta a los Ítems es diferente, se hipotetiza que existirán diferencias en el porcentaje de pacientes que muestran un cambio fiable bajo ambas perspectivas psicométricas.

Segundo objetivo específico:

Como ya se ha indicado anteriormente en el protocolo de actuación conjunta de Andalucía, los pacientes con patología dual pueden acudir inicialmente a las USMC o a los centros especializados de adicciones. Tanto en unos centros como en otros, si tras la evaluación de los profesionales clínicos se considera oportuno que el paciente acuda a ambos centros de manera coordinada, entonces se le indica al paciente y se pone en marcha el protocolo de actuación conjunta para ese paciente. No obstante, es el paciente quien libremente puede determinar su adscripción o no a ser tratado bajo dicho protocolo de actuación. Como resultado, de entre los pacientes con patología dual e indicación terapéutica de recibir asistencia en ambos tipos de centros, algunos de estos han decidido libremente acudir sólo a las USMC, otros han decidido acudir sólo a los centros de adicciones, y otros siguen las recomendaciones terapéuticas de acudir a ambos centros de manera coordinada.

Teniendo en cuenta esta capacidad de decisión de los pacientes, como segundo objetivo específico de esta tesis doctoral se ha buscado analizar la posible existencia de variables sociodemográficas, psicopatológicas o relacionadas con el consumo de drogas, que puedan estar asociadas a seguir una modalidad terapéutica u otra.

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

La hipótesis principal de este trabajo es que deben existir pocas diferencias en el perfil de los pacientes que acuden a los servicios de adicciones, de salud mental comunitaria y a los servicios coordinados.

Tercer objetivo específico:

Como se ha visto, existen diferentes estudios que han comparado la efectividad de la modalidad de intervención integrada. Además, otros estudios han comparado, principalmente, los resultados terapéuticos de pacientes que siguen una modalidad de intervención integrada frente a otras modalidades terapéuticas. Pero existe relativamente poca literatura especializada que compare la evolución de los pacientes que siguen una intervención coordinada entre centros terapéuticos, frente a pacientes que libremente deciden acudir solamente a uno de estos centros. Aún más, en el ámbito nacional, no se ha encontrado ningún estudio de estas características. No hay que obviar, además, que probablemente dicha modalidad de intervención con protocolos de actuación conjunta sea posiblemente la que encuentra una mayor implementación en los sistemas sanitarios de gran parte de los países desarrollados.

En este contexto, el último estudio tiene como objetivo comparar la estabilidad psicopatológica y la severidad del consumo de drogas de los pacientes según asistan a los servicios de USMC, CTA o se adhieran a la modalidad de intervención coordinada, transcurridos seis meses de la evaluación inicial.

La hipótesis de partida es que los pacientes que son atendidos bajo la modalidad asistencial coordinada mostrarán una mejor evaluación que los pacientes que acuden exclusivamente a los servicios de adicciones o a los de salud mental.

2.2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

2.2.1. Consideraciones metodológicas previas

La metodología de la presente tesis doctoral forma parte del estudio “Análisis de la intervención de los pacientes con patología dual: estudio longitudinal sobre los factores que intervienen en la estabilidad psicopatológica y la calidad de vida (Código: PI-0287-2014). Dicho estudio ha sido financiado por la Fundación Progreso y Salud.

Hay que tener en cuenta que en este estudio participaron, entre otros y además de quien defiende esta tesis doctoral, el coordinador médico del servicio de drogodependencias de Huelva e investigadores de la Universidad. Esto planteó en el diseño metodológico un periodo de reflexión. Si lo que queríamos era observar cómo se estaban realizando el abordaje en Huelva y como se implementaba el protocolo andaluz de actuación conjunta en Huelva el diseño no debería de influir en la reorganización de los servicios de ambas redes. Si lo que queríamos era implementar adecuadamente el ya comentado protocolo y evaluar el resultado obtenido, entonces teníamos que insistir desde las distintas jefaturas de los servicios su implementación a rajatabla y realizar un seguimiento detallado de que se cumplan los criterios del programa a todos los niveles y se mantienen en el tiempo. En este caso se corría el riesgo de que una vez finalizado el estudio no se pudiera mantener la misma intensidad en la actuación conjunta, y algo que ya sabíamos, que los resultados no iban a ser extrapolables al resto de Andalucía, donde seguía funcionando de manera irregular y heterogénea. Además, nos encontramos que la completa implantación de todos los abordajes posibles en el protocolo debería de incluir a atención primaria, lo que aumentaba la dificultad del estudio. Entendimos que ya existían argumentos suficientes para que su implementación fuera correcta. Formaba parte de los objetivos de los servicios de ambas redes y existían reuniones de coordinación entre ambas. Lo que hicimos fue formar al personal acerca de este protocolo

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

aprovechando la actualización del 2012, y de informar del estudio, ofertando participar a él de manera voluntaria a los profesionales.

2.2.2. Diseño

El estudio ha sido diseñado como un estudio longitudinal observacional, con dos momentos de evaluación. Un primer momento de evaluación basal, y una segunda evaluación transcurridos seis meses desde la primera evaluación. El periodo temporal de seis meses fue elegido teniendo en cuenta otros estudios internacionales (Sterling & Weisner, 2005), que lo consideran adecuado para detectar cambios clínicamente significativos

2.2.3. Participantes

La población objetivo está determinada por la que se especifica en el protocolo de actuación conjunta para ser atendidos por las USMC y los CTA coordinadamente. En este sentido, la población objetivo queda definida por (DGAS y DGSSAD, 2012) aquellos pacientes que: a) hayan sido considerado por el equipo clínico como pacientes con trastorno mental de alto nivel de complejidad o “trastorno mental grave”, entendiéndose por tal aquellos pacientes que presenten trastorno mental según las clasificaciones DSM-IV-TR o CIE-10 y una actividad global funcional evaluada por la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) < 50; y, b) pacientes considerados por el equipo clínico como pacientes con “trastornos adictivos de difícil manejo clínico”, entendiéndose por tal aquellos que presenten cualquier trastorno adictivo según criterios DSM-IV-TR o CIE-10 y que presente una actividad global funcional evaluada por la EEAG<50.

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

Por otro lado, para evitar la variabilidad derivada del juicio clínico en la determinación de si un paciente debe formar parte o no del estudio, los pacientes deberán cumplir necesariamente los siguientes criterios de inclusión:

1. Haber sido diagnosticados de al menos un diagnóstico de dependencia a sustancias, según criterios DSM-IV-TR.
2. Haber sido diagnosticado de al menos de otro trastorno mental con síntomas mentales graves diferente a la dependencia a sustancias, según criterios DSM-IV-TR.
3. Ser, a juicio del coordinador de las USMC y del coordinador de los CTA, un paciente que se beneficiaría de la atención coordinada entre las USMC y los CTA.
4. Llevar, en el último tratamiento, entre 0 y 12 meses atendidos en las USMC o en los CTA.
5. Tener entre 18 y 50 años.

Estos criterios de inclusión fueron, además, complementados con los siguientes criterios de exclusión para participar en la investigación:

1. Haber sido diagnosticado exclusivamente con trastorno por dependencia a nicotina, según criterios DSM-IV.
2. Presentar exclusivamente criterios de abuso a una o más sustancias según DSM-IV, sin estar presente dependencia al menos a una sustancia exceptuando nicotina.
3. Haber sido diagnosticado con retraso mental moderado-grave u otro tipo de trastorno que incapacite la realización de la entrevista.
4. No tener previsto un cambio de domicilio ni ingreso en prisión en los seis meses siguientes a la realización de la entrevista.

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

El ámbito del estudio está formado por todos los CTA y las USMC de la provincia de Huelva. De esta forma, se consideró como marco muestral para participar en el estudio 8 centros de tratamiento de drogodependencias (CPD de Huelva, CCD Isla Cristina, CCD Bollullos del Condado, CCD Minas Riotinto, CMD Lepe, CCD Andévalo, CTA Aracena, CTA Ribera del Tinto) y 6 USMC (USCM de Aracena, USMC de Huelva Plaza Houston, USMC Huelva H. Vázquez Díaz, USMC la Palma del Condado, USMC Lepe, USMC Valverde del Camino).

No todos los centros de drogodependencias coinciden con la población de referencia de las distintas USMC, aunque entre los dispositivos que participan si existe una parte al menos de la población referente, por lo que es posible la coordinación habitual. Así el equipo I del CPD de Huelva se coordina con USMC Huelva Plaza Houston y USMC Huelva H. Vázquez Díaz; el equipo II también con ambas USMC de Huelva; el equipo III sólo con USMC Huelva Plaza Houston. La USMC de Lepe se coordina con el CCD de Lepe y CCD Isla Cristina. La USMC de La Palma del Condado se coordina con CCD Bollullos del Condado, la USMC de Aracena con su CCD Aracena. La USMC de Valverde del Camino con el CCD de Minas de Ríotinto. La USMC Huelva H. Vázquez Díaz también se coordina con el CCD Ribera del Tinto y el CCD Andévalo.

Para la estimación del tamaño muestral, si bien no existían datos publicados sobre el número de pacientes con patología dual que podrían beneficiarse del protocolo de actuación conjunta, los investigadores del presente proyecto, a partir de su conocimiento e información disponible, estimaron que alrededor de 400 pacientes podrían beneficiarse de este protocolo. De entre éstos, 123 pacientes estaban en el momento del inicio del estudio siendo atendidos a través del protocolo de actuación conjunta.

Tomando como referencia estos datos, si se planifica un muestreo aleatorio y se asume un $\alpha = 0.05$, un intervalo de confianza del 95% y una distribución $p=q$, el tamaño

muestral estimado para obtener una muestra representativa era de 196 pacientes. Este tamaño muestral se estratificó entre los pacientes que seguían el protocolo de actuación conjunta, quienes sólo asistían a las USMC y quienes sólo asistían a los CTAD. Por lo tanto, el diseño de la investigación contempló que cada uno de estos grupos estuviera formado por 66 pacientes.

Para la obtención de la muestra, inicialmente los coordinadores provinciales elaboraron un censo con los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión anteriores. Fruto de este censo, se preparó un listado con 263 candidatos a participar en el estudio, y todos los pacientes fueron invitados a participar en el estudio. La muestra se conformó a partir de 182 pacientes. De estos, 51 pacientes habían sido tratados exclusivamente en las USMC, 62 pacientes en los centros especializados de drogodependencias, y 69 pacientes seguían el tratamiento de actuación conjunta. Los pacientes que no participaron en el estudio se debió a que no acudieron a sus citas terapéuticas y no se pudo contactar con ellos (21.3%), o bien no quisieron participar en la investigación (9.5%).

2.2.4. Instrumentos

A continuación se detallan los instrumentos que han sido utilizados en el marco de la presente tesis doctoral.

World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Se trata de un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que mide la salud y la discapacidad de manera estandarizada en cualquier contexto cultural (Üstün, 1999). Su desarrollo parte del International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); de la propia OMS (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010a y Üstün et al. 2010b); por lo que es uno de los instrumentos más utilizados en todo

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

mundo en encuestas de población para evaluar la funcionalidad y discapacidad de la población general de muchos países, y también es ampliamente utilizada en el ámbito de la salud mental. Además, el DSM-5 ha incorporado la versión de 36 ítems como medida de discapacidad causada por los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013). Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido estudiadas para procesos crónicos, incluidos algunos trastornos mentales por Garin et al. (2010), y adaptada al español (Vazquez-Barquero et al., 2000), con un manual completo en castellano (Vazquez-Barquero, Herrera-Castanedo, Vázquez-Bourgon, & Gaité-Pindado, 2006).

Este instrumento se desarrolló con relación al nuevo marco teórico de la discapacidad de la OMS, para evaluar los déficits en la actividad y funcionalidad que experimenta las personas, sea cual sea su enfermedad. Hasta su desarrollo, tanto los instrumentos generales como específicos tenían en cuenta la evaluación de la discapacidad de manera multidimensional, de tal forma que incorporara en la evaluación factores corporales individuales y sociales. La WHODAS 2.0 puede generar confusión con la WHO-DAS debido a que en 1988, la OMS dio a conocer un instrumento para evaluar la discapacidad específica de los trastornos mentales y le denominó World Health Organization Psychiatric Disability Assessment Schedule, cuyas siglas coinciden (WHO-DAS), pero que partió en su desarrollo del antiguo modelo de discapacidad de la OMS: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Por lo tanto, el WHO-DAS difiere WHODAS 2.0, y no debe de entenderse como una actualización de esta ya que parte de un nuevo desarrollo teórico de la discapacidad.

En la WHODAS 2.0 la discapacidad se considera un concepto independiente al de enfermedad, y su evaluación y clasificación debe ser realizada por separado. Se entiende que esta evaluación tiene que ser multidimensional e incluir componentes de

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

funcionamiento y discapacidad: funciones y estructuras corporales (cambios), actividades (capacidad) y participación de la persona (desempeño y realización), además de componentes relacionados con factores contextuales, ya sean ambientales (facilitadores versus barreras) o personales (Vazquez-Barquero et al., 2006).

La WHODAS 2.0 evalúa la severidad y duración de la discapacidad que se deriva del estado de salud de las personas. Además, aporta información del impacto que ocasiona a la persona, su familia y la sociedad. Se compone de 4 sesiones: hoja inicial, datos demográficos y generales, preámbulo y revisión de áreas. La hoja de inicio se realiza antes de la presencia del entrevistado y consta de 6 ítems (F1-F6) donde debe de aparecer la identificación del entrevistador y tipología del entrevistado. En la sección de datos demográficos, además de estos aparecen también los datos sociolaborales. En el preámbulo se le explica al usuario el objetivo de la entrevista, así como la interpretación de las dos tarjetas que tendrá presente y le ayudarán a responder adecuadamente.

Con respecto a su estructura, en la sección 4 de la entrevista es donde se sitúan los ítems de los 6 dominios a evaluar.

Sección 4 de la WHODAS 2.0			
Dominio	Área evaluada	Nº Ítems	Dificultades evaluadas
D1	Compresión y comunicación	6	Concentración, memoria, solución de problemas, aprendizaje y comunicación
D2	Capacidad para moverse en su entorno	5	Cambio postura corporal, desenvolvimiento en el hogar, salir, pasear.
D3	Cuidado personal	4	Bañarse, vestirse, comer, permanecer solo
D4	Relacionarse con otras personas	5	Capacidad para relacionarse con conocidos, desconocidos. Actividad sexual. Habilidad para hacer amigos.
D5*	Actividades vida cotidiana	8	Actividades relacionadas con el hogar, trabajo y estudios.
D6	Participación en sociedad	8	Actividad en la comunidad, discriminación, estigmatización y dignidad.

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

			Impacto sobre el tiempo libre, las emociones, la economía y la familia y el ocio.
--	--	--	---

* Los ítems 7 y 14 de este dominio no deben de evaluarse si el usuario no trabaja o estudia (lo que ocurrió en nuestra investigación), ya que el dominio presenta un punto de corte adaptado a esta posibilidad, y es lo que se recomienda.

Todos los ítems se evalúan con una escala que va del 1 al 5 al puntuar la dificultad, siendo 1 ninguna dificultad y 5 dificultad extrema o no puedo hacerlo. Hay que tener en cuenta, y ello se resalta, que estas dificultades se evalúan con respecto a los últimos 30 días, y que cada ítem se puede codificar según los nº de días en los que se manifiesta la dificultad. Al final de cada dominio se realizan preguntas exploratorias cuando se contestan dificultades en los ítems evaluados.

La WHODAS 2.0 dispone de varias versiones. En este estudio se ha utilizado la versión completa de 36 ítems (que es la descrita) para ser aplicada por una entrevistadora experimentada.

Las puntuaciones de los dominios se pueden realizar de dos maneras. Un primer método que se considera “simple”, en la que se suman las puntuaciones de cada ítem (del 1 al 5 según nivel de dificultad), y que en el DSM 5 se recomienda “el cálculo y el uso del promedio de las puntuaciones para cada dominio y para la discapacidad general”. El método complejo se basa en la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI), que en cierta medida, pondera de manera diferente los ítems y los niveles de gravedad. La codificación implica que el valor 1 de la respuesta pasa a 0; por lo que las respuestas van del 0 al 4.

Mini International Neuropsychiatric Interview -MINI- (Sheehan et al., 1998). La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada ampliamente utilizada en el ámbito de la psiquiatría, que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y de la CIE 10. También es tomada en cuenta en el DSM 5. Cada categoría diagnóstica es

evaluada a través de un módulo. Se comienza con unas preguntas filtro basadas en los criterios diagnósticos principales de las nosotaxias anteriores. Si la respuesta es negativa el instrumento te lleva a otro módulo, y si es positiva profundiza para canalizar un diagnóstico concreto dentro de esa categoría, al llevarte a las casillas determinadas para esto. La MINI es una entrevista que, de manera general, se considera breve pues el tiempo aproximado de administración se sitúa alrededor de los 20 minutos cuando el entrevistador es experimentado. Esta entrevista no suele generar cansancio o agotamiento emocional entre los entrevistadores ni entre los entrevistados (Pettersson, Modin, Wahlström, Hammarberg, & Krakau, 2018). Estudios previos han mostrado su utilidad para detectar la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos (Thaipisuttikul, Ittasakul, Waleeprakhon, Wisajun, & Jullagate, 2014; Coulon, Jeammet, & Godart, 2009).

Personality inventory DSM-5 –PID-5- (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012; y Krueger & Markon, 2014). Este instrumento está formado por 220 ítems que evalúa las 25 facetas del modelo de rasgo de la personalidad multidimensional que apareció en la sección III del DSM 5. Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido ampliamente contrastadas, avalando su uso (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby 2016). Asimismo, la versión española de 220 ítems presenta adecuadas propiedades psicométricas (Gutiérrez et al 2017), y las propiedades psicométricas de la versión de 100 ítems han sido estudiadas por integrantes del actual equipo de investigación (PID-5 Short-Form; Díaz-Batanero, Ramírez-López, Domínguez-Salas, Fernández-Calderón, & Lozano, 2019). Esta versión de 100 ítems es útil para disminuir la carga atencional que requería la versión de 220 ítems, especialmente teniendo en cuenta el perfil de usuarios en los que se iban a utilizar, con una alta complejidad terapéutica.

Las 25 facetas del PID-5 se agrupan en 5 dominios con dos polos. Este enfoque lo que pretende es que se haga una evaluación completa de los posibles rasgos de

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

personalidad (los 5 dominios), y que no se centre sólo en una categoría diagnóstica que pudiera omitir información relevante para la actividad clínica (Torres-Soto, Moya-Faz, Giner-Alegría, & Oliveras-Valenzuela, 2019). Estos 5 dominios van desde lo que se considera normal hasta el polo opuesto como por ejemplo afecto negativo frente a estabilidad emocional o desapego frente a extraversión.

Dominios y facetas del PDI-5	
Dominios. Polos opuestos	Facetas
Afecto negativo/estabilidad emocional:	Inestabilidad emocional
	Ansiedad
	Inseguridad de separación
	Sumisión
	Hostilidad
	Perseverancia
	Depresión (compartida)
	Desconfianza (compartida)
	Afecto restringido (compartida)
Desapego/extraversión	Evitación social
	Evitación de la intimidad
	Anhedonia
	Depresión (compartida)
	Afecto restringido (compartida)
	Susplicacia (compartida)
Antagonismo/amabilidad	Manipulación
	Falsedad
	Grandiosidad
	Búsqueda de atención
	Insensibilidad
	Hostilidad (compartida)
Desinhibición/escrupulosidad	Irresponsabilidad
	Impulsividad
	Distraibilidad
	Asunción de riesgos
	Perfeccionismo rígido
Psicoticismo/lucidez	Creencias y experiencias inusuales
	Excentricidad
	Desregulación cognitiva y perceptiva
Adaptado (simplificada) del DSM 5: tabla definiciones de los dominios y facetas de los rasgos de los trastornos de la personalidad del DSM-5	

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

Para entender el PID es necesario tener presente su marco de origen. En el DSM-5 aparece en la sesión II un enfoque continuista de los trastornos de personalidad con respecto al DSM IV-TR, donde se clasifican 9 trastornos de personalidad en relación a tres clusters. Clusters A: esquizoide, paranoide, esquizotípico; cluster B: narcisista, límite, antisocial e histriónico; cluster C: evasivo, obsesivo y dependiente. A estos se les añade la posibilidad de “otros trastornos de la personalidad”. Sin embargo, en la sección III del DSM-5 aparece una propuesta que no descansa sobre una concepción categorial de los trastornos, sino que lo hace con un enfoque dimensional, o más bien híbrido, ya que aparecen unas categorías diagnósticas (antisocial, evasivo, límite, narcisista, obsesivo, esquizotípico y un trastorno de personalidad de rasgo especificado). Además incluye la evaluación dimensional con los 5 dominios y los 25 rasgos a través del PDI-5, con valoración de la intensidad del rasgo presente y por lo tanto de la gravedad del trastorno y su funcionalidad. Es importante entender que este enfoque permite la evaluación sin discontinuidad entre lo considerado normal y lo muy patológico. Esto último ha sido valorado por varios autores como ventajoso con respecto al modelo categorial, aunque no está exento de controversia (Esbec & Echeburúa, 2015; Krueger, & Markon, 2014).

Substance Dependence Severity Scale –SDSS- (Miele et al. 2000a; 2000b). Este instrumento es una entrevista semiestructurada que evalúa los trastornos por consumo de sustancias. La versión inicial permitía diagnosticar y evaluar la dependencia, el abuso, la abstinencia y la gravedad del uso de sustancias según criterios DSM IV y CIE 10. Dicho instrumento ha sido adaptado al español por investigadores integrados también en el proyecto de investigación en el que se enmarca esta tesis doctoral (Vélez-Moreno et al, 2013, 2015a y 2015b). Además, durante el proceso de adaptación y estudio de sus propiedades psicométricas se produjo la publicación del manual diagnóstico de trastorno

Capítulo 2: Objetivos y planteamiento metodológico de la investigación

mentales DSM-5. Por ello, con la autorización de la Dra. Miele, se realizó el estudio psicométrico con las modificaciones pertinentes que permitía a la escala adaptar las puntuaciones también para el DSM-5 en esta versión española (Dacosta-Sánchez, Fernández-Calderón, González-Ponce, Díaz-Batanero, & Lozano, 2019).

Una de las características de interés de este instrumento es que utiliza como marco temporal de evaluación el estado del paciente actual (en los últimos 30 días), a diferencia de la mayoría de escalas. Este hecho permite realizar un seguimiento evolutivo que nos ayuda a evaluar el resultado del tratamiento y los cambios en la mejoría o gravedad del trastorno. Es por ello que se considera que esta escala es un instrumento apropiado para evaluar el impacto de las intervenciones clínicas y psicosociales en las personas con trastornos por consumo de sustancias.

La escala está organizada en 2 secciones: a) cribado de los posibles tipos y patrones de consumo de los últimos 30 días, de su frecuencia y cantidad; y, b) una segunda parte de evaluación de la gravedad del consumo, que consta de ítems que evalúan síntomas y conductas derivadas de la dependencia y del abuso de las distintas sustancias conforme a los criterios diagnósticos del DSM-IV y del DSM-5.

Las sustancias cribadas y evaluadas son: alcohol, cocaína, heroína, cannabis, alucinógenos, sedantes, estimulantes, analgésicos, metadona y otras drogas (A, B). En el caso de sedantes, estimulantes, analgésicos y metadona se especifica que se trata del consumo no prescrito facultativamente, o que se utilizan a dosis mayores a las prescritas. En la evaluación de la gravedad se utiliza una escala de frecuencia, que el paciente debe tener como referencia, en relación a la experiencia de los últimos 30 días en concreto que se esté evaluando. Asimismo, la evaluación de la gravedad de los criterios diagnósticos se realiza con 17 ítems, de los que 11 son utilizados en la operacionalización de los criterios de dependencia a sustancias del DSM IV, 4 ítems corresponde a los criterios de

abuso de sustancia del DSM IV, y 2 ítems que se han añadido en la versión española para la evaluación del craving incorporado como criterio diagnóstico del DSM-5.

Brief Symptom Inventory –BSI- (Derogatis & Melisarato, 1983; Derogatis, 1993). Este instrumento es la versión abreviada del SCL-90 revisado (Derogatis, 1977). El SCL-90-R es un inventario de evaluación multidimensional. Sin embargo, aunque el BSI mantiene la estructura multidimensional, los estudios evidencian que está constituido por una sola dimensión que nos da el malestar general del sujeto (Aragón, Bragado, & Carrasco, 2000). Esta versión reducida está formada por 53 ítems, si bien existe otra que se consideró más adecuada para el perfil de nuestra población y los objetivos del presente estudio, formada por 18 ítems (Derogatis, 2001). Se puede aplicar en menos de 5 minutos. A diferencia de las versiones anteriores, en ésta hay tres dimensiones (somatización, ansiedad y depresión), y un sólo índice de severidad global (GSI). La BSI de 18 ítems ha mostrado, en general, ser una prueba bastante sensible para detectar desde leves manifestaciones de malestar, que no se pueden catalogar como patológicas, a sintomatología más intensa propia de trastornos mentales. Es por ello que este instrumento ha sido muy utilizado para el cribado y valoración del estrés producido por la ansiedad, somatización y depresión (Franke et al., 2017).

Además de los instrumentos descritos anteriormente, en el presente estudio se recogió información de carácter sociodemográfico, así como otra información relacionada con el proceso terapéutico de los pacientes (historia de tratamientos previos, adherencia terapéutica, asistencia a otros recursos asistenciales, tipo de intervención psicológica, tipo de intervención farmacológica y seguimiento de la prescripción, etc.).

2.2.5. Procedimiento

La entrevista con cada paciente las ha realizado una psicóloga que había recibido la formación y entrenamiento necesario para la administración de las pruebas. Las administraciones de las mismas se realizaron de manera individual en una sala habilitada en los centros de tratamiento de adicciones y en las USMC. En ésta, inicialmente la psicóloga informó al paciente de la realización del estudio, resolvió las dudas que estos pudieran tener y, una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a administrar los instrumentos descritos.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Huelva y por el Comité de Ética Provincial de la Investigación en Centros de Huelva.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS DEL ESTUDIO

3.1. CLASSICAL TEST THEORY AND ITEM RESPONSE THEORY PRODUCED DIFFERENCES ON ESTIMATION OF RELIABLE CLINICAL INDEX IN WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0.

El estudio que se presenta a continuación ha sido publicado con la siguiente referencia: Mancheño J. J., Cupani M., Gutiérrez-López M., Delgado E., Moraleda E., Cáceres-Pachón P., Fernández-Calderón F., Lozano O. M. (2018). Classical test theory and item response theory produced differences on estimation of reliable clinical index in World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Journal of Clinical Epidemiology*, 103: 51-59. Doi: 10.1016/j.jclinepi.2018.07.002

3.1.1 Introduction

The use of Patient Reported Outcome Measures (PROMs) has increased in the clinical and research field during recent years. In general, these instruments assess the impact of treatments on disease as perceived by patients, complementing other indicators that are based on biomarkers. Some studies indicate that the use of PROMs allows for better decision-making in relation to patient interventions (Bingha et al., 2017). However, the use of such measures in the clinical setting is still limited (Hatfield, McCulough, Frantz, & Krieger, 2010), and there are projects that aim to provide support and guidance for their administration in this context (Department of Health, 2007; 2009). However, one of the barriers to administering these measures concerns the clinical interpretation of the scores of PROMs. In this regard, the Consensus-based Standards for the selection of health measurement instruments indicate that providing evidence of the responsiveness and interpretability of the scores can contribute to the applicability of PROMs in clinical

practice (Mokkink, Prinsen, Bouter, de Vet, & Terwee, 2016). Both of these properties are related to an evaluation of the change in scores; however, responsiveness refers to the ability to detect changes in the measured construct and is generally assessed through statistical significance, whereas interpretability refers to the capacity to assign an interpretation to quantitative scores or a change in these scores.

One of the most commonly used statistics for assessing change in patient scores due to the impact of treatment or disease deterioration is the reliable change index (RCI). The RCI evaluates individual change between two defined moments and establishes if the observed differences between the two evaluations can be explained by the measurement error of the instrument or by a real change in the development of the patient (Wise, 2004). There are different procedures for estimating RCI (Hsu, 1989; Speer, 1992; Speer & Greenbaum, 1995; Wise, 2004), with one of the most widely used being the method proposed by Jacobson and Truax (1991).

To calculate the RCI, it is necessary to know the standard error of measurement (SEM), which is generalising Classical Test Theory (CTT) (Montero, Iraurgi, Matellanes, & Montero, 2015). This theoretical approach produces an equal SEM for all the evaluated items and people. That is, the SEM is constant, which implies that subjects with high, medium, and low scores have the same value, although it is acknowledged that the precision of the measures can vary across the continuum underlying then measured construct (Petrillo, Cano, McLeod, & Coon, 2015). This, together with the fact that when applying CTT we obtain an ordinal scale score, has led us to question its usefulness in those contexts where patient change is evaluated as a consequence of the administration of a treatment (Grimby, Tennat, & Tesio, 2012; Petrillo, Cano, McLeod, & Coon, 2015). In contrast to CTT, the Item Response Theory (IRT) brings together a set of psychometric models that, among other properties, provide a measurement error for each person and

Capítulo 3: Resultados del estudio

for each item, as well as a measure of the interval scale (Embretson & Reise, 2000). Both of these properties allow for a better interpretation of patients scores observed change (Chang & Reeve, 2005; Reise & Waller, 2009).

From an empirical perspective, relatively few studies have analyzed whether the decision to use either of these psychometric models will have an impact on the RCI. Jabrayilov, Emons, and Sijtsma, 2016, reported a study using simulated data and concluded that application of CTT or IRT may have advantages and disadvantages depending on the context of use. Moreover, although for tests with at least 20 items the IRT appears to show superior results compared with CTT, there are relatively few discrepancies between the two methods. Brouwer, Meijer, and Zevalkink (2013) also analyzed the RCI of the Beck Depression Inventory-II by applying CTT and IRT to a sample of 104 patients in outpatient treatment. These authors failed to find differences in the classification of the majority of the patients, with the exception of eight subjects that occupied extreme positions on the continuum. This result, therefore, could be taken to reflect the possible impact of ceiling and floor effects on the RCI.

It should be noted that one of the most widely used PROMs in the assessment of disability is the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 (Üstün, 2010), which has been adapted to at least 47 languages and administered in 94 countries (Federici, et al., 2017). This instrument was designed for the assessment of disability from a set of dimensions of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) (Üstün, 2010). WHODAS 2.0 provides information on disability across six domains: cognition (six items), mobility (five items), self-care (four items), getting along (five items), life activities (four items), and participation in society (eight items). Each of these domains can be evaluated independently, although an overall score is also obtained by applying two scoring

systems: a simple scoring system, recommended for a clinical setting; or a complex scoring system, based on the application of IRT (Üstün et al., 2010a). From a psychometric perspective, the review by Federici et al. (2017) shows that reliability estimated using Cronbach's alpha and the test-retest procedure provides, for the most part, adequate values (with the exception of the self-care domain). Evidence of validity in relation to other variables such as functionality and quality of life has shown the expected theoretical relationships. In contrast, evidence of validity based on the theoretical internal structure of six domains has revealed discrepant results. Furthermore, it should be noted that various authors have reported high ceiling and floor effects (Garin et al., 2010; Guilera et al., 2015; Moen, Drageset, Eide, Kløllerud, & Gjesdal, 2017).

From a clinical perspective, WHODAS 2.0 has been widely used in the field of mental health, and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 has incorporated the 36-item version as a measure of disability caused by mental disorders (American Psychiatric Association, 2013). For the interpretation of scores in the clinical context, this instrument has normative scores with information regarding the percentiles (Üstün et al, 2010b). Other studies have provided evidence on sensitivity to change scores, reporting effect size values from small to moderate depending on the domain assessed (Garin et al., 2010), whereas other authors have been unable to confirm hypotheses regarding the responsiveness of this scale (Moen, Drageset, Eide, Klokkerud, & Gjesdal 2017). In relation to the RCI, Obbarius et al. (2017) calculated a value of 9 for the total score of WHODAS 2.0, extracted from the data provided by Chwastiak and von Korff (2003).

Thus, despite the wide use of this instrument - which is expected to increase as a result of its incorporation into DSM-5 no studies have been found that have conducted a

Capítulo 3: Resultados del estudio

specific analysis of the RCI values obtained using WHODAS 2.0. Thus, the present study has the following objectives: (1) to provide RCI scores in a sample of patients with dual pathology (substance use disorders and other mental disorders); and (2) to compare the RCI scores obtained using the estimated SEM from the CTT and IRT models.

Considering previous research, we hypothesize that (1.1) WHODAS 2.0 will be useful for detecting clinically significant change between baseline evaluation and 6 months follow-up in dual patients; (2.1) a high agreement between CTT-estimated scores and IRT-estimated scores is expected for patients with nonextreme scores; and (2.2) for those patients with extreme scores, discrepancies between CTT scores and IRT scores are expected.

3.1.2. Method

3.1.2.1. Design

Thus study employed a longitudinal observational design, with a baseline assessment followed by another at 6 months after the baseline.

3.1.2.2. Participants

The sample was composed of 179 dual pathology patients treated at Huelva Community Mental Health Units (Mental Health public health centers) and Drug Abuse and Dependence centers (the Huelva Province Drug Dependence Service).

There were 148 male participants (82.7%) and 31 female participants (17.3%). The mean age of the participants was 41.23 (SD 5 11.1) years for men and 40.48 (SD 5 11.9) for women. With respect to educational level, 22.9% had not completed primary education, 45.8% had completed primary education, 27.9% had completed high school or vocational training, and 3.4% had completed university education. At the time of the interview, 45.3% were unemployed and 41.9% were in receipt of benefits for their mental disorders; 8.4% were employed and 3.4% were on sick leave; 69.9% of the patients were

single, 8.5% were living with their partner, 19% were separated or divorced, and 2.6% were widowed.

With respect to the drug use profiles of the sample, 45.8% had problems with cocaine use, 40.8% with alcohol, 44.7% with cannabis, and 24.6% with heroin. In relation to comorbid mental disorders, the most prevalent were agoraphobia (48.6%) and major depressive disorder (43.6%). The prevalence of patients with generalized anxiety disorder was 28.5%, as well as patients with psychotic disorders. A lower prevalence was found in patients with antisocial disorder (20.7%), obsessive-compulsive disorder (18.4%), posttraumatic stress disorder (16.2%), social phobia (15.6%), dysthymic disorder (12.8%), and panic disorder (12.3%). With regard to personality disorders, the most prevalent were avoidant disorder (27.9%), borderline disorder (24.6%), and schizotypal disorder (20.7%).

Six months after the baseline evaluation, 96 patients were under treatment and were therefore assessed again. The remaining patients dropped out treatment and it was then not possible to administer the follow-up evaluation. In baseline scores, those patients who continued under treatment showed more negative scores in mobility in comparison to those who dropped out treatment, with statistically significant differences in direct scores (follow-up = 9.59, sd = 4.97 vs. dropout = 8.17, sd = 4.32; $t = 2.021$; $df = 176$; $p = .045$) and logit scores (follow-up = -0.64, sd = 0.75 vs dropout = -0.86, sd = .73; $t = 1.989$; $df = 176$; $p = .048$). For the rest of dimensions, no significant differences were found. Sample was recruited from January 2016 to August 2017. Follow-up was extended until February 2018.

Capítulo 3: Resultados del estudio

3.1.2.3. Instruments

3.1.2.3.1. Sociodemographic/clinical questionnaire

This questionnaire compiled information on the following variables: gender, age, marital status, employment status, and educational level.

3.1.2.3.2. Questionnaire for the World Health Organization Disability Assessment (WHODAS 2.0)

The complete version is composed of 36 questions divided into six dimensions: cognition, mobility, self-care, getting along, life activities, and participation (Üstün, 2010; Üstün et al., 2010a).

WHODAS 2.0 also provides a total disability score corresponding to the sum of all items. Of the two scoring procedures that can be used within WHODAS (Üstün, 2010; Federici et al., 2017), in this study, the simple scoring system was employed. With this procedure, the total score for each dimension corresponds with the sum of scores of each of its items, assigning the value one for the response “none”; two for “mild”; three for “moderate”; four for “severe”; and five for “extreme”. Because most patients were unemployed, following the instructions of WHODAS 2.0, the total score was 32 items, eliminating those items related to employment. A higher score is indicative of a greater disability.

3.1.2.3.3. Mini International Neuropsychiatric Interview

The MINI is a structured diagnostic interview widely used in the field of psychiatry (Sheehan et al., 1998). Through this, the main psychiatric disorders of Axis I can be evaluated. In this study, we used the Spanish version that evaluates disorders according to the DSM-IV diagnostic criteria, adapted by Ferrando, Bobes, Gilbert, Soto and Soto, 2000.

3.1.2.3.4. Personality inventory for DSM-5

The 100-item version was administered (Maples et al., 2015), which is divided into 25 facets whose combination establishes the personality diagnoses as set out in the DSM-5 25. The items translated into Spanish were extracted from the adaptation of Gutiérrez et al. (2017).

3.1.2.4. Procedure

The tests were administered by a psychologist with experience in patient assessment. Before starting the period of data collection, the psychologist received specific training for the administration of these tests. The interviews were conducted in the centers where the patients received their treatment, and the patients had previously been informed by the therapist. The patients were also told that the study was unrelated to their therapeutic process. The interviews were conducted in individual sessions in which the psychologist explained the objectives of the research and the participants were informed of the voluntary nature of their participation. They were also told that, unless expressly authorized, the information collected would not be included in their medical history. They were then read the informed consent and asked to sign the form if they wished to participate. Once the patient had signed the consent form, the interview began. This study was approved by the ethics committee of the University of Huelva and the hospital center to which the Mental Health Units belong.

3.12.5. Data analysis

Using the CTT approach, reliability was analyzed as internal consistency through the Cronbach alpha coefficient, from which the SEM was calculated. The RCI was calculated according to the formula of Jacobson and Truax, 1991.

$$RC = X_2 - X_1 / S_{diff} = X_2 - X_1 / \sqrt{2(S_e)^2}$$

where X2 is the mean of the evaluation scores at 6 months, X1 is the mean of the baseline assessment scores, and Se is the standard error of measure.

To calculate RCI with obtained scores by means of IRT, we first applied Rating Scale Model (Wright & Masters, 1982), assuming unidimensionality for the total scores, as specified in the guide for users of WHODAS 2.0 (Üstün, 2010). However, a principal component analysis of the residuals conducted with the software Winsteps showed a nonunidimensional structure. Consequently, we carried out a multidimensional Rasch model. Specifically, we conducted a partial-credit test let model, which is a specific variation of a multidimensional random coefficients multinomial logit model (Adams, Wilson, & Wang, 1997). In this model, it is assumed that each item contributes, on the one hand, to the score in its own factor, and on the other hand to the global score obtained from the items in the test.

To estimate the items' parameters, we applied a marginal maximum likelihood (following the Monte Carlo method). After estimating the items' parameters, ability parameters of subject (q) were obtained using a maximum likelihood procedure. Items fit to model are shown in Table 1. An adequate fit is observed on all items except for items D5.4 and D6.4

Table 1. Items parameters and fit to the Rasch testlet model

Item	Difficulty level	MNSQ (weighted fit) ^a	CI	T ^b
D1.1	0.318	1.08	0.80, 1.20	0.8
D1.2	0.140	1.08	0.80, 1.20	0.8
D1.3	0.233	1.03	0.80, 1.20	0.3
D1.4	0.409	1.05	0.78, 1.22	0.5

D1.5	0.463	0.95	0.78, 1.22	-0.4
D1.6	0.506	1.15	0.77, 1.23	1.2
D2.1	0.565	1.14	0.76, 1.24	1.2
D2.2	0.819	1.24	0.73, 1.27	1.7
D2.3	1.020	1.36	0.66, 1.34	1.9
D2.4	0.620	1.04	0.74, 1.26	0.3
D2.5	0.514	0.94	0.75, 1.25	-0.5
D3.1	0.826	0.88	0.67, 1.33	-0.7
D3.2	0.941	0.82	0.65, 1.35	-1.0
D3.3	0.754	1.30	0.68, 1.32	1.7
D3.4	0.465	1.22	0.75, 1.25	1.6
D4.1	0.395	0.92	0.80, 1.20	-0.8
D4.2	0.503	0.87	0.78, 1.22	-1.2
D4.3	0.668	1.26	0.72, 1.28	1.7
D4.4	0.369	1.01	0.79, 1.21	0.2
D4.5	0.460	1.06	0.74, 1.26	0.5
D5.1	1.108	1.02	0.71, 1.29	0.2
D5.2	1.174	0.99	0.73, 1.27	-0.0
D5.3	0.806	0.98	0.76, 1.24	-0.1
D5.4	0.820	1.32	0.76, 1.24	2.4
D6.1	0.177	1.00	0.82, 1.18	-0.0
D6.2	0.340	0.96	0.81, 1.19	-0.4
D6.3	0.335	1.11	0.80, 1.20	1.0
D6.4	0.309	1.28	0.80, 1.20	2.5
D6.5	0.116	0.90	0.83, 1.17	-1.2
D6.6	0.369	1.16	0.75, 1.25	1.2
D6.7	0.283	0.91	0.82, 1.18	-1.0
D6.8	0.258	0.91	0.82, 1.18	-1.0

^a Mean Square (MNSQ) fit values. In weighted fit statistics or in fit statistic, the residual is weighted by the information function, which reduces the influence of extreme values.

^b t-Test of the hypotheses “MNSQ fit statistic is within the interval”.

Capítulo 3: Resultados del estudio

Values greater than two correspond to values outside the interval.

The RCI for the derivations of the IRT was calculated through the following formula (Guo & Drasgow, 2010):

$$z = \theta_u - \theta_v / \sqrt{SE_u^2 + SE_v^2}$$

where θ_u and θ_v are the ability parameters of each subject in the first and second assessment, respectively, and $SE_u^2 - SE_v^2$ is the SEM corresponding to each of the two assessment.

In both estimation procedures, RCI values ≥ 1.96 or ≤ -1.96 were considered as clinically reliable change. Finally, the kappa coefficient was applied to establish the level of agreement between both methods.

The CTT analyzes were conducted using the software SPSS version 20 (IBM Corp. Released, 2011) and the Rasch analysis was carried out using Winsteps software version 3.62.1 (Linacre, 2007). Conquest software was used to apply the Rasch testlet model (Wu, Adams, & Wilson, 1998).

3.1.3. Results

3.1.3.1. Reliability and accuracy indicators estimated with CTT and Rasch testlet model

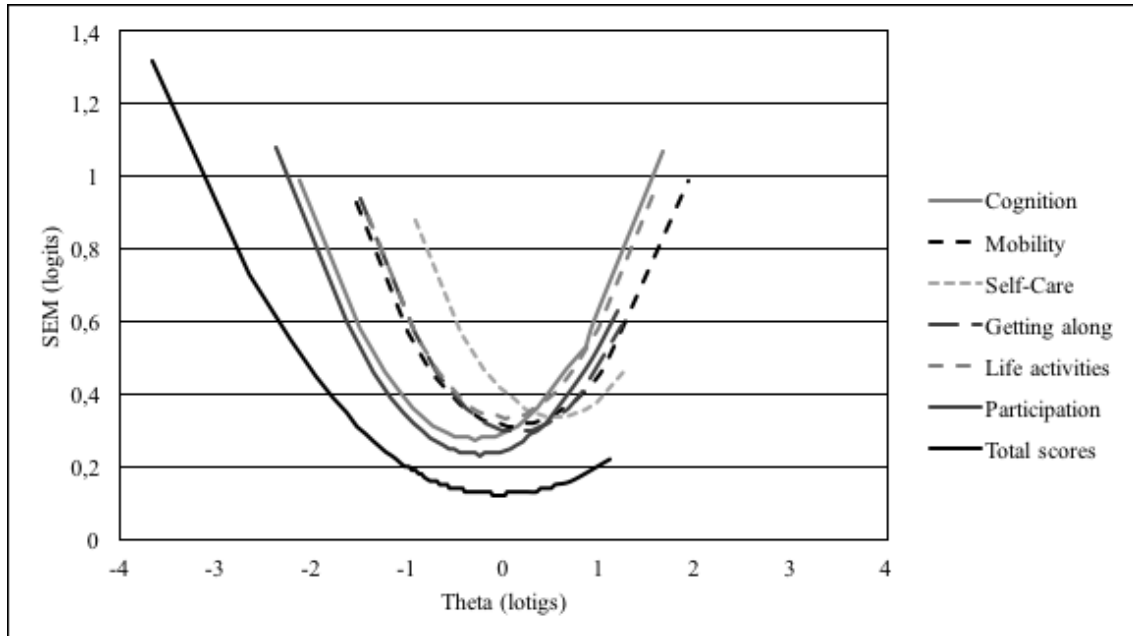
Table 2 shows the different indicators of WHODAS 2.0 scores-reliability and accuracy-estimated with CTT and Rasch testlet model. It is observed that the floor effect exceeds 15%, recommended as acceptable (Terwee et al., 2007) in the domains of “mobility,” “self-care,” “getting along,” and “life activities”. The internal consistency estimated through the Cronbach alpha coefficient shows acceptable values for all domains, with the lowest value corresponding to the self-care domain ($\alpha = .71$). The highest SEM value is observed for the total scale because this measure is the one with the greatest dispersion (SD = 25.96).

The analysis using the Rasch testlet model reveals that the mean SEM values as a function of the percentile in the score corresponding to the baseline. The highest values are found in the patients with the lowest score ($<P_{25}$), coinciding with domains in which there is a greater floor effect. The last three columns show the mean differences in scores for people who have improved. It can be seen that for all domains except for mobility and self-care, changes are observed for people with scores higher than P_{75} . People with clinically reliable changes with values lower to P_{75} were only observed for the total scores of the WHODAS 2.0.

Table 2. Reliability and accuracy indicators estimated with Classical Test Theory and Rating Scale Model for WHODAS 2.0 domains and total score.

	CTT							Rasch Testlet model						
	Floor effect	Ceiling Effect	Max. - Min	P ₂₅ - P ₇₅	Alpha	SEM	Reliable change for people who improve	Max. - Min.	Mean of standard SEM:			Mean scores of patients that improve with reliable change		
									< P ₂₅	P ₂₅ - P ₇₅	P ₇₅ >	<P ₂₅	P ₂₅ - P ₇₅	P ₇₅ >
Cognition	12.8	0.6	6-30	9-19	.84	2.62	> 7.2	-2.14-1.65	0.77	0.31	0.35	-	-	0.50
Mobility	36.3	0.8	5-25	5-11	.82	2.06	> 5.69	-1.54-1.93	0.93	0.43	0.35	-	-	-
Self-care	49.2	-	4-28	4-7	.71	1.72	> 4.75	-0.93-1.28	0.88	0.49	0.37	-	-	-
Getting along	30.2	2.2	5-25	5-13	.77	2.41	> 6.66	-1.50-1.23	0.95	0.39	0.33	-	-	0.68
Life activities	31.8	-	4-20	4-12	.93	1.45	> 4.01	-1.41-1.56	0.89	0.43	0.42	-	-	0.36
Participation	5.6	-	8-39	12-24	.80	3.78	> 10.45	-2.38-1.19	0.59	0.26	0.27	-	-	-0.08
Total score	1.7	-	32-147	44.25-82	.94	6.82	> 18.85	-3.66-1.10	0.40	0.15	0.13	-1.53	-0.53	-0.01

Fig. 1 shows the relationship between estimated ability and SEM. As it can be seen in this figure, SEM is substantially lower for scores close to 0 logits.



3.1.3.2. Comparison of the scores between baseline and follow-up assessment

Table 3 displays the comparison between the baseline and follow-up scores for each of the dimensions of WHODAS 2.0. The comparisons were made for the raw scores obtained by the simple scoring system according to WHODAS 2.0 manual (Üstün, 2010), as well as for the ability scores (θ) of a logits scale, after applying the Rasch testlet model. The results indicate that there are no statistically significant differences in any of the domains or in the total score, regardless of whether the scores are estimated with the CTT or the Rasch testlet model. Moderate values for the correlation coefficients between baseline and follow-up were found.

Table 3. Comparison between baseline and follow-up on raw scores and θ (logits).

	Baseline		Follow-up						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{pre-post}</i>	<i>t</i>	df	<i>p</i>	<i>d</i>
Raw scores									
Cognition	14.14	6.21	14.81	6.36	.487	0.90	95	.372	0.11
Mobility	9.59	4.97	9.91	5.53	.607	0.65	95	.515	0.06
Self-care	6.55	3.59	6.84	3.89	.594	0.85	95	.400	0.08
Getting along	10.02	5.09	10.31	5.58	.582	0.58	95	.561	0.05
Life activities	8.50	4.51	9.21	5.33	.510	1.43	95	.156	0.14
Participation	18.76	7.48	19.90	8.43	.609	1.57	95	.120	0.14
Total score	67.61	25.22	70.98	29.14	.651	1.44	95	.153	0.12
θ (logits)									
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{pre-post}</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Cognition	-0.66	0.80	-0.54	0.71	.411	1.38	95	.172	0.16
Mobility	-0.64	0.75	-0.63	0.83	.586	0.107	95	.915	0.01
Self-care	-0.36	0.64	-0.33	0.67	.487	0.466	95	.643	0.05
Getting along	-0.56	0.74	-0.52	0.77	.560	0.565	95	.574	0.05
Life activities	-0.52	0.71	-0.41	0.89	.458	1.233	95	.220	0.14
Participation	-0.69	0.71	-0.60	0.74	.561	1.273	95	.206	0.12
Total score	-0.70	0.81	-0.63	0.86	.627	0.854	95	.395	0.08

3.3. RCI according to CTT and Rasch testlet model, and agreement on the classification of patients

Table 4 shows the percentages of patients presenting clinically reliable change. When applying CTT, the percentage of people with a change ranges from 13.5% in the “self-care” domain to 39.2% in the “life activities” domain. The clinically reliable change in the total score calculated using the CTT is 47.5%. Applying the Rasch testlet model shows that the percentage of patients presenting clinically reliable change in the domains ranges from 2.1% (mobility and self-care) to 13.4% (cognition). In the total score, 42.3% of patients with clinically reliable change were observed.

Comparing the percentages of both psychometric approaches, it is clear that for all domains, the CTT produces higher percentages of patients with reliable change in comparison with the IRT. Remarkable differences are observed in the domain “life activities,” in which the reliable change between psychometric theories is 34%. For WHODAS 2.0 total scores, the percentage of patients with clinically reliable change is higher than 40% for both psychometric theories. However, when applying CTT an increase of 5% in clinically reliable change is observed in comparison to IRT.

Furthermore, following the Landis and Koch classification for the kappa coefficient (Landis & Koch, 1977), the values for all scores are almost perfect for the domains of “participation” and “total scores”. In contrast, a poor or slight agreement for the rest of dimensions is detected. Furthermore, kappa values vary according to the analyzed percentiles. Specifically, the higher agreement in most dimensions is observed between percentiles 25-75. In the case of the domains “life activities” and “participation,” the higher agreement is observed for percentile 25 or higher. Moreover, for the domain “getting along” the higher kappa value is observed for those scores higher than percentile 75.

Table 4. Percentage of reliable clinical change in scores estimated according to CTT and Rasch Testlet model, and kappa congruence index

	CTT			Rasch Testlet model			Kappa total	Kappa P 25 scores	Kappa P 25-75 scores	Kappa P >75 scores
	Improve	Worsen	Change	Improve	Worsen	Change				
Cognition	17.5	18.6	36.1	7.3	5.2	12.5	.10	0	.06	.23
Mobility	11.3	12.4	23.7	0	2.1	2.1	.14	0	.39	0
Self-care	7.2	6.3	13.5	0	2.1	2.1	.21	.38	.64	0
Getting along	6.2	11.3	17.5	2.1	1	3.1	.29	0	.25	.39
Life activities	15.5	23.7	39.2	3.1	2.1	5.2	.18	.29	.09	.18
Participation	4.1	12.4	16.5	3.1	6.3	9.4	.69	.83	.60	.72
Total scores	20.6	26.8	47.4	19.8	21.9	41.7	.81	.59	.85	.80

3.1.4. Discussion

The general aim of the present study was to provide new psychometric evidence that could be helpful in the clinical interpretation of the WHODAS 2.0 scores in patients with mental disorders. Although many studies have so far analyzed psychometric properties in terms of evidence of reliability and validity, this is the first study to provide a detailed analysis of the RCI with this scale. In addition, given that this scale has shown evidence of ceiling and floor effects (Magistrale et al., 2015; De Wolf et al., 2012), we decided to analyze the RCI by estimating the SEM using both the CTT and Rasch testlet model.

The reliability analysis with CTT provided adequate Cronbach alpha values that are consistent with those found in previous studies (Federici et al., 2017). IRT models have been less widely applied to this scale. When applying Rasch testlet model, we found that two of 32 items (item D5.4: “Getting your household work done as quickly as needed?” and item D6.4: “How much time did you spend in your health conditions or its consequences?”) did not show adequate fit values. These two items, which represent 6.25% of test items, exceed the acceptable criterion of 5% misfit items allowed for a test (Bond & Fox, 2001). These findings are not consistent with those by Üstün et al. (2010), who found adequate fit values for the all items of the WHODAS 2.0 applying the partial credit model. Nevertheless, they pointed out that the item “getting your household work done as quickly as needed?” had to be recoded. Moreover, Galindo-Garré et al. (2015) applied the Partial Credit model in a sample of patients with schizophrenia spectrum disorders. They found that some items (different from items observed in our study) were outside the permissible range of infit and outfit statistics.

The initial examination of items D5.4 and D6.4 in our sample did not let us to establish a hypothesis about the lack of fit that could be further investigated. In light of

previous results, along with our findings, we consider that future results applying IRT models to the WHODAS 2.0 should be interpreted with caution. Furthermore, it should be considered that estimating scores through IRT is a more complex process than doing it by means of CTT. Also, interpreting raw scores is more intuitive than interpreting theta values (in logits scale). Consequently, despite from a psychometric perspective using IRT it might be an advantage (Embretson & Reise, 2000), the lack of fit when IRT models are applied and the complexity in obtaining and interpreting the scores becomes a difficulty to its use in clinical contexts.

Second, and as a highlight of the application of the Rasch testlet model to this scale, it has been shown how the SEM varies according to patient scores. From a psychometric perspective, the SEM of the scores below the 25th percentile is higher than the scores above the 75th percentile. Specifically, it is observed that their values are twice higher in most domains. Considering total scores, the SEM of the scores for 25th percentile is three times higher to the SEM of the scores above 75th percentile. In addition, it is observed that the SEM of the total scores is significantly lower than the SEM observed in each of the domains. However, these values must be interpreted within the plausible scores range. For example, the SEM obtained for scores located below 25th percentile of total score is higher than the SEM found in the domains of “mobility” and “self-care” for scores positioned above the 75th percentile. Nevertheless, in the first case, there are patients with clinically reliable changes; this is not observed in those patients with scores above the 75th percentile of two dimensions mentioned. This can be explained because, although the SEM is higher, the score range has even wider values below the 25th percentile of total score (range for 25th percentile total scores = 2.21 logits; range for mobility scores higher than 75th percentile = 1.42 logits; range for self-care scores higher than 75th percentile = 0.30 logits).

Capítulo 3: Resultados del estudio

From a clinical perspective, these SEM values have an impact in two ways. First, it has been shown that WHODAS 2.0 scores do not allow for the detection of clinically reliable changes in the domains for patients with scores that fall below the 75th percentile. Thus, for patients with these scores, it is advisable to use other disabilities instruments that have shown adequate sensitivity. For those patients who had baseline scores below 75th percentile, clinically reliable improvements are detected only in total scores of WHODAS 2.0. Consequently, the clinically reliable change observed after applying IRT model to the domains affects to a reduced proportion of patients (the highest proportion is observed in the domain cognition, 12.5%). In contrast, when applying CTT model, the proportion of clinically reliable change affects to a higher percentage of patients. Thus, regarding our first hypothesis, it must be considered that the capacity of WHODAS 2.0 to detect clinically reliable changes varies according to the use of CTT or IRT psychometric models.

Second, when comparing the percentage of patients with clinically reliable change when applying CTT and Rasch testlet model, differences in all domains except for “participation” and “total scores” are detected. It is also observed that for those domains in which a high floor effect exists, the kappa value indicates low agreement between both psychometric theories. In addition, the higher agreement for most domains is observed for those patients whose scores range between percentiles 25-75. This may be related to the fact that in this score range the estimated SEM values with Rasch testlet model are the lowest. Therefore, a higher proportion of patients is classified as reliable change (improve or worsen). This high variability, which is to some extent consistent with the observed changes with CTT, is causing increments in kappa values. This result partially differs with previous research comparing reliable clinical change with IRT and CTT (Üstün, 2010; Federici et al., 2017), and it is not consistent with the hypothesis in our

study. Specifically, in contrast to previous research (Üstün, 2010; Federici et al., 2016), we did not find high agreement between the estimated scores when applying CTT and IRT. However, our results are consistent with those by Brouwer et al. (2013), who also found discrepancies between both psychometric theories for patients with extreme scores.

On the other hand, various authors have analyzed responsiveness to change through statistical significance and effect sizes (Üstün et al., 2010a; Garin et al., 2010; Chwastiak & von Korff, 2003). In this study, no statistically significant differences were found between baseline and follow-up. Therefore, the conclusion would be that no effect of treatment was found in the WHODAS 2.0 scores.

However, an analysis based on clinically reliable change for total scores would result in different conclusions. In particular, the results show that when applying the CTT, the percentage of subjects who show a change in their status is equal to 47.4% (when applying the IRT, this is at least 41.7%). We consider this result to be of particular relevance, given that WHODAS 2.0 is one of the most widely used scales in the assessment of disability, and conclusions that are drawn only from statistical significance could lead to misinterpretation. These results also support the view of Coon and Cook (2018), highlighting the importance that research community provides evidence of clinical significance when using PROMs, rather than reporting statistical significance only.

Although the authors of the present study consider that the results are of interest for the application of WHODAS 2.0 in particular, and for the clinical use of PROMs in general, it is necessary to bear in mind some limitations. The main limitation concerns the loss of patients during the follow-up phase. It must be noted that the follow-up evaluation was carried out only with the 96 patients who were under treatment after 6 months from baseline evaluation. Considering this sample size, it has been observed that

Capítulo 3: Resultados del estudio

floor effect affects to the reliability of clinical change when CTT or IRT are used. Thus, for a suitable kappa estimation, a higher sample size would be necessary. In this regard, our results must be considered as a first approach, and further research with large sample size is needed to better achieve sound conclusions. Moreover, as WHODAS 2.0 is an instrument for evaluating dysfunction, it was not designed to detect changes in people with a “normal” functioning. For this reason, it should be considered that this scale does not necessarily present an incorrect functioning.

A further limitation is related to the procedure used to calculate the scores. As already indicated, WHODAS 2.0 has two scoring systems. In this study, we employed only the simple scoring system. The complex scoring system, on the other hand, carries a weight of the scores, so the results seen in the present study are not generalizable to instances in which the complex scoring system is used. Thus, further research is necessary to complement the present findings.

3.2. ANALYSIS OF THE PROFILES OF PATIENTS WITH DUAL PATHOLOGY ATTENDING ADDICTION CENTERS, MENTAL HEALTH CENTERS, AND A COORDINATED SERVICE

El estudio que se presenta ha sido publicado con la siguiente referencia: Mancheño-Barba J. J., Navas-León S., Gutiérrez-López M. L., De la Rosa-Cáceres A., Cáceres-Pachón P., Lozano O. M. (2019). Analysis of the profiles of patients with dual pathology attending addiction centers, mental health centers, and a coordinated service. *Anales de psicología*, 35(2), 233-241. Doi: 10.6018/analesps.35.2.345721

3.2.1. Introducción

Dual pathology is a research issue that has been widely addressed by the scientific literature on addiction. In PubMed it is observed that the number of articles increases by approximately 200 new publications each year. These include epidemiological studies of prevalence (Hasin & Grant, 2015; Kessler & Chiu, 2005), nosology of dual pathology (Carmiol et al., 2014), effectiveness of intervention modalities (Hobden et al., 2018; Najt, Fusar-Poli, & Brambilla, 2011), or factors that affect the therapeutic outcome (Horsfall, Cleary, Hunt, & Walter, 2009; Wise, Streiner, & Gallop, 2017). Although prevalence rates differ between studies, the majority of reports in the literature indicate that psychiatric comorbidity is not an exception among drug use patients, but instead occurs most frequently among this population (Torrens et al., 2015).

From a care perspective, patients with dual pathology present a greater diagnostic complexity, poorer therapeutic outcomes, and a higher number of health and social problems than those patients without such comorbidity (Di Lorenzo, Galliani, Ferri, Landi, & Guicciardi, 2014). The adopted therapeutic approach usually involves the

Capítulo 3: Resultados del estudio

mental health network and specialized addiction services, used sequentially or in parallel (Balhara et al., 2016). In Spain, for example, in most of the autonomous communities it is common to find protocols for joint action between both services to provide dual pathology patients with a coordinated care regime (e.g., Elvira, Berrocoso, & Santos, 2007; Andalusian Health Service, 2012). Specifically, these protocols are based on the classification developed by Ries (1992), noting that coordinated care between both networks is indicated when patients have a mental disorder that is highly complex, and whose addiction is difficult to manage. However, there are also autonomous communities with integrated care units for patients with dual pathology. These patients receive their treatments for both disorders by the same therapeutic team.

Therefore, in organizational terms, these units are more adapted to the needs of these patients, increasing the likelihood that they receive consistent diagnoses of their disorders, thereby avoiding contradictory therapeutic indications and achieving more efficient therapeutic prescriptions (Drake & Mueser, 2000). This modality of care is less widespread, not only in Spain but also in the rest of Europe and North America, in spite of the fact that various studies have indicated that this approach could be more effective (Drake, Mueser, & Brunette, 2007; Georgeson, 2009; Staiger, Howard, Thomas, Young, & McCabe, 2014; Staiger, et al., 2010). This is because the creation of these units is complex for logistical and economic reasons.

Following the therapeutic results framework developed by Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener (1997), the effectiveness of the treatments depends fundamentally on structural / organizational factors of the care services, the type of intervention, and factors related to the characteristics of the patients. In the case of patients with dual pathology, a number of studies have analyzed these factors with the aim of promoting greater integration between mental health care networks and addiction services. For example, in

structural / organizational terms it has been emphasized that changes in the therapist / patient ratio, the number of appointments, the availability of specific services, or guidance in the training of professionals (McGovern, Lambert-Harris, Gotham, Claus, & Xie, 2014; Padwa, et al., 2015; Priester et al., 2016; Timko, Dixon, & Moos, 2005) could all serve to improve the care of these patients. In terms of the intervention used, various authors have shown through review studies how there are specific interventions that can be more effective for patients based on the clinical profiles they present (Kelly, Daly, & Douaihy, 2012; Torrens et al., 2015). Moreover, in terms of the characteristics of the patients, there are numerous studies comparing profiles of patients with and without dual pathology, and the relationship with therapeutic outcomes. However, most of these studies have been carried out either with patients treated in mental health services (Martín-Santos et al., 2006), or with those treated in addiction services (Araos et al., 2014; Carou, Romero, & Luengo, 2017; Gual, 2007; Martínez-Gras et al., 2016; Pereiro, Pino, Flórez, Arrojo, & Becoña, 2013; Vergara-Moragues et al., 2012). These results, although useful, offer limited scope for informing care policies adapted to the profiles of the patients of each healthcare network. In general, these are independent studies, carried out at different times and places, so that no firm conclusions can be drawn about the most appropriate (i.e. profile-dependent) care policies that should be implemented for dual pathology patients.

One of the few studies that addressed this issue was that conducted by Havassy, Alvidrez, and Owen (2004). These authors carried out a study in the United States and used as their starting point the hypothesis that for dual pathology patients, there would be clinical differences between those who attended mental health services and those who used specialized addiction services. However, these authors found little difference between dual pathology patients treated in the two care networks. In Spain, the 'Madrid

Capítulo 3: Resultados del estudio

Study' (Arias et al., 2013a, 2013b, 2013c) was carried out with patients treated in the addiction center network and those treated in the mental health network. This study revealed differences between the care networks in terms of the prevalence of dual pathology patients (36.1% in mental health and 70.3% in the addiction center network), although no results were presented regarding a comparison of the profiles of these patients. In addition, there are as yet no clearly defined profiles of those patients where there are clinical indications for the use of receiving coordinated care. Therefore, the aim of the present work was to provide one of the first national in-depth studies of the profiles of patients in which there are indications for coordinated care. In particular, our goal was to compare the patients that follow this therapeutic indication with two other groups that attend only one of the two centers of the healthcare network. To this end, our two objectives were as follows: i) to analyze if there are differences in socio-demographic characteristics, substance dependence, and psychopathology according to the type of care modality that the patients receive; ii) to determine if any of these characteristics could affect attendance to each of these therapeutic modalities. In terms of a hypothesis, Havassy et al. (2004), found little difference between the two networks and, whilst in the present work we will study patients in which there are indications for coordinated care, according to the protocols there should be no differences between patients. Thus, it can be hypothesized that: 1) there should be no socio-demographic differences between patients according to the type of care services they attend; 2) the substance dependency profile should not differ between patients according to care modality; and, 3) there should be no differences in terms of other mental disorders depending on the type of care.

3.2.2. Methods

Participants

The sample frame of the study consisted of patients diagnosed with dual pathology and treated in the Community Mental Health Units (CMHU) of Huelva and the Provincial Service of Drug Addiction of Huelva (ADH). The CMHU consists of multidisciplinary teams providing walk-in and domiciliary services belonging to the network of specialized care centers for people with mental health problems. The ADH is an outpatient treatment center coordinated by a multidisciplinary team whose service portfolio is focused on preventive care and treatment for people with addiction problems. The ADH also fulfills the function of coordinating all outpatient addiction treatment centers in the province of Huelva. To participate in the study, patients had to meet the following inclusion criteria: 1) to have a general level of functional activity, as evaluated by the Global Activity Assessment Scale (EGA) <50 ; 2) to have been diagnosed with at least one substance dependence disorder in the last year according to DSM-IV-TR criteria; 3) to have been diagnosed in the last year with at least one other mental disorder with severe mental symptoms other than substance dependence according to DSM-IV-TR criteria; 4) to have clinical indications for receiving treatment in the coordinated service between the CMHU and ADH centers. The exclusion criteria were: 1) to have been diagnosed exclusively with nicotine dependence disorder, according to DSM-IV-TR criteria; 2) to meet criteria indicating abuse of one or more substances according to DSM-IV-TR, without having a diagnosis of dependence; 3) to have been diagnosed with mental retardation or another type of disorder that makes the interview impossible; and, 4) not giving signed informed consent.

Capítulo 3: Resultados del estudio

Based on these inclusion and exclusion criteria, the care coordinators of the CMHU and the ADH prepared a list of 263 candidate participants. Accidental sampling was used, so that all patients who attended their therapeutic appointments were invited to participate in the study. The final sample consisted of 170 patients (64.6% of the census). Of these, 51 patients were treated exclusively in the CMHU, 64 patients in the ADH and 55 patients were treated in a coordinated manner between the CMHU and the ADH. Of the patients on the list who did not participate in the study, 25.9% did not attend their therapeutic appointment and could not be reached, and 9.5% refused to participate in the study.

Instruments

Mini International Neuropsychiatric Interview –MINI- (Sheehan et al., 1998). The MINI is a brief diagnostic structured interview, widely used in the field of psychiatry. In this study, the Spanish version was used (Ferrando et al., 2000), through which 16 modules corresponding to the main Axis I psychiatric disorders are evaluated. These 16 modules are evaluated by 82 items, organized as follows: 1) Major depressive episode (6 items); 2) Dysthymic disorder (4 items); Suicide risk (6 items); Manic / hypomanic episode (4 items); 5) Anxiety disorder (7 items); 6) Agoraphobia (2 items); 7) Social phobia (4 items); 8) Obsessive-compulsive disorder (6 items); 9) Post-traumatic stress disorder (5 items); 10) Dependence / abuse of alcohol (3 items); 11) Dependence / abuse of other substances; 12) Psychotic disorders (13 items); 13) Anorexia nervosa (6 items); 14) Bulimia nervosa (8 items); 15) Generalized anxiety disorder (3 items); 16) Antisocial personality disorder (2 items). Each item presents a dichotomous response format that corresponds with the diagnostic criteria established in the DSM-IV.

Several studies have linked the MINI with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) showing Kappa agreement values between 0.76 and 0.93 (Lecrubier et al, 1997; Sheehan et al., 1997). In terms of internal consistency, values ranging from $\alpha = .654$ (obsessive-compulsive disorder) to $\alpha = .951$ (major depressive disorder) were found in the present sample.

Personality Inventory for DSM-5 (Maples et al., 2015). We administered the 100-item Spanish version (Díaz-Batanero et al., 2019), which evaluates, through a Likert response format ranging between 0 ('Totally false or often false') and 3 ('Very true or often true') the 25 traits included in Section III of the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). The score for each trait is obtained by calculating the average of the scores of the items. Following Samuel, Hopwood, Krueger, Thomas, and Ruggero (2013), the scores corresponding to scores $T < 65$ of the normative scores were considered indicative of clinically significant pathological traits. In this study, we used the normative scores developed by Gutiérrez et al. (2017). The internal consistency for each of the disorders showed values between $\alpha = .69$ (obsessive-compulsive personality disorder) and $\alpha = .79$ (antisocial personality disorder).

Procedure

A psychologist with experience in the evaluation of patients administered the tests in individual sessions. Before starting the data collection period, the psychologist received specific training for the administration of these tests. After the therapist had made contact with the patients, the interviews were carried out in the centers where the patients received their treatment. The therapist also informed the patients that the study was unrelated to their therapeutic process. Initially, the psychologist that administered the tests explained the objectives of the research and reported the voluntary nature of their

Capítulo 3: Resultados del estudio

participation. They were also told that the information collected would not be part of their clinical history without their express authorization. They were then read their informed consent, and if they wished to participate, they were asked to sign the form. Once the patient had given their consent, the interview began.

The ethics committee of the University of Huelva, and the hospital center (to which the Community Mental Health Units belong) both approved the study.

Analysis

The socio-demographic variables of the present study were analyzed as nominal variables, with the exception of age, which is a continuous variable. In the case of diagnoses, these are expressed in a dichotomous way, with a value of '0' indicating their absence and the value of '1' indicating their presence. Initially, a two-stage conglomerate analysis was applied to identify the profiles according to the main drugs of consumption. The Bayesian (Schwarz) criterion was used to determine the number of conglomerates, whilst the chi-square statistic was used to analyze the association between categorical variables. An ANOVA was conducted to determine the relationship between categorical and continuous variables.

Odds ratios were calculated through a logistic regression analysis, indicating the probability that an event occurs versus the probability that it will not occur. In the specific case of this study, an odds ratio for a given disorder higher than 1 would indicate that it is more likely to be observed in the reference group with respect to the comparative group. An odds ratio below 1 is taken to indicate that the disorder is less likely in the reference group with respect to the comparative group, whilst an odds ratio equal to 1 indicates that there is the same probability of observing the disorder in both groups.

Finally, a logistic regression analysis was applied, using the stepwise procedure to determine which variables have a greater explanatory capacity with respect to the

therapeutic modality. The variables introduced in the model were those that showed a value of $p < .05$. All the statistical analyzes were conducted with the STATA version 14.0.

3.2.3. Results

Profile of consumption and prevalence of mental disorders in the sample

Patients with problems of alcohol abuse / dependence represented 41.8% of the sample, cannabis 45.9%, cocaine 45.3%, and heroin 24.1%. The cluster analysis revealed a solution of four clusters (Figure 1): 1) the first was composed of 51 patients, of whom 100% had problems of alcohol dependence and 31.4% problems with cannabis. This is, therefore, a cluster of patients with alcohol dependence, although there are also patients who have problems with cannabis use; 2) the second cluster is composed of 50 patients, 100% of which are cocaine dependent, 40% dependent on alcohol, 52% on cannabis, and 22% heroin. This cluster represents a group of patients with cocaine dependence, which also frequently consumes other drugs. This cluster could thus be regarded as one of cocaine-poly-drug patients; 3) the third cluster consists of 36 patients exclusively dependent on cannabis; and, 4) this final cluster consists of 33 patients of which 90.9% are dependent on heroin, and 81.8% dependent on cocaine. In Andalusia it is not uncommon to find this profile of users, who consume a mixture based on cocaine and heroin, often referred to as 'rebujao'.

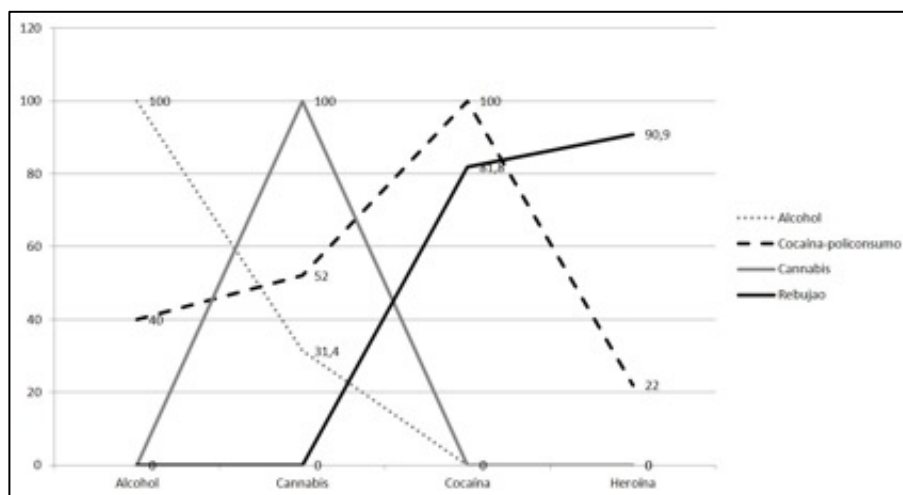


Figure 1. Patient clusters according to drug dependence

With regard to Axis I disorders, 77.6% of the sample presented diagnostic criteria compatible with such a disorder. Of these, excluding substance use disorders, the most prevalent were anxiety disorders (64.1%). and mood disorders (50.6%). The prevalence of patients with lifetime psychotic disorder was 52.9% and current psychotic disorder 26.5%, whilst 20.6% had antisocial disorder, and 2.4% had an eating disorder. Personality disorders were detected in 50% of the sample. The most prevalent of these disorders were avoidant (30.6%), borderline (28.2%), and schizotypal (24.1%).

Socio-demographic characteristics according to modality of intervention

Table 1 displays the socio-demographic characteristics of patients according to the type of care they receive. As can be seen, the analysis of gender, age, marital status and level of study does not reveal that these characteristics are more likely in certain intervention modalities than others. However, it is observed that in the group of patients treated in the ADH there is a lower probability of finding patients receiving a pension with respect to the other therapeutic modalities. Specifically, the probability of finding people who receive a pension is 2.14 ($1 / 0.468 = 2.14$) lower than that observed in the

other intervention modalities. With respect to economic status, the results show that there is a probability of 2.04 of finding patients who report an economic deficit in the ADH compared with the other modalities. In contrast, the group of patients treated at the CMHU are 2.72 ($1 / .367 = 2.72$) times less likely to report an economic deficit, and 2.99 times more likely to report having a stable income.

Table 1. Socio-demographic characteristics according to the service in which they receive care

	SPDH		USMC		Coordinado	
	n (%)	Odds ratio SPDH ¹ vs otros	n (%)	Odds ratio USMC ¹ vs otros	n (%)	Odds ratio Coordinado ¹ vs otros
Género: hombres	51 (79.7)	1.246 (0.564-2.752)	45 (88.2)	0.501 (0.192-1.308)	43 (78.2)	1.410 (0.629-3.161)
Edad (media, dt)	43 (10.54)	1.027 (0.998-1.056)	38.4 (12.2)	0.970 (0.941-1.000)	40.9 (10.7)	1.000 (0.972-1.029)
Estado civil						
Casado/ en pareja	6 (9.4)	1.365 (0.436-4.278)	7 (13.7)	1.678 (0.517-5.448)	4 (7.3)	0.348 (0.074-1.636)
Divorciado/separado	12 (18.8)	0.935 (0.407-2.149)	8 (15.7)	0.778 (0.305 – 1.981)	12 (21.8)	1.332 (0.575-3.087)
Soltero/a	41 (64.1)	0.683 (0.339-1.376)	36 (70.8)	1.156 (0.530 – 2.520)	39 (70.9)	1.342 (0.630-2.856)
Viudo	5 (7.8)	-	0		0	
Nivel educativo						
Sin estudios finalizados	13 (20.3)	0.710 (0.337-1.498)	14 (27.5)	1.289 (0.609 – 2.729)	14 (25.5)	1.113 (0.529 – 2.343)
Estudios primarios	32 (50%)	1.409 (0.755-2.630)	24 (47.1)	1.145 (0.593 – 2.212)	20 (36.4)	0.602 (0.311-1.165)
Estudios secundarios	18 (28.1)	0.991 (0.497 – 0.976)	12 (23.5)	0.709 (0.333- 1.511)	18 (32.7)	1.378 (0.684-2.777)
Estudios universitarios	1 (1.6)	0.405 (0.044-3.703)	1 (2)	0.575 (0.063-5.275)	3 (5.5)	3.260 (0.529-20.100)
Situación laboral						
Trabajando	7 (10.9)	1.737 (0.580 – 5.203)	5 (9.8)	1.329 (0.422-4.179)	2 (3.6)	0.324 (0.070-1.501)
Desempleado	35 (54.7)	1.768 (0.945 – 3.309)	18 (35.3)	0.536 (0.272-1.056)	25 (45.5)	0.975 (0.511-1.858)
Pensionista	22 (34.4)	0.468 (0.246-0.888)*	28 (54.9)	1.680 (0.868-3.253)	28 (50.9)	1.348 (0.708-2.568)
Ingresos						
Sin ingresos	44 (68.8)	2.04 (1.063-3.914)*	21 (41.2)	0.367 (0.188-0.721)**	34 (61.8)	1.245 (0.645-2.402)
Ingresos no estables	16 (25)	0.706 (0.351-1.418)	19 (37.3)	1.685 (0.837-3.396)	15 (27.3)	0.857 (0.419-1.751)
Ingresos estables	4 (6.2)	0.349 (0.112-1.088)	11 (21.6)	2.997 (1.182-7.596)*	6 (10.9)	0.816 (0.298-2.234)

*p<0.05; **p<0.01

1. Valor 1 la interpretación de la odds ratio

Capítulo 3: Resultados del estudio

Substance use disorders, other Axis 1 mental disorders, and personality disorders according to the type of intervention

The distribution of the various mental disorders and the odds ratio corresponding to each group are shown in Table 2. In relation to Axis 1 disorders, it is observed that the probability of finding patients with manic episodes is 2.07 ($1 / 0.483 = 2.07$) times lower in the ADH compared with the other intervention modalities. In contrast, the probability of finding patients with hypomanic episodes is 2.879 times higher compared with the other care modalities. ADH patients are 2.82 times less likely to report lifetime psychotic disorders than those in the other care modalities, whilst the probability of having a current diagnosis of psychotic disorder is 2.41 lower than the other modalities. In contrast, patients in the CMHU are 2.11 times more likely to have had psychotic disorders at some time in their lives. The analysis of personality disorders did not reveal any differences in terms of prevalence or odds ratios among the three intervention modalities analyzed.

In relation to the consumption profiles, Table 2 shows that ADH patients are 3.82 ($1 / 0.262 = 3.82$) less likely to report problems derived from the exclusive use of cannabis. In contrast, there is a 5.39 times greater probability of finding patients with a profile of combined heroin and cocaine use. The opposite pattern of results was found in CMHU patients, where they are 4.85 times more likely to report having problems derived from cannabis use alone, and 18.51 times less likely to report problems of combined heroin and cocaine use.

Table 2. Comparison of Axis I disorders, personality disorders, and substance use disorders according to the service in which they receive care

	SPDH		USMC		Coordinado	
	n (%)	Odds ratio SPDH ¹ vs otras	n (%)	Odds ratio USMC ¹ vs otras	n (%)	Odds ratio Coordinada ¹ vs otras
Algún trastorno del eje I (actual)	50 (78.1)	1.045 (0.495-2.206)	37 (72.5)	0.667 (0.312-1.428)	45 (81.8)	1.448 (0.646-3.245)
Trastornos del estado del ánimo (actual)	34 (53.1)	1.176 (0.632-2.191)	22 (43.1)	0.651 (0.336-1.262)	30 (54.5)	1.264 (0.664-2.408)
Depresivo mayor	27 (42.2)	0.951 (0.508-1.782)	21 (41.2)	0.902 (0.463-1.753)	25 (45.5)	1.163 (0.609-2.222)
Distimia	8 (12.5)	1.021 (0.398-2.619)	7 (13.7)	1.193 (0.450-3.157)	6 (10.9)	0.816 (0.298-2.241)
Episodios maníacos	15 (23.8)	0.483 (0.248 – 0.941)*	15 (30.6)	1.305 (0.617 – 2.764)	21 (38.9)	1.642 (0.801 – 3.363)
Episodios maníacos (actual)	2 (3.1)	2.677 (0.230-12.210)	2 (3.9)	2.389 (0.327-17.435)	0	0
Episodios hipomaniaco	15 (23.8)	2.879 (1.234 – 6.685)*	5 (10.2)	0.479 (0.171 – 1.346)	6 (11.1)	0.548 (0.207 – 1.447)
Episodios hipomaniaco (actual)	4 (6.2)	2.289 (0.495-10.575)	0	0	3 (5.5)	1.600 (0.345-7.413)
Trastornos de ansiedad	44 (68.8)	1.387 (0.719-2.678)	29 (56.9)	0.643 (0.327-1.260)	36 (65.5)	1.090 (0.556-2.137)
Trastorno de pánico	9 (14.1)	1.171 (0.469-2.917)	7 (13.7)	1.103 (0.420-2.892)	6 (10.9)	0.757 (0.279-2.056)
Ansiedad generalizada	24 (37.5)	1.920 (0.976-3.776)	12 (24)	0.699 (0.328-1.490)	13 (23.6)	0.671 (0.320-1.401)
Agorafobia	36 (56.2)	1.554 (0.831-2.901)	21 (41.2)	0.643 (0.328-1.259)	27 (49.1)	1.020 (0.531-1.866)
Fobia Social	10 (15.6)	1.041 (0.441-2.459)	10 (19.6)	1.570 (0.658-3.744)	6 (10.9)	0.581 (0.219 -1.542)
Trastorno obsesivo-compulsivo	14 (21.9)	1.369 (0.627-2.998)	10 (19.6)	1.076 (0.468-2.471)	8 (14.5)	0.645 (0.269-1.546)
Trastornos de estrés post-traumático	13 (20.3)	1.433 (0.638-3.218)	6 (11.8)	0.556 (0.211-1.462)	10 (18.2)	1.122 (0.482-2.610)
Trastorno psicótico (alguna vez)	24 (37.5) [†]	0.354 (0.186 – 0.674)**	33 (66)	2.111 (1.062 – 4.196)*	33 (60)	1.5 (0.781 – 2.881)
Trastorno psicótico (actual)	11 (17.2)	0.415 (0.193-0.892)*	17 (34)	1.598 (0.778-3.283)	18 (32.7)	1.494 (0.737-3.028)
Trastornos de la conducta alimentaria	2 (3.1)	1.677 (0.230-12.210)	1 (2)	0.773 (0.078-7.616)	1 (1.8)	0.691 (0.070-6.802)
Anorexia	0	-	1 (2%)	1.111 (0.172-7.180)	1 (1.8)	2.408 (0.346-16.768)
Bulimia	2 (3.1)	3.354 (0.298-37.764)	0	-	1 (1.8)	1.037 (0.092-11.689)
Trastorno Antisocial	17 (26.6)	1.637 (0.777-3.448)	7 (14)	0.505 (0.205-1.244)	12 (21.8)	1.046 (0.478-2.288)
Algún trastorno de personalidad	34 (54.8)	1.399 (0.739-2.646)	22 (46.8)	0.849 (0.430-1.677)	24 (46.2)	0.811 (0.418-1.572)
Antisocial de la personalidad	6 (9.4)	2.637 (0.715-9.733)	2 (3.9)	0.566 (0.116-2.765)	2 (3.6)	0.505 (0.103-2.460)
Evitativo	23 (35.9)	1.489 (0.765-2.898)	15 (29.4)	0.923 (0.451-1.891)	14 (25.5)	0.691 (0.336-1.422)
Límite	21 (32.8)	1.428 (0.723-2.822)	13 (25.5)	0.821 (0.327-17.435)	14 (25.5)	0.813 (0.393-1.683)
Narcisista	0	-	2 (3.9)	2.86 (0.359-19.322)	2 (3.6)	2.132 (0.292-15.549)
Obsesivo-compulsivo	5 (7.8)	1.038 (0.324-3.321)	5 (9.8)	1.508 (0.468-4.854)	3 (5.5)	0.606 (0.159-2.295)
Esquizotípico	14 (21.9)	0.819 (0.392-1.710)	13 (25.5)	1.112 (0.520-2.374)	14 (25.5)	1.113 (0.528-2.342)
Trastorno por consumo de sustancias						
Dependencia a alcohol y cannabis	17 (26.6)	0.765 (0.384-1.524)	18 (35.3)	1.421 (0.705-2.864)	16 (29.1)	0.973 (0.463-1.896)
Dependencia a heroína, cannabis, alcohol y cocaína	18 (28.1)	0.905 (0.456-1.794)	11 (21.6)	0.564 (0.261-1.217)	21 (38.2)	1.832 (0.921-3.643)
Dependencia a cannabis	6 (9.4) [†]	0.262 (0.102-0.671)**	21 (41.2)	4.853 (2.231-10.557)**	9 (16.4)	0.637 (0.276-1.468)
Dependencia a heroína y cocaína	23 (35.9) [†]	5.385 (2.353-12.320)**	1 (2)	0.054 (0.007-0.410)**	9 (16.4)	0.741 (0.318-1.726)

[†]Diferencias estadísticamente significativas entre las prevalencias de los tres modelos de intervención (p<0.05); * p<0.05; ** p<0.01

1. Valor 1 la interpretación de la odds ratio

Capítulo 3: Resultados del estudio

The multivariate analysis reveals that, among the dual pathology patients, attendance to the ADH is primarily explained by having a profile of heroin and cocaine dependence (odds ratio = 3.307), as well as having presented hypomanic episodes (odds ratio = 3.248). However, presenting a psychotic disorder is a factor that appears to be linked with non-attendance to this type of service (3.59 times less likely). Similarly, it is observed that in this resource there is a higher probability of patients reporting an economic deficit (odds ratio = 2.32), whilst attendance to the CMHU is explained mainly by presenting a cannabis dependence profile (odds ratio = 3.454), and is clearly not dependent on heroin and cocaine use (odds ratio = 7.75). It was also found that patients with an economic deficit are less likely to use this resource (odds ratio = 2.35) in comparison with the other therapeutic modalities (Table 3).

Table 3. Multivariate analysis with explanatory variables according to attendance to the ADH vs. others and CMHU vs. others

		Odds ratio	Error standar	t	p	Intervalo de confianza (95%)	
SPDH¹ vs. otras	(Cons)	0.473	0.181	1.96	0.05	0.224	1.000
	Trastorno psicótico (alguna vez)	0.278	0.104	3.42	0.001	0.134	0.580
	Episodios hipomaniaco	3.248	1.705	2.24	0.025	1.161	9.090
	Dependencia a heroína y cocaína	3.307	1.397	2.83	0.005	1.445	7.570
	Sin ingresos	2.320	0.901	2.16	0.030	1.083	4.970
	Pseudo R ² = .144; LR chi2 (3)=29.27; p=0.000						
USMC¹ vs. otras	(Cons)	0.371	0.158	2.32	0.021	0.160	0.859
	Dependencia a heroína y cocaína	0.129	0.098	2.67	0.008	0.029	0.579
	Dependencia a cannabis	3.454	1.529	2.80	0.005	1.449	8.228
	Sin ingresos	0.425	0.172	2.11	0.035	0.192	0.939
Pseudo R ² = .175; LR chi2 (3)=31.41; p=0.000							

Valor 1 la interpretación de la odds ratio

3.2.4. Discussion

The objective of this study was to compare the profile of dual pathology patients who receive coordinated care in two centers (CMHU and ADH) with patients who attend only one of the centers, as well as to identify which variables determine whether patients use a particular care resource. The initial hypotheses were based on the fact that, since all dual pathology patients should receive coordinated care from the ADH and CMHU network, there should be no differences in the patient profile according to the modality of care received by the patients. The results of this study partially support this hypothesis; no differences were observed between the three therapeutic modalities in terms of the majority of the analyzed disorders, although differences were observed in lifetime manic and hypomanic episodes, psychotic disorder, and dependence on cannabis and heroin and cocaine. Although quantitatively there are relatively few disorders in which differences were observed, in qualitative terms these disorders determine the profile of patients who come to each center and their healthcare needs.

As noted, among the ADH patients there is a higher prevalence of hypomanic episodes, but fewer manic episodes. This may be due to the fact that hypomanic episodes are more strongly linked with substance use, and are therefore primarily treated in the ADH. On the other hand, when patients are in a manic phase, their psychiatric stabilization is necessary, and it is therefore unsurprising to observe a lower prevalence of manic episodes in the ADH, with a higher odds ratio for these episodes in the coordinated service between the CMHU and the ADH.

A higher prevalence of patients with heroin and cocaine dependence has also been observed in the ADH, with a residual of this patient profile in the CMHU. In this regard, it should be noted that in the ADH, patients admitted to treatment for heroin and cocaine dependence represented approximately 20% of the patients who started treatment

Capítulo 3: Resultados del estudio

(Provincial Drug Addiction and Addiction Service of Huelva, 2016), which clearly determines the profile of patients that are shown to use these resources. However, there was an observed high prevalence of these patients in the ADH as opposed to the CMHU, despite these being patients with other (highly complex) mental disorders. This could be taken to suggest that the problems of these patients have been erroneously attributed to substance addiction, without adequately assessing the impact of other comorbid mental disorders on their daily lives.

Further, the higher probability of observing patients with psychotic disorders in the CMHU was also found in the study by Havassy et al. (2004). This result can be explained by the higher complexity of psychiatric care required for treating such disorders, and hence the higher rates of attendance to this service. In addition, the association between psychotic disorders and cannabis use has been widely documented (Radhakrishnan, Wilkinson, & D'Souza, 2014). Therefore, it is logical to suppose that in the CMHU there has been a higher prevalence of patients diagnosed with cannabis abuse / dependence. It should be noted that in this study, these patients correspond mostly with a young patient profile (the average age of these patients in this study is 33 years (SD = 9.7) compared with the average age of 42.8 (SD= 10.9) in the remaining patients), who, possibly due to the severity of psychotic symptomatology, are more likely to attend the CMHU — rather than the SPHD — as a matter of priority.

Another noteworthy aspect of our results is that economic status emerged as an explanatory variable for the patients' use of a particular service. In particular, more patients with no income were observed in the ADH centers than in the CMHU. There could be a number of reasons for this observation. For instance, chronic mental health users with severe mental disorders often retire early, which affords them a certain level of economic stability, whilst in the ADH centers — strongly linked with low or marginal

economic status— the patients are heavily stigmatized. Thus, a user with a normalized socioeconomic status prefers to receive treatment at the CMHU (or go to private addiction centers) rather than attend ADH centers. Thus, a variable related to the socioeconomic status could be having an impact on their decision to select the most appropriate intervention for their mental health status.

From a therapeutic perspective, the results show that almost eight out of ten patients have an Axis 1 disorder whilst half have personality disorders, with this set of disorders being presented in a comorbid manner with substance dependence, regardless of the service that is used to treat them. In addition to this, it has been observed that there are differences in patient profiles between the two networks in spite of the fact that all of the patients have been diagnosed with dual pathology. Therefore, taken together, we consider that this set of findings constitutes sufficient evidence to suggest that whilst there is good coordination between the services, these patients require integrated care by teams of professionals that are specialized in dual pathology, a view that appears to be shared by the majority of professionals working in addictions and mental health (Szerman et al., 2014; Vega et al., 2015). As long as this is not the case, it is necessary to develop clinical protocols that not only include those aspects of the patient profile that indicate coordinated care, but that also consider the main evidence on therapeutic modalities and their effectiveness for specific patient profiles.

Although we believe that the results of this study should be considered in the care planning of mental health units and addiction centers, we consider it necessary to point out some limitations. In particular, it was not possible to contact 35.4% of the patients with indications for attending mental health services and addiction centers in a coordinated manner. The inclusion of such patients could have modified the profile of the patients observed in each of the therapeutic modalities analyzed. However, we consider

Capítulo 3: Resultados del estudio

it noteworthy that they stopped attending treatment; that is, it is precisely this 35.4% of patients that failed to attend their therapeutic appointments. This lack of therapeutic adherence could be the result of inadequate adjustment to the needs of these patients, which negatively affects their prognosis (Roncero et al., 2013). In this regard, although it has been widely shown that the presence of dual pathology negatively affects therapeutic adherence, future studies should analyze whether the failure to adapt resources to the needs of dual pathology patients could be a key factor in the lack of adherence to treatment (Araos et al., 2014). It should also be noted that all patients in this study were diagnosed with dual pathology by healthcare professionals (ADH and CMHU) following the diagnostic criteria of the DSM-IV-TR, as stipulated in the joint action protocol (Andalusian Health Service, 2012). The disorders analyzed in this study were assessed through the MINI and the PID, the scores of which are in accord with the diagnostic criteria DSM-IV and DSM-5 respectively. Both interviews were fundamentally of a screening nature, and used diagnostic criteria that were different from those used in the inclusion and exclusion criteria; thus homogenization of the different versions would be desirable. But to the extent that these interviews were applied to all patients regardless of the modality of care and administered by the same qualified professional, we believe that the sources of error for the comparative analysis are fewer than those that would otherwise have been observed if the analysis had been conducted on the basis of diagnoses (made by different professionals) found in the clinical histories of each patient.

In spite of these limitations, we believe that this study provides novel findings that could help to inform the development of care resources that are adapted to the therapeutic needs of dual pathology patients. Future studies should analyze how different patient profiles evolve in these therapeutic modalities in terms of adherence, quality of life, and patient functionality.

Acknowledgements

This work has been funded by the Progress and Health Foundation, in its call for Biomedical and Health Sciences research projects (Project PI-0287-2014).

3.3. COMPARING THE THERAPEUTIC PROGRESS OF DUAL PATHOLOGY PATIENTS RECEIVING TREATMENT IN ADDICTION CENTERS, MENTAL HEALTH SERVICES, AND IN A COORDINATED MANNER: OUTCOMES RELATED TO PSYCHOLOGICAL DISTRESS, FUNCTIONAL DISABILITY AND TREATMENT RETENTION.

El estudio que se presenta a continuación está sometido para su revisión en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental: Mancheño, J. J., Navas-León, S., Fernández-Calderón, F., Gutiérrez, M. L., Díaz-Batanero, C., Moraleda-Barreno, E., Ramírez-López, J. Lorca-Marín, J.A., Lozano, O. M. (Sometido). Comparing the therapeutic progress of dual pathology patients receiving treatment in addiction centers, mental health services, and in a coordinated manner: outcomes related to psychological distress, functional disability and treatment retention

3.3.1. Introduction

Various epidemiological studies have demonstrated the high prevalence of dual pathology among the general population (Grant et al., 2017; Lai et al., 2015; Stinson et al., 2005), with the presence of both disorders accounting for 7.4% of public health problems worldwide (Whiteford et al., 2013). The therapeutic approach to this problem is complex (Baingana et al., 2015; Hoff & Rosenheck, 1999; Patel et al., 2016), with numerous authors currently pointing out that integrated care for these patients is the most appropriate therapeutic strategy (Kola & Kruszynski, 2010; Mueser et al., 2003; O'Brien et al., 2004). However, some authors note that there are structural and organizational barriers (Padwa et al., 2015) that make it difficult to effectively integrate treatment into current health systems (Sterling et al., 2011).

Alternatively, patients with dual pathology are mainly treated using addiction and mental health services in parallel Balhara et al. (2016), although this form of treatment is not exempt from criticism. These two types of healthcare resource differ markedly in philosophical, administrative, and organizational terms (Burman & Watkins, 2006), and this, in general, has a negative impact on the circumstances of these patients. For example, McGovern et al. (2014) evaluated 256 healthcare resources for these patients and estimated that only 18% of addiction services and 9% of mental health centers had the necessary resources to provide specialized care for these patients.

In order to improve the care of dual pathology patients in both healthcare institutions, coordination protocols have been promoted between addiction centers and mental health services. According to some authors, this type of intervention is realistic and pragmatic, given the limited resources of most healthcare centers (Staiger et al., 2010). However, in practice, the monitoring of these protocols is relatively poor. In particular, at an organizational level, limitations have been found in relation to the coordination between the centers. For example, in the United Kingdom approximately only half of the addiction and mental health services have applied these protocols Schulte et al. (2008). Charzynska et al. (2011) found that in seven European countries there was only infrequent follow-up of these protocols among the professionals of the different services, with such monitoring being applied in only 31.5% of the centers studied. Moreover, from the perspective of the patients, Staiger et al. (2014) demonstrated, through a qualitative study, how patients identify barriers that negatively impact their treatment.

Given these issues, it is unsurprising that there is low therapeutic adherence among the patients who receive a coordinated intervention. For example, Roncero et al. (2012) conducted a study to evaluate the therapeutic adherence of patients referred from

Capítulo 3: Resultados del estudio

psychiatric services to addiction centers. These authors found that 33.4% of the patients did not request an appointment at the centers, and 20.83% of those who did so failed to attend. In addition, among those who attended, 47.37% withdrew from treatment within 12 months.

This scenario of a coordinated action protocol between addiction and mental health services means that patients with dual pathology must be responsible for a therapeutic process that can be complex due to the need to attend different healthcare networks, whilst this is also a system that does not always function properly. Thus, even though patients must be responsible for their treatment (Savic et al., 2017), it is hardly surprising that these patients have a higher probability of relapse and a low therapeutic adherence (Torrens et al., 2015).

To our knowledge, there are no observational studies that have compared, in dual pathology patients, the clinical impact of attending addiction centers, mental health services, and receiving treatment in a coordinated manner. Therefore, the general objective of the present work is to analyze the progress of patients diagnosed with dual pathology during a period of six months, comparing the therapeutic outcomes of those who exclusively attend either addiction or mental health centers with those patients who follow a program in which the two services are coordinated. More specifically, the therapeutic adherence of patients will be analyzed, along with the development of psychopathological symptomatology, drug use, and functional disability in those patients who remain in treatment.

3.3.2. Material and methods

Design

The study adopted a longitudinal observational design, with a baseline evaluation and follow-up at 6 months.

Participants

The sampling frame consisted of patients treated in the Community Mental Health Units (CMHU) and in the Addiction Treatment Centers (ATC) of the province of Huelva.

To participate in the study, patients had to meet the following inclusion criteria:

1) have a general level of active functioning, as assessed by the Global Assessment of Functioning (GAF) scale, with a score <50 ; 2) having received at least one diagnosis of substance dependence, according to DSM-IV-TR criteria in the last year; 3) having been diagnosed with at least one other mental disorder with severe mental symptoms other than substance dependence according to DSM-IV-TR criteria in the last year; 4) have a therapeutic indication to attend the coordinated service between the CMHU and ATC centers. The exclusion criteria were: 1) having been diagnosed exclusively with nicotine dependence disorder, according to DSM-IV-TR criteria; 2) presenting criteria of abuse of one or more substances according to DSM-IV-TR, without having a diagnosis of dependence; 3) having been diagnosed with mental retardation or another type of disorder that would hinder completion of the interview; and, 4) not signing the consent form.

Based on these inclusion and exclusion criteria, the CMHU and ATC attendance coordinators prepared a list of 263 candidate patients for participation in the study, and all patients who attended their therapeutic appointments were invited to participate. However, the final sample consisted of 182 patients (69.2% of the census). Of these, 51 patients were treated exclusively in the CMHU, 62 patients in the ATC, and 69 patients

Capítulo 3: Resultados del estudio

were treated in a coordinated manner between the CMHU and the ATC. Of the patients on the list who did not participate in the study, 21.3% did not attend their therapeutic appointment and we were unable to contact them, and 9.5% refused to participate in the study.

Instruments

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 -WHODAS 2.0- (Üstün, 2010). This instrument has been incorporated into the DSM-5 (APA, 2013) to assess the disability levels of mental disorders through 36 questions divided into six dimensions: cognition, mobility, self-care, getting along with people, life activities and participation in society. The evaluation system provides a score for each dimension, as well as a general score corresponding to the total when summed across all items. The score ranges from 0 to 100 points. The higher the score, the greater the disability. Since most of the patients in this sample were unemployed, and following the recommendations of the WHODAS 2.0 manual, the 32-item version was used.

In the present sample, an estimated internal consistency was obtained, as shown by a Cronbach's alpha (α) of 0.90 for the total scale. For the dimensions, these α values were between .74 (Personal Care) and .87 (Activities).

Brief Symptom Inventory-BSI-18 (Derogatis & Milsaratos, 1983). This instrument consists of 18 items that are divided into three dimensions: Somatization, Anxiety, and Depression. It is also possible to use a global severity index consisting of the sum of the total scores. The total score ranges from 0 to 72, obtained by the sum of all the items and that of the subdimensions, with a score ranging from 0 to 24. A high score indicates greater psychological distress. Adequate internal consistency coefficients were obtained

for the total scale ($\alpha = .95$), as well as for the dimensions of anxiety ($\alpha = 0.90$), somatization ($\alpha = 0.90$) and depression ($\alpha = 0.88$).

Substance Dependence Severity Scale –SDSS– (Miele et al., 2000). The Spanish adaptation was used in its DSM-5 version, which has been shown to have adequate psychometric properties as an instrument for assessing clinical change in patients (Dacosta et al., 2019). This interview is composed of two sections. The first section includes a set of screening questions about the pattern of drug use (of different substances) during the month prior to the interview. The second section is composed of 16 items through which the 11 diagnostic criteria of the DSM-5 are operationalized. Scores on this severity scale range from 0-68, so that a higher score is indicative of greater severity. The severity scale for alcohol use ($\alpha = .78$) and cocaine dependence ($\alpha = .85$) showed adequate internal consistency.

Relapse in consumption. Information regarding consumption during treatment was collected from both the patients' medical history and their self-report.

Treatment retention. A patient was considered as having remained in treatment if he/she continued to attend their appointments. In contrast, if a patient indicated his/her intention to leave the treatment, or if they missed an appointment and failed to contact the therapeutic center again during a period of two months following the planned appointment, the patient was considered to have abandoned treatment.

Procedure

A psychologist with experience in patient evaluation conducted individual interviews with the patients, in which the battery of tests was administered to collect the information. The interviewer received specific training for the administration of these tests.

Capítulo 3: Resultados del estudio

The interviews were conducted in the ATC and CMHU rooms where patients received treatment. During the interview, the psychologist informed the patient of the objectives of the study, the voluntary nature of their participation, and the fact that their involvement was external to their therapeutic process. In addition, they were told that the information collected, unless expressly authorized by the patients, would not be included in their medical records. Subsequently, the informed consent form was read to them and, if they agreed to participate in the study, the interview began.

This study was approved by the Ethics Commission of the University of Huelva, and by the Ethics Committee of the Juan Ramón Jiménez Hospital, the managing body of the CMHU participating in the study.

Analysis

Preliminary data analysis was initially conducted to detect coding errors. The normality of the severity scores of the dependency, the BSI and its subscales, and the WHODAS 2.0 and its subscales were also tested, verifying that these did not follow a normal distribution.

We conducted correlation analyzes between qualitative variables using Pearson's chi-square test. To test whether there were statistically significant differences between the three groups, the Kruskal-Wallis test was applied, and the effect size was calculated using Cramer's V. The Wilcoxon test was used to detect statistically significant changes between baseline evaluation and follow-up for continuous variables that do not follow a normal distribution. McNemar's test was used to check significant differences in the percentages of change between the baseline and follow-up.

A logistic regression analysis was conducted to identify the explanatory variables for abandonment of treatment within each of the groups.

Further, to estimate reliable change between the baseline evaluation and the follow-up, we used the reliable change index (RCI) proposed by Jacobson and Truax (Jacobson & Truax, 1991). Following the proposal of McGlinchey, Atkins, and Jacobson (2002), a reliable clinical change was considered to have occurred when the RCI had a value greater than 1.96 or less than -1.96. This allowed us to classify patients as having improved, worsened, or remained in the same situation following six months of treatment.

The analyzes were carried out using STATA statistical software.

3.3.3. Results

Baseline comparison of drug consumption, psychopathological symptomatology, and disability.

Table 1 displays a comparison of the three groups of patients in terms of the outcome variables. There were no statistically significant differences in psychological distress or functional disability. However, there was a higher percentage of patients with problems from cocaine and heroin use among those who exclusively attended ATCs, whilst the percentage of patients with problematic cannabis use was more prevalent among those who attended the CMHU.

When consumption was analyzed during the month prior to the interview, no statistically significant differences were observed between the three groups.

Capítulo 3: Resultados del estudio

Table 1. Description of baseline scores

	ATC (n=62)	CMHU (n=51)	Coordinated (n=69)	Chi-square	p
Psychological symptoms (BSI)					
Somatization (M, (SD))	7.31 (6.77)	6.32 (5.51)	6.13 (6.56)	1.362	.506
Anxiety (M, (SD))	7.95 (7.30)	7.72 (6.41)	7.56 (6.47)	0.067	.967
Depression (M, (SD))	9.31 (6.43)	8.92 (6.13)	8.97 (6.91)	0.209	.901
Total score (M, (SD))	24.57 (18.99)	22.96 (15.54)	22.66 (17.29)	0.293	.864
Severity of dependence (SDSS)					
% patients with alcohol problems	35.5	43.1	43.5	1.045	.593
% patients using alcohol in the last month	53.2	41.2	44.9	1.773	.412
Severity of alcohol dependence (M, (SD))	7.05 (9.73)	5.18 (9.77)	7.83 (11.53)	2.676	.262
% patients with cocaine problems	61.3	25.5	46.4	14.484	.001
% patients using cocaine in the last month	22.6	21.6	26.1	0.389	.823
Severity of cocaine dependence (M, (SD))	4.57 (9.83)	6.92 (10.17)	4.66 (9.30)	0.252	.882
% patients with cannabis problems	22.6	72.5	43.5	28.336	.000
% patients using cannabis in the last month	29	33.3	17.4	4.396	.111
Severity of cannabis dependence (M, (SD))	6.71 (12.79)	6.32 (9.58)	6.06 (9.32)	1.710	.425
% patients with heroin problems	38.7	7.8	23.2	14.603	.001
% patients using heroin in the last month	3.2	0	1.4	1.823	.402
Severity of heroin dependence (M, (SD))	2.91 (7.58)	5.50 (6.40)	1.56 (6.25)	1.346	.510
Disability Assessment (WHODAS 2.0)					
Cognition (M, (SD))	32.18 (25)	40.20 (27.09)	35.68 (27.95)	2.335	.311
Mobility (M, (SD))	19.46 (25.71)	25.75 (25.59)	22.06 (26.79)	2.690	.261
Self-care (M, (SD))	13.87 (21.98)	17.60 (24.79)	13.64 (19.35)	0.482	.786
Getting along (M, (SD))	25.54 (27.07)	29.50 (27.72)	26.30 (27.67)	0.793	.673
Life activities (M, (SD))	28.52 (31.35)	30.0 (29.97)	35.76 (34.87)	1.109	.574
Participation (M, (SD))	30.60 (22.40)	36.58 (25.65)	37.37 (24.47)	2.678	.262
Total score (M, (SD))	25.67 (19.32)	30.74 (19.43)	28.31 (20.63)	2.048	.359

Treatment retention and its relationship with psychopathology, severity of dependence, and disability

During the 6-month follow-up period, 77.4%, 58.8% and 52.9% of ATC, CMHU, and coordinated service patients continued to attend their appointments, respectively. The differences in these percentages were statistically significant ($\chi^2 = 8,862$; $df = 2$; $p = .12$), indicating a higher percentage of abandonment of treatment in those patients receiving a coordinated treatment plan.

Multivariate analysis for predicting treatment abandonment revealed that none of the variables discussed above had explanatory power for predicting treatment abandonment.

Statistical comparison between baseline evaluation and follow-up

Table 2 shows the comparison between baseline assessments and follow-up in each group.

Among the patients of the ATCs, no statistically significant changes were observed for psychological distress or functional disability. However, there was a statistically significant increase in the percentage of patients who claimed to have used cocaine, whilst there was a reduction in the percentage of patients who claimed to have used cannabis.

In patients treated at the CMHU, there were no statistically significant changes in psychological distress or functional disability. As in the case of ATC patients, there was an increased percentage of patients who claimed to have used cocaine during treatment.

Finally, among those patients that received coordinated treatment, a statistically significant increase in the scores on the anxiety scale of the BSI was

Capítulo 3: Resultados del estudio

observed, with a moderate effect size. There were no statistically significant changes in drug use or functional disability.

Table 2. Statistical pre-post comparison

	ATC (n=41)				CMHU (n=25)				Coordinated (n=32)			
	Mean (SD) baseline	Mean (SD) follow-up	Z/ Chi-square	Effect size ¹	Mean (SD) baseline	Mean (SD) follow-up	Z/ Chi-square	Effect size ¹	Mean (SD) baseline	Mean (SD) follow-up	Z/ Chi-square	Effect size ¹
Psychological symptoms (BSI)												
Somatization	7.0 (6.56)	7.02 (6.19)	0.320	0.05	7.0 (6.28)	7.64 (5.40)	0.457	0.09	4.78 (5.51)	6.28 (5.92)	1.685	0.30
Anxiety	7.76 (7.30)	8.46 (7.31)	1.404	0.22	8.04 (6.39)	8.72 (6.62)	0.489	0.10	6.69 (6.24)	8.84 (7.10)	2.570*	0.45
Depression	9.24 (6.47)	9.90 (6.91)	0.820	0.13	8.88 (6.51)	8.96 (7.44)	0.216	0.04	8.22 (6.68)	8.53 (6.99)	0.031	0.01
Total score	24.0 (19.10)	25.39 (18.89)	1.313	0.21	23.92 (16.45)	25.32 (17.93)	0.081	0.02	19.69 (15.21)	23.66 (17.07)	1.875	0.33
Drug use in last month												
% patients using alcohol in the last month	47.5	36	0.40	0.09	36	36	0.0	0	43.8	50	0.40	0.09
% patients using cocaine in the last month	25	62.5	13.24**	0.57	8	36	5.44*	0.36	21.9	31.3	1.0	0.16
% patients using cannabis in the last month	35	15	8.0**	0.44	32	24	2.00	0.22	15.6	12.5	0.33	0.09
% patients using heroin in the last month	2.5	0	1.0	0.16	0	0	-	0	0	0	-	0
Disability Assessment (WHODAS 2.0)												
Cognition	32.25 (26.58)	36.88 (28.75)	1.480	0.23	41.67 (24.35)	44.17 (24.21)	0.594	0.12	36.94 (28.42)	37.58 (27.11)	0.245	0.04
Mobility	23.75 (28.80)	25.0 (29.59)	0.065	0.01	33.75 (28.47)	32.0 (31.16)	0.294	0.06	20.97 (23.97)	27.82 (31.03)	1.429	0.25

Capítulo 3: Resultados del estudio

Self-care	15.75 (25.71)	16.50 (24.97)	0.208	0.03	24.80 (29.74)	25.20 (28.30)	0.285	0.06	13.55 (18.17)	20.32 (27.14)	1.950	0.34
Getting along	28.33 (29.28)	29.79 (33.59)	0.544	0.08	32.0 (29.04)	33.67 (29.61)	0.261	0.05	28.33 (30.37)	26.67 (27.72)	0.202	0.04
Life activities	33.59 (35.06)	36.41 (39.30)	0.477	0.07	31.67 (25.99)	42.50 (31.38)	1.501	0.30	34.84 (31.82)	33.87 (36.39)	0.170	0.03
Participation	32.48 (23.84)	38.35 (28.12)	1.637	0.26	36.67 (23.57)	46.0 (25.75)	1.560	0.31	37.93 (23.79)	37.93 (26.87)	0.204	0.04
Total score	27.92 (21.99)	33.04 (25.93)	1.721	0.27	32.99 (19.07)	37.52 (20.96)	1.056	0.21	28.18 (19.76)	28.53 (20.05)	0.349	0.06

¹Effect size estimated as “r” or “Cramer’s V” * p < .05; ** p < .0

Change of the patients according to the RCI

The reliable change index for psychological distress and functional disability revealed that the majority of patients showed similar scores to those obtained on the baseline evaluation. Among those patients who showed changes, it is generally observed that for the CMHU patients, the percentage of these who showed an improvement in their symptoms of psychological distress is greater than those who showed a worsening (with the exception of the anxiety dimension). However, for those patients treated in ATCs and the coordinated program, a greater percentage of patients showed an improvement, but only in the somatization dimension.

In terms of functional disability, it can also be observed that most patients did not show reliable change. However, there were higher percentages of ATC and CMHU patients who showed a deterioration in functioning for the dimensions assessed (with the exception of self-care) over the course of the six-month follow-up period. Among those receiving the coordinated treatment program, there were more patients who showed improvements in the WHODAS 2.0 dimensions than those who showed a worsening, with the exception of the self-care dimension.

When the three treatment methods were compared, the observed differences did not reach statistical significance.

Table 3. Percentage of reliable change (pre-post)

	ATC			CMHU			Coordinated			Chi Square	d.f.	p
	Improved	Same	Worse	Improved	Same	Worse	Improved	Same	Worse			
Psychological symptoms (BSI)												
Somatization	25	57.5	17.5	24	64	12	15.6	68.8	15.6	1.474	4	.831
Anxiety	12.5	67.5	20	8	80	12	9.4	68.8	21.9	1.533	4	.821
Depression	17.5	57.5	25	20	64	16	21.9	50	28.1	1.687	4	.811
Total score	10	67.5	22.5	16	68	16	6.3	81.8	12.5	2.906	4	.574
Disability Assessment (WHODAS 2.0)												
Cognition	15	62.5	22.5	16.7	58.3	25	22.6	48.4	29	1.508	4	.825
Mobility	18.4	60.5	21.1	12	68.0	20.0	12.5	59.4	28.1	1.301	4	.861
Self-care	15.0	70.0	15	28.0	52.0	20.0	3.1	65.6	31.2	9.045	4	.060
Getting along	17.5	60.0	22.5	20.0	56.0	24.0	19.4	71.0	9.7	2.653	4	.617
Life activities	12.8	71.8	15.4	16.7	54.2	29.2	16.1	77.4	6.5	5.708	4	.222
Participation	12.8	56.4	30.8	16.0	52.0	32.0	24.1	55.2	20.7	2.126	4	.713
Total score	10.5	60.5	28.9	17.4	52.2	30.4	17.9	71.4	10.7	4.419	4	.352

3.3.4. Discussion

The present study focused on comparing the progress of dual pathology patients treated in addiction centers, mental health units, and those who received coordinated care between these services. It was expected that patients who received the coordinated treatment would show more favorable progress than those who exclusively attended each of the services, as reported by other authors (Lesage et al., 2008; Rush & Urbanoski, 2019). However, the results of this study do not fully support this hypothesis. In general, no statistically significant changes were detected in any of the groups in terms of psychopathological severity or level of autonomy. Contrary to our expectations, an increase in cocaine consumption was observed in the three groups. However, this increase was statistically significant only for patients who exclusively

attended mental health centers or addiction services, and not for those who used the coordinated services. Likewise, reliable change analysis revealed that there was a large proportion of patients whose functionality did not change. It should be noted, however, that the group of who received the coordinated care had the lowest percentage of patients who did not show deterioration in the dimensions of getting along, life activities, and participation.

Various studies have analyzed the impact of coordinated care on patients with dual pathology. However, it is difficult to compare results between studies, due to the different instruments used and the treatments applied in each case. With this in mind, studies by authors such as Rosenheck, Resnick, and Morrissey, (2003); and King Brooner, Pelrce, Kolodner, and Kidorf, (2014), found improvements in the psychopathological state of patients who received a program of coordinated care between mental health and addiction services. In contrast, Mangrum et al. (2006) analyzed the hospitalizations of patients who were treated using the integrated care method compared with those who received coordinated treatment. After a one-year follow up, these authors found an increase in hospitalizations in the latter group. Thus, the specialized literature shows disparate results that are not necessarily contradictory. The diverse range of therapies and treatments that are followed by patients in each study Torrens et al. (2015) are likely to have a strong impact on the results found in each case.

Another finding that should be highlighted in the present study is that related to treatment retention. It was observed that a large number of patients abandoned treatment before the end of the 6-month follow-up period, this percentage being higher in patients that received coordinated care. The lack of therapeutic adherence in this group has also been found in other studies (Roncero et al., 2012; King et al., 2014; Szerman, Casas & Bobes, 2013), with some authors focusing on analyzing the

Capítulo 3: Resultados del estudio

underlying factors (Herbeck et al., 2005; Magura, Rosenblum, & Fong, 2011; O'Brien, Fahmy, & Singh, 2009). In the present study, we suggest that the physical distances between the different services could explain why the patients abandon treatment when receiving coordinated care, as other authors have already pointed out (McCarthy, Piette, Fortney, Valenstein, & Blow, 2006; Smith, McNamara & King, 2017). Moreover, although the mental health and addiction services of this study are public centers, they are managed by different institutions. Therefore, bureaucratic aspects related to services could also hinder the implementation of effective coordinated care (Staiger et al., 2011; Sorsa, Greacen, Lehto, & Åstedt-Kurki, 2017). However, the fact that professionals consider it necessary to have specialized training in order to treat these patients due to the complexity of their diagnosis and treatment (Bonnie, 2017; Roncero et al., 2013), must not be ignored.

Although the present study provides results that are of interest for the planning of healthcare services for patients with dual pathology, it is also necessary to take into account various limitations. Firstly, this study had a follow-up period of 6 months. However, some authors suggest that the recommended follow-up period should exceed one year (Drake, O'Neal, & Wallach, 2008). This relatively brief time period could explain why in the majority of patients no significant changes were observed in the variables studied, although this period of time was sufficient to observe a high rate of therapeutic abandonment. Secondly, in the present study the majority of the participants were male, so this gender imbalance should be considered when generalizing the results. However, this gender distribution is representative of that found in public addiction centers in Spain (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2018).

In spite of these limitations, the present study appears to indicate that the lack of effective integration of mental health and addiction services can lead to patients

abandoning treatment that is coordinated between these services, which could have negative consequences for both public health and the environment.

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN E IMPLICACIONES CLÍNICAS

4.1.DISCUSIÓN GENERAL

El objetivo general de esta tesis ha sido evaluar el resultado de pacientes con patología dual que optan por ser atendidos bajo diferentes modelos de intervención e identificar los perfiles de pacientes que acuden a dichos modelos servicios de salud mental y drogodependencia, comparando su evolución a los 6 meses, en una muestra de 179 personas. Para ello se han planteado tres objetivos específicos.

El primero consistió en contrastar la capacidad de la WHODAS 2.0 para identificar cambios fiables que permitiera, con una mayor precisión, evaluar el resultado de nuestra intervención en términos de la funcionalidad y discapacidad de los pacientes. Además, se quiso contrastar esta precisión de la WHODAS 2.0 bajo dos teorías psicométricas, coincidente con la propuesta realizada en el manual de esta prueba (Üstün et al., 2010). Con este estudio se ha querido ilustrar la utilidad de este instrumento, recomendado en el DSM-5 (APA, 2013), para su uso en los contextos clínicos de manera general, y más particularmente para pacientes con patología dual. Las evidencias encontradas contribuyen sin duda a aportar información relevante que debiera ser utilizada en los contextos clínicos cuando se utilizan esta escala.

Brevemente, hay que recordar que en los resultados se encontró que la aplicación de las dos propuestas psicométricas, la Teoría Clásica de los Tests y la Teoría de Respuesta a los Ítems, aportan diferentes resultados en términos de capacidad de identificación de pacientes con cambio fiable. Un primer aspecto a destacar es que, al aplicar la Teoría de Respuesta al Ítem, sólo se detectan cambios en aquellos pacientes que se encuentran más deteriorados, coincidiendo con quienes tienen puntuaciones superiores al percentil 75 en las subdimensiones de la WHODAS 2.0. En el caso de la puntuación total, en cambio, sí se detectan cambios fiables. Esto no es así cuando se aplica la Teoría Clásica de los Tests, donde sí se detectan cambios en los pacientes, independientemente

de su puntuación. Como consecuencia, cuando se compara el porcentaje de pacientes con cambios clínicamente fiables al aplicar ambos modelos se encuentran diferencias en la mayoría de los dominios. En los dominios con efecto suelo alto, el coeficiente kappa indica baja concordancia entre las dos teorías, siendo mayor el acuerdo en pacientes con puntuaciones situadas entre los percentiles 25-75, donde coincide un menor SEM en las puntuaciones obtenidas con el modelo de Teoría de Respuesta al Ítem. En este rango es donde se situaría el mayor número de pacientes con cambios fiables. Las discrepancias afectan mayormente a las puntuaciones extremas. Estos hallazgos difieren de algunos estudios (Üstun, 2010 y Federici et al., 2016), pero siguen la línea de otros (Brouwer et al., 2013).

Por otro lado, hay que señalar que en el estudio no se han encontrado diferencias estadísticas significativas entre la evaluación basal y el seguimiento a los 6 meses. Esto podría ser interpretado en el sentido de que, de acuerdo con las puntuaciones de la WHODAS 2.0, la intervención realizada no ha conseguido mejoría de la funcionalidad de estos pacientes. No obstante, cuando nos fijamos en las puntuaciones conforme al cambio fiable, consideramos que se obtienen resultados relevantes. Concretamente, hay que destacar que se observa un cambio fiable en el 47,4 % de los pacientes cuando se aplica la Teoría Clásica de los Tests, y del 41,7 % cuando se la Teoría de Respuesta al Ítem. Considero que este hallazgo le da valor a esta escala psicométrica para su uso en el seguimiento de estos pacientes, sobre todo teniendo en cuenta que es de un uso muy generalizado en la clínica actual. Así pues, la distinción entre la relevancia clínica y la significación estadística puede ser determinante a la hora de implementar estrategias terapéuticas. Además, esta relevancia clínica para estos pacientes, debe situarse en un contexto donde intervienen otros protagonistas, como la frecuencia de la enfermedad de la patología dual, sus graves consecuencias y complicaciones psico-físicas, sociales,

Capítulo 4: Discusión y conclusiones

vitales y económicas, y su complejidad en el abordaje; por ello debe ser bienvenida toda investigación que evalúe resultados y la valoración práctica y clínica que tienen nuestras intervenciones en estos pacientes. Recordemos la situación de multidependencia administrativa que tiene los dispositivos que atienden a este tipo de pacientes.

Como segundo objetivo específico se planteó evaluar el perfil de los pacientes que acuden en función de la modalidad de intervención que reciben, e identificar aquellas variables que pudieran estar actuando como explicativas. Este segundo objetivo fue planteado en el sentido de que, para hacer propuestas de mejoras, primero hay que intentar entender qué tipo de pacientes asisten a cada servicio, y a qué puede deberse.

Con respecto a las drogas consumidas, se identificaron cuatro clases latentes que reflejan diferentes perfiles: un primer grupo cuya droga problema es principalmente alcohol, un grupo de policonsumidores, un tercer cluster de consumidores de cannabis, y un último grupo de consumidores de cocaína y heroína mezclada. Estos cuatro perfiles no se presentaron distribuidos por igual en los servicios, sino que el cannabis es más probable encontrarlo en salud mental, mientras que el perfil de pacientes de heroína y la cocaína aparece como mayor probabilidad en drogodependencias.

Con respecto a otros trastornos mentales, se observó que el 77,6% de los pacientes presentaban criterios diagnósticos del Eje I y el 50% de trastorno de personalidad. Estos datos permiten hacernos una idea de la comorbilidad de este tipo de pacientes. En el eje I los trastornos más frecuentes fueron aquellos relacionados con la ansiedad y la psicosis a lo largo de la vida, alcanzando un volumen también importante los trastornos afectivos. Dentro del eje II la mayoría fueron trastornos evitativos y límites. En su análisis por modalidad de intervención, se encontró una menor probabilidad de episodios maníacos en el servicio de adicciones y mayor probabilidad de episodio hipomaniaco, y menor probabilidad de episodio psicótico, tanto actual como a lo largo de la vida. Mientras que

en salud mental es más probable encontrar psicosis a lo largo de la vida. Entre las modalidades de intervención no se encontraron diferencias en el eje II.

En los datos sociodemográficos no se encuentran diferencias significativas excepto en la ausencia de ingresos económicos y la prestación por pensión. Así en los usuarios que acudían a drogodependencias era menos probable estar pensionado y no tener fuente de ingreso económico. Al menos fuente de ingreso conocida o legal (que también puede influir). Mientras que en los usuarios de salud mental es más probable encontrar sujetos pensionados, si bien la prestación que suelen recibir es de tipo no contributivo, por lo que suele ser relativamente baja (392 € al mes en Andalucía).

Así pues, grosso modo, se puede decir que los pacientes que acuden al servicio de adicciones tiene un perfil de dependencia a heroína y cocaína más acusado que los vistos en salud mental, presentan más episodios hipomaniacos, menos psicosis y menos ingresos económicos “constatados”. Por el contrario, entre los pacientes que acuden a los servicios de salud mental, es más probable encontrarnos a pacientes con el cannabis como droga problema, pacientes con síntomas compatibles de diagnóstico de psicosis, episodio maníaco y unos ingresos económicos regulares, aunque sean escasos. Estos resultados parecen congruentes con la observación en la clínica habitual, pues de manera general se observa que no existen importantes diferencias entre las distintas modalidades.

Centrándome en las diferencias encontradas, veo plausible que los episodios hipomaniacos se vean más en los servicios de drogas, ya que se suelen asociar a determinados consumos, y que cuando el episodio pasa a ser de manera franca a uno de tipo maníaco, terminen en ingreso psiquiátrico y en las consultas de salud mental. El consumo de cannabis se relaciona con psicosis de tendencia crónica, de ahí que tengan más probabilidad de ser atendido en los servicios de salud mental (Radhakrishnan, et al., 2014). Además, la media de edad de personas que consumen cannabis es inferior,

Capítulo 4: Discusión y conclusiones

reflejándose que está muy extendida en la población y más banalizada que el consumo de otras drogas. Por lo que es probable que acudan más a salud mental por un trastorno mental y de manera secundaria se diagnostica el trastorno por consumo. Esto nos lleva a pensar que los pacientes por consumo de cannabis con patología dual están siendo tratados en salud mental exactamente igual a los pacientes sin patología dual; salvo que haya una muy mala evolución y pasen a tratarse de manera coordinada, o se derive directamente al servicio de drogodependencias y sea tratado de manera paralela, o simplemente se pierdan en el seguimiento. En cuanto a la escasez de pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de heroína y cocaína con patología dual en los servicios de salud mental, puede ser que se consideran trastornos más complejos que precisan un abordaje específico y por lo tanto acudan más a los servicios especializados de adicciones. No obstante, no es de descartar también otros factores, como una menor formación para el abordaje de estos pacientes en los servicios de salud mental, aspectos relacionados con el estigma de estos pacientes, o que se haya considerado que la psicopatología del trastorno mental sea secundaria al consumo de las drogas.

En el tercer objetivo específico se evaluó el impacto clínico que supone estar en tratamiento en alguna de las tres modalidades de intervención que se realizan en Huelva para atender a la patología dual: ya sea en los servicios de drogodependencias, en los servicios de salud mental o en coordinada con los dos servicios. Hay que recordar que se optó por realizar una evaluación integral, incluyendo la medida de psicopatología, el consumo de drogas y la discapacidad funcional, en aquellos pacientes que completaron el estudio a los 6 meses. Esto último es importante destacarlo, pues aunque no se dispone de datos para contrastarlo, la experiencia clínica refleja que presumiblemente quienes abandonaron el tratamiento coincida con los pacientes que han mostrado una evolución más desfavorable. Teniendo esto presente, hay que señalar que sólo se encontraron

diferencias estadísticas en el consumo, ya que los pacientes que acudieron a los servicios de drogodependencias el porcentaje de pacientes que consumían cocaína y heroína (“rebujao”) fue mucho mayor que en los del grupo de salud mental; por otra parte en los servicios de salud mental acudían más pacientes con consumo de cannabis. En cuanto a la adherencia al tratamiento a los 6 meses sí encontramos diferencias, con una retención del 77,4% para el servicio de drogodependencias, 58,8% para salud mental y 52,9% para la intervención en coordinada. No se encontró ninguna variable que explicase este abandono.

Cuando se comparan los resultados obtenidos entre la evaluación inicial y la realizada a los 6 meses, en contra de lo esperado, no se encontró un impacto favorable en la atención coordinada con respecto a las otras modalidades. Además, empeoró el consumo de cocaína en las tres modalidades, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los pacientes que reciben la atención en coordinada. También se observó que en los pacientes que acudían a drogodependencias y salud mental disminuyó el uso de cannabis. Curiosamente, a nivel psicopatológico se apreció un cierto empeoramiento de la ansiedad en los usuarios de modalidad coordinada. Si en lugar de atender a los cambios significativamente estadísticos se atiende al cambio fiable, también se observa que el porcentaje de quienes empeoraron en esta sintomatología es mayor a quienes mejoraron. Así pues, aunque la significación estadística no muestre este empeoramiento en estos servicios, creo que se está en disposición de señalar que esta sintomatología mostró una evaluación negativa en un importante grupo de pacientes, independientemente de la modalidad bajo la que fueran atendidos. Esto no ocurrió, en cambio, con la somatización, observándose que los pacientes de salud mental y adicciones mejoran en mayor medida que los pacientes atendidos de manera coordinada. Distintos estudios han evaluado el resultado de la atención coordinada entre servicios de salud

Capítulo 4: Discusión y conclusiones

mental y adicciones, y algunos encontraron una mejora psicopatológica (Rosenheck et al., 2003; King et al., 2014) mientras que otros evidenciaron empeoramiento (Mangrum et al., 2006). Estos resultados parecen contradictorios en apariencia, tal como ha ocurrido con nuestra investigación. Sin embargo, en el estudio de Rosenheck et al. (2003) se comparan los servicios coordinados con un equipo integrado para atender la patología dual, con seguimiento al año. Por lo tanto, la diferencia en los resultados puede explicarse por un seguimiento más prolongado, una muestra muy diferente y/o unas pruebas psicométricas distintas. El estudio de King et al. (2014) se realizó para pacientes con patología dual en tratamiento de mantenimiento con metadona durante un año en servicios de drogodependencias y en paralelo con los servicios de salud mental. No sorprende que al año de seguimiento la pérdida de pacientes sea del 84%. De estos, el 55% dejaron el seguimiento en salud mental, pero continuaron el tratamiento de mantenimiento con metadona en los servicios de drogodependencias, lo que concuerda con los resultados de este estudio pues buena parte de los pacientes abandonan la modalidad coordinada, aunque siguen asistiendo a uno de los dos servicios.

Las causas a las que atribuir el abandono de estos pacientes pueden ser muy variadas. Así, puede estar influyendo la distinta ubicación de los servicios de adicciones y salud mental, siendo este aspecto más notorio en las zonas rurales de la provincia de Huelva donde no coinciden en la misma localidad estos dos servicios, con muchos kilómetros de distancias en algunos casos. Igualmente, la red de adicciones y la de salud mental depende de diferentes organismos institucionales, lo que incrementan los trámites burocráticos entre los dos servicios. Asimismo, adoptando una posición crítica, consideramos también como un aspecto importante, la escasa formación acerca de la patología dual en los profesionales de ambos tipos de servicios. Esto puede llevar a que los pacientes no estén siendo debidamente comprendidos en sus necesidades, y como

consecuencia sean los pacientes quienes optan por acudir a un servicio u otro en función de la experiencia que tienen con unos u otros profesionales. Finalmente, tampoco debemos de olvidar el doble estigma que sufren estas personas y que repercute en uno u otro servicio de manera imprevisible.

Con respecto a la evaluación de la discapacidad de los pacientes, la evolución refleja una tendencia de que la patología dual afecta negativamente con el paso del tiempo sobre la vida de estos pacientes. Esto se observa tanto entre los pacientes que acudían a los servicios de salud mental como a los que acudían a los servicios de drogodependencias. Una excepción de entre las dimensiones evaluada fue la de autocuidados. Sin embargo, entre los pacientes que acudían a la modalidad de coordinada se observó que en aquellas dimensiones más relacionadas con la funcionalidad, el porcentaje de pacientes que mejoraron supera a quienes empeoraron. Este hecho lo consideramos relevante pues la tendencia es justo la opuesta a la observada para los pacientes atendidos en cada uno de los servicios por separado. Así, este aspecto requeriría de un mayor estudio en profundidad, que no es posible debido al tamaño de la muestra.

Aunque considero que los resultados encontrados son útiles y de interés para la práctica clínica y su gestión, es necesario tener presente algunos aspectos para contextualizarlos adecuadamente. Así, un primer elemento es que hay que tener muy presente este tipo de patología, crónica y recidivante, por lo que seis meses pueden producir resultados inciertos o inconsistentes. Ahora bien, la realización de un seguimiento a mayor plazo aumenta la complejidad del estudio de manera notable, y casi seguro la pérdida de pacientes (tenemos el ejemplo de King et al., 2004). Al mismo tiempo, es necesario señalar como limitación la dificultad de generalizar los resultados, especialmente porque la muestra estaba compuesta en su gran mayoría de varones, aunque es lo habitual en los centros de drogodependencias en España (OEDA, 2018).

Por otra parte, pensamos que un punto fuerte de este estudio es que se trata de un estudio naturalístico, ya que en ningún momento se ha alterado el funcionamiento habitual de los servicios. No se ha insistido en una implementación rígida del protocolo andaluz, ni se ha modificado la actividad de los servicios para facilitar la implementación generalizada y completa de dicho protocolo. Los servicios han seguido funcionando tal como lo hacían antes de iniciarse este proyecto.

4.2.- IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

Consideramos que el impacto clínico de estos resultados, unidos a otros de la literatura especializada que se han ido comentando, reflejan la importancia de evaluar los resultados de las distintas modalidades de intervención y su organización, a fin de optimizar los recursos asistenciales a la atención a pacientes con patología dual. Probablemente, esta acción se encuentra entre uno de los retos más importante dentro de la salud mental. Aunque existe un elevado consenso sobre la idoneidad de la intervención integral, creo que es necesario destacar que no existe una posición unánime sobre la mejor atención para estos pacientes y su eficiencia. Es por ello por lo que entre los países se encuentran abordajes terapéuticos de manera paralela, en otros de manera coordinada, y de manera más escasa los pacientes reciban una integral. Esta situación entre países es similar a la que se da en las distintas comunidades autonómicas españolas.

En concreto, en este estudio se ha ofrecido un análisis del modelo de intervención en Andalucía, y más concretamente se ha visto su aplicación en la provincia de Huelva. Como ya se ha visto, existe cierta heterogeneidad respecto a los perfiles de pacientes con patología dual. Es un hecho que la mayoría de la literatura especializada refleja que la patología dual es más observada en los servicios de adicciones que en los servicios de salud mental, o al menos está siendo más estudiada en los primeros que en los segundos.

Lo que se ha visto en este estudio ha sido que, en las unidades de salud mental comunitaria de la provincia de Huelva, los pacientes con patología dual que se observan están principalmente relacionados con psicosis crónicas y trastornos de personalidad graves. Tales trastornos mentales son complejos en la práctica clínica, pero aún más con la presencia de consumo de sustancias comórbido. Por ello, se hace más probable la aparición de un bucle de mal pronóstico de este tipo de pacientes, con muy mala integración social.

Hay que llamar la atención acerca de que los trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión son más frecuentes en la población general, y por lo tanto cabría esperar que estas patologías junto con el consumo de drogas fuera más prevalente en los servicios de salud mental. Sin embargo, es probable que los pacientes con estos trastornos estén siendo tratados conforme al Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatización (PAI ADS), por lo que reciben buena parte de su tratamiento en los servicios de atención primaria, mientras que su adicción es atendida en los centros de adicciones. Este hecho ayuda a entender que en los centros de adicciones los trastornos comórbidos con trastornos de ansiedad y depresión sean más frecuentes que en los servicios de salud mental.

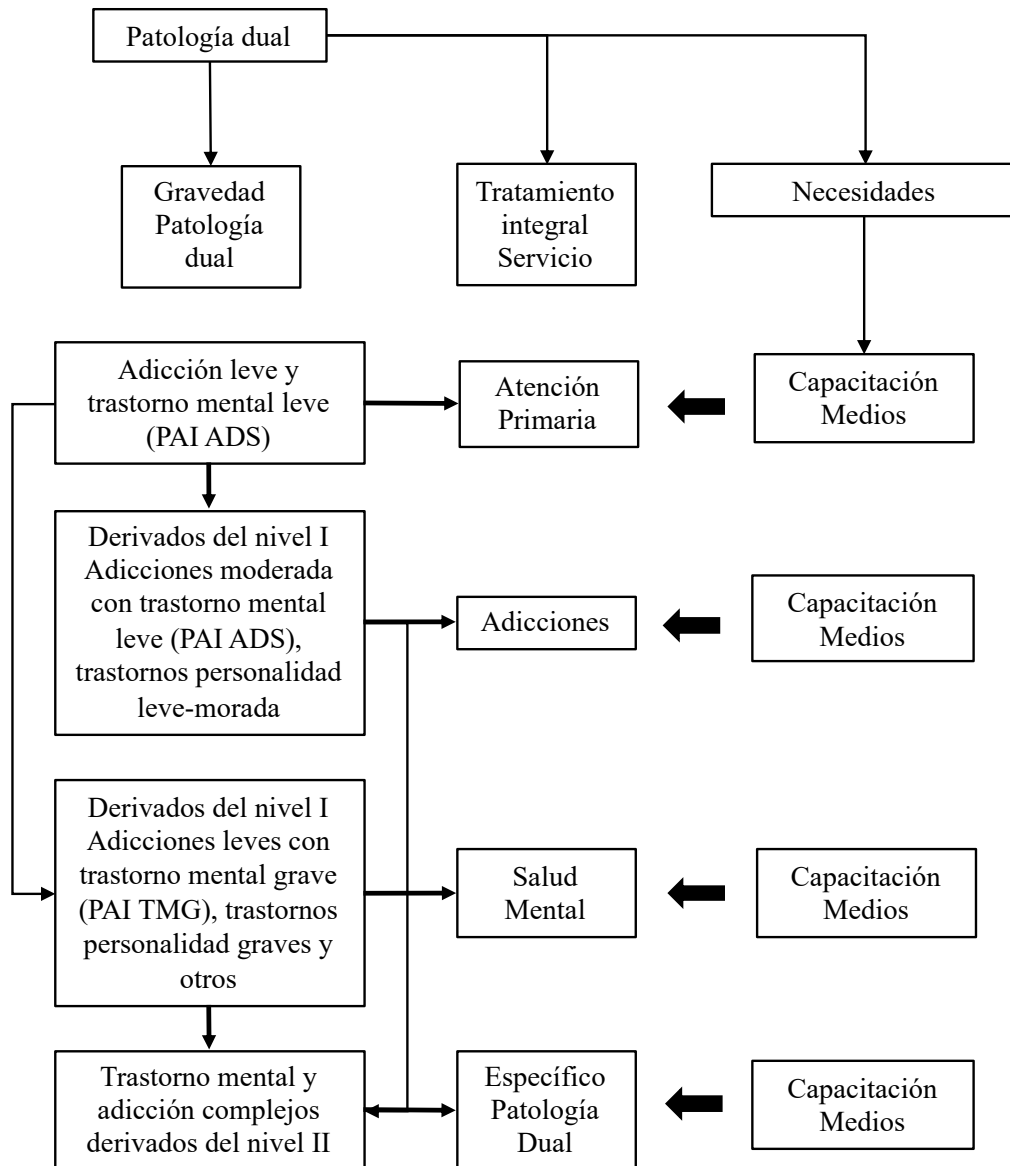
En cualquier caso, la gran frecuencia de esta patología dual obliga a plantearse seriamente la formación de los residentes de psiquiatría y psicología clínica. Dos meses de práctica formativa como existe en la actualidad, que se convierten en 30 días reales, para los futuros psiquiatras que abordarán los trastornos por uso de sustancias y la patología dual no parece una apuesta conducente a la obtención de profesionales preparados para atender a este grupo de pacientes. Las necesidades actuales de esta población, y aún más si se consideran las adicciones relacionadas con las nuevas tecnologías cada vez más frecuentes, demanda aumentar la formación al menos entre 6 y

Capítulo 4: Discusión y conclusiones

12 meses para estos residentes. Asimismo, hay que plantearse si la formación actual de los profesionales de salud mental en adicciones es la apropiada, así como si lo es la formación en salud mental para los de adicciones. Por lo tanto, es necesario reforzar la formación inversa en ambos servicios. Además, en el caso de Andalucía, con una propuesta política de fusión de servicios, obliga a que esta capacitación se ponga en marcha lo antes posible.

Por otro lado, hay que destacar que no se ha podido confirmar que el abordaje en coordinación entre los dos servicios para las patologías duales más complejas, tal cual se implementa en la actualidad, sea la mejor solución dentro para estos pacientes. Esta era la hipótesis previa de la que partía este estudio. No obstante, hay que señalar que en este estudio no ha querido contrastarse un modelo de intervención frente a otros, lo cual habría requerido de un diseño experimental. Por el contrario, a través del estudio observacional se ha pretendido acercarse a la situación actual de los pacientes conforme a las distintas opciones terapéuticas que disponen. Y la opción terapéutica coordinada en la actualidad es que, si bien existe un protocolo de actuación conjunta entre adicciones y salud mental, su aplicación es compleja dados los escasos recursos personales, asistenciales y organizativos que hay en la actualidad. Esto es, el protocolo de coordinación que tenemos en Andalucía para abordar esta patología no funciona. Resulta complejo tanto para los profesionales, sobrecargados, como para los pacientes que abandonan antes la actuación coordinada. Es por ello que pensamos que el mejor abordaje de esta patología es la integral. Esto no quiere decir que todos los pacientes sean atendidos por servicios de patología dual específicos. Más bien que aquellos con trastornos mentales graves y adicciones no complicadas sean atendidos de manera integral en salud mental y aquellos con patología menor o del PAI ADS y adicciones moderadas y graves sean atendidas por adicciones. A los servicios específicos de patología dual deberían ir pacientes graves tanto

de salud mental como de adicciones, remitidos por estos, como si fuera un tercer nivel, para un tratamiento integral. Así pues, la propuesta sería una atención integral en todos los niveles. En el nivel I le corresponde a atención primaria y se atenderían a los casos leves de ambas patologías. En el nivel II se atenderían de manera integral en cada servicio (derivados desde el nivel I). En los servicios de drogas se atenderían los casos con patología menor psiquiátrica, en general del espectro ansiedad, depresión, somatización, y trastornos leves de personalidad con trastorno por consumo de sustancias. En el servicio de salud mental se atenderían los trastornos mentales graves con trastornos por consumo de sustancias. Los casos complejos de patología dual pasarían a un nivel III, donde serían atendidos por un equipo específico de patología dual derivados desde ambos dispositivos (nivel II). Nos parece imprescindible una revisión de los medios disponibles y una mejor capacitación de los profesionales de todos los servicios implicados. Así lo reflejamos en el siguiente cuadro.



Finalmente, quisiera llamar la atención sobre el uso de instrumentos psicométricos en el ámbito clínico. La utilización de este tipo de herramientas para evaluar la evolución de los pacientes y los resultados del tratamiento ciertamente no es habitual en la práctica clínica. Es necesario hacer autocrítica sobre el desarrollo de (malos) hábitos adquiridos, en los que se pone el acento más en el tratamiento que en su evaluación, que queda relegada a un plano secundario. Pero también esta falta de incorporación de tests y escalas en la práctica clínica se ve influenciada por la propia complejidad en su uso y utilidad de sus puntuaciones para su administración rutinaria en este contexto. Además de la

extensión que en ocasiones tienen estos tests y que dificulta su administración en las sesiones con los pacientes, también hay que señalar que gran parte de estos instrumentos han sido desarrollados para su uso en contextos de investigación. Este origen de los tests propicia que sean relativamente escasos los tests y escalas que poseen puntuaciones normalizadas, o puntuaciones que permitan interpretarse con un sentido clínico, y menos aún que permita una interpretación del cambio entre dos momentos de evaluación. Como consecuencia, resulta obvio que la utilidad de los mismos en los contextos clínicos queda en entredicho.

En este contexto, se agradece la disposición de instrumentos como la WHODAS 2.0 que permite evaluar cambios evolutivos en los pacientes, y considero que a través del estudio específico realizado para esta tesis, se contribuye a conocer las propiedades psicométricas de la misma en un plano diferente de los que se habían realizado hasta este momento.

REFERENCIAS

- Adams, R. J., Wilson, M., & Wang, W. C. (1997). The multidimensional random coefficients multinomial logit model. *Applied psychological measurement, 21*(1), 1-23.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of personality assessment, 98*(1), 62-81.
- Aguilar, I. (2016). El abordaje del término patología dual en la legislación y planificación autonómica. *Revista española de drogodependencias, (3)*, 85-96.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Gasquet, I. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 28-37.
- Ambrosio, E., & Roncero, C. (2016). Neurobiología de la Patología Dual. Patología Dual. Fundamentos clínicos y Terapéuticos. Barcelona: Marge Books
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC. (Traducción castellana: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Madrid: Panamericana, 2014).
- Aragón, N., Bragado, M. C., & Carrasco, I. (2000). Fiabilidad y Estructura Factorial del «Inventario Breve de Síntomas» (Brief Symptom Inventory, B.S.I.). *Psicología Conductual, 8*, 73-84
- Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F. J., Cloute, R. C., Calado, M., ... & De Fonseca, F.R. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones, 26*(1), 15-26.

Referencias

- Arenas, F., Ariza, M. J., Campos, R., Castillo, A., Conde, M., ..., & Zambrana, J. M. (2012). Protocolo de Actuación Conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babín, F. (2013a). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 191–200.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babin, F. (2013b). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 121-128.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... & Babin, F. (2013c). Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology. *Mental Health and Substance Use*, 6, 339-350.
- Baingana, F., Al'Absi, M., Becker, A. E., & Pringle, B. (2015). Global research challenges and opportunities for mental health and substance-use disorders. *Nature*, 527(7578), S172.
- Balhara, Y. P. S., Lev-Ran, S., Martínez-Raga, J., Benyamina, A., Singh, S., Blecha, L. & Szerman, N. (2016). State of Training, Clinical Services, and Research on Dual Disorders Across France, India, Israel, and Spain. *Journal of Dual Diagnosis*, 12, 252–260.

- Beck, L., Langford, W. S., MacKay, M., & Sum, G. (1975). Childhood chemotherapy and later drug abuse and growth curve: A follow-up study of 30 adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *132*(4), 436-438.
- Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M. E., van Rood, Y. R., Van der Wee, N. J., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., ... & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical psychology & psychotherapy*, *18*(1), 1-12.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S.V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, *104*, e20-e20.
- Bingham, C. O, Noonan, V., Auger. C., Feldman, D. E., Ahmed, S., & Barlett, S. J. (2017). Montreal Accord on patient-reported outcomes use series-paper 4: patient-reported outcomes can inform clinical decision making in chronic care. *Journal of Clinical Epidemiology*, *89*, 136-141.
- Blachut, M., Badura-Brzoza, K., Jarzab, M., Gorczyca, P. & Hese, R. T. (2013). Dual diagnosis in psychoactive substance abusing or dependent persons. *Psychiatria Polska*, *47*, 335–352.
- Boca, F. K., & Darkes, J. (2012). Nothing is more practical than a god theory: outcome measures in addictions treatment research. *Addiction*, *107*, 719-720
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2001). Applying the rasch model: fundamental measurement in the human sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Bonnie, K. (2017). Improving dual diagnosis care in acute psychiatric inpatient settings through education. *European Psychiatry*, *41*, S467-S468.

Referencias

- Brouwer, D., Meijer, R., & Zevalkink, J. (2013). Measuring individual significant change on the Beck Depression Inventory-II through IRT-based statistics. *Psychotherapy Research, 23*, 489-450.
- Burnam, M.A. & Watkins K.E. (2006). Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care. *Health Affairs, 25*, 648–658.
- Bushnell, G. A, Gaynes, B. N, Compton, S. N, Dusetzina, S. B, Olfson, M., & Stürmer, T. (2019). Incident Substance Use Disorder Following Anxiety Disorder in Privately Insured Youth. *Journal of Adolescent Health, 65*, 536-542.
- Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(2), 141.
- Cantwell, R. (2003). Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use. *British Journal of Psychiatry, 182*, 324-29
- Carniol, N., Peralta, J. M., Almasy, L., Contreras, J., Pacheco, A., Escamilla, M. A., ... & Glahn, D.C. (2014). Shared genetic factors influence risk for bipolar disorder and alcohol use disorders. *European Psychiatry, 29*(5), 282–287.
- Carou, M., Romero, E., & Luengo, M. A. (2017). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones, 29*, 113–124.
- Carrà, G., Crocamo, C., Borrelli, P., Popa, I., Ornaghi, A., Montomoli, C., & Clerici, M. (2015). Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders: Findings from the “Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)” Study. *Comprehensive psychiatry, 58*, 152-159.
- Carrà, G., Johnson, S., Crocamo, C., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Azorin, J. M., ... & Bebbington, P. E. (2016). Psychosocial functioning, quality of life and clinical

- correlates of comorbid alcohol and drug dependence syndromes in people with schizophrenia across Europe. *Psychiatry research*, 239, 301-307.
- Chang, C. H., & Reeve, B. B. (2005). Item response theory and its applications to patient-reported outcomes measurement. *Evaluation & the health professions*, 28(3), 264-282.
- Chambers, R. A., Krystal, J. H., & Self, D. W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 50, 71-83.
- Charzynska, K., Hyldager, E., Baldacchino, A., Greacen, T., Henderson, Z., ... & Baek-Moller, K. (2011). Comorbidity patterns in dual diagnosis across seven European sites. *The European Journal of Psychiatry*, 25, 179-91.
- Chwastiak, L. A., & Von Korff, M. (2003). Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *Journal of clinical epidemiology*, 56(6), 507-514.
- Cicchetti, D., & Mainly, J. T. (2001). Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Development and psychopathology*, 13(4), 755-757.
- Colpaert, K., de Maeyer, J., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2012). Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the Quality of Life of Alcohol, drug and dual dependent persons in residential treatment. *European Addiction Research*, 19(4): 173-183.
- Compton, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznaegel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5): 890-895

Referencias

- Coon, C. D., & Cook, K. F. (2018). Moving from significance to real-world meaning: methods for interpreting change in clinical outcome assessment scores. *Quality of Life Research*, 27(1), 33-40
- Cosci, F., & Fava, G. A. (2011). New clinical strategies of assessment of comorbidity associated with substance use disorders. *Clinical Psychology Review* 31; 418–427.
- Coulon, N., Jeammet, P., & Godart, N. (2009). Phobie sociale dans l'anorexie mentale: évolution au cours des soins Social phobia in anorexia nervosa: Evolution during the care. *L'Encéphale*, 35, 531-537
- Craig, T., Johnson, S., McCrone, P., Afuwape, S., Hughes, E., Gournay, K., ... & Thornicroft, G. 2008. Psychiatric symptoms, social functioning and Service Costs at 18 months. *Psychiatric Services*, 59(3): 276- 282)
- Curran, G. M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Allee, E., & Kotrla, K. J. (2008). The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emergency Medicine*, 8; 17.
- Dacosta-Sánchez, D., Fernández-Calderón, F., González-Ponce, B., Díaz-Batanero, C., & Lozano, O. M. (2019). Severity of Substance Use Disorder: utility as an outcome in clinical settings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(5), 869-876.
- Dauber, H., Braun, B., Pfeiffer-Gerschel, T., Kraus, L., & Pogarell, O. (2018). Co-occurring Mental Disorders in Substance Abuse Treatment: the Current Health Care Situation in Germany. *International journal of mental health and addiction*, 16(1), 66-80.

- De Wolf, A. C., Tate, R. L., Lannin, N. A., Middleton, J., Lane-Brown, A., & Cameron, I. D. (2012). The World Health Organization Disability Assessment Scale, WHODAS II: reliability and validity in the measurement of activity and participation in a spinal cord injury population. *Journal of rehabilitation medicine, 44*(9), 747-755.
- Department of Health. Our NHS, our future: NHS next stage review. *Interim report 2007*. Available at <http://www.nhshistory.net/darziinterim.pdf>.
- Department of Health. *Guidance on the routine collection of Patient Reported Outcome Measures (PROMs) 2009*. Available at http://www.healthcare-today.co.uk/doclibrary/documents/pdf/152_guidance_on_routine_collection.pdf. Accessed February 3, 2018.
- Derogatis, L. R. *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version*. Baltimore, MD: John Hopkins University, School of Medicine. 1977
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory. An introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 596-605.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual*. 4th ed. Minneapolis, MN: NCS, Pearson, Inc; 1
- Derogatis, L. R. (2001) *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson
- Di Lorenzo, R., Galliani, A., Guicciardi, A., Landi, G., & Ferri, P. (2014). A retrospective analysis focusing on a group of patients with dual diagnosis treated by both mental health and substance use services. *Neuropsychiatric disease and treatment, 10*, 1479.

Referencias

- Díaz-Batanero, C., Ramírez-López, J., Domínguez-Salas, S., Fernández-Calderón, F., & Lozano, Ó. M. (2019). Personality inventory for DSM-5—short form (PID-5-SF): Reliability, factorial structure, and relationship with functional impairment in dual diagnosis patients. *Assessment, 26*(5), 853-866.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria y Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. (2012). *Protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias*. Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud.
- Donald, M., Dower, J., & Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social science & medicine, 60*(6), 1371-1383.
- Donovan, D. M., Bigelow, G. E., Brigham, G. S., Carroll, K. M., Cohen, A. J., Gardin, J. G., ... & Marlatt, G. A. (2012). Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. *Addiction, 107*(4), 694-708.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. *American journal of orthopsychiatry, 68*(2), 201-215.
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin, 26*(1), 105–118.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., & Brunette, M. F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program

- implications. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 131–136.
- Drake, R. E., O’Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-38.
- Elvira-Peña, L., Berrocoso-Lopez, J., Santos-Cansado, J. A., Guisado-Macías, J. A., Perianes-Lozano JF., ... & Moreno-Correa, Q. (2007). *Protocolo de coordinación y atención a la Patología Dual*. Consejería de Sanidad y Dependencia, Junta de Extremadura.
- Embretson, S. E. & Reise, S. P. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah, NJ: L.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 177-86.
- Escuela Andaluza de Salud Pública –EASP- (2009). *Atención Sanitaria a la Salud Mental en Andalucía. Unidades de Salud Mental Comunitaria. SISMA 2008*. Consejería de Salud: Sevilla.
- Fatseas, M., Serre, F., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2018). Effects of anxiety and mood disorders on craving and substance use among patients with substance use disorder: an ecological momentary assessment study. *Drug and alcohol dependence*, 187, 242-248.
- Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., & Luciano, J. V. (2017). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and rehabilitation*, 39(23), 2347-2380

Referencias

- Fernández-Calderón, D., Fernández, F., Ruiz-Curado, S., Verdejo-García, A., & Lozano, Ó. M. (2015). Profiles of substance use disorders in patients of therapeutic communities: Link to social, medical and psychiatric characteristics. *Drug and alcohol dependence, 149*, 31-39.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrum. Detección Orientación Diagnóstica*.
- Franke, G. H., Jaeger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017). Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC medical research methodology, 17*(1), 14.
- Galindo-Garre, F., Hidalgo, M. D., Guilera, G., Pino, O., Rojo, J. E., & Gómez-Benito, J. (2015). Modeling the World Health Organization Disability Assessment Schedule II using non-parametric item response models. *International journal of methods in psychiatric research, 24*(1), 1-10.
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., ... & Racca, V. (2010). Validation of the " World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health and quality of life outcomes, 8*(1), 51.
- Georgeson, B. (2009). The Matrix Model of dual diagnosis service delivery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(3), 305–310.
- Gómez-Coronado, N., Sethi, R., Bortolasci, C. C., Arancini, L., Berk, M., & Dodd, S. (2018). A review of the neurobiological underpinning of comorbid substance use and mood disorders. *Journal of affective disorders*.
- González-Saiz, F., Lozano, O. M., Martín, J., Bilbao, I., Ballesta, R., & Gutiérrez, J. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes con dependencia

- de opiáceos tratados con buprenorfina sublingual en régimen de comunidad terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(2): 81-87.
- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O. M. (2014). Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent patients in therapeutic communities. *Substance Abuse*, 35(2), 133-140.
- Goodman, J. D., McKay, J. R., & DePhilippis, D. (2013). Progress monitoring in mental health and addiction treatment: a means of improving care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(4), 231.
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., ... & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA psychiatry*, 73(1), 39-47.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., ... & Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12- month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*, 74, 911–23.
- Grella, C., & Stein, J. 2006. Impact of program services on treatment outcomes of patients with comorbid mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 57, 1007- 1015
- Greenfield, S. F., & Weiss, R. D. (2015). Emerging topics in addiction. Introduction. *Harvard review of Psychiatry*, 23(2), 61-2.
- Grimby, G., Tennat, A., & Tesio, L. (2012). The use of raw scores from ordinal scales: time to end malpractice? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 97-8.

Referencias

- Gual, A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 65–71.
- Guilera, G., Gómez-Benito, J., Pino, Ó., Rojo, E., Vieta, E., Cuesta, M. J., ... & Martínez-Arán, A. (2015). Disability in bipolar I disorder: the 36-item world health organization disability assessment schedule 2.0. *Journal of Affective Disorders*, 174, 353-360.
- Guo, J., & Drasgow, F. (2010). Identifying cheating on unproctored internet tests: The Z-test and the likelihood ratio test. *International Journal of Selection and Assessment*, 18(4), 351-364.
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... & Krueger, R. F. (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment*, 24(3), 326-336.
- Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(13), 1716.
- Harris, M. G., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... & Gureje, O. (2019). Cross-national patterns of substance use disorder treatment and associations with mental disorder comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. *Addiction (Abingdon, England)*, 114(8), 1446-1459.
- Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(11), 1609–1640.
- Hatfield, D., McCulough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clin Psychol Psychotherapy*, 17, 25-32.

- Havassy, B. E., Alvidrez, J., & Owen, K. K. (2004). Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 139-145.
- Herbeck, D. M., Fitek, D. J., Svikis, D. S., Montoya, I. D., Marcus, S. C., & West, J. C. (2005). Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 14, 195-207.
- Hipwell, A. E., Singh, K., & Clark, A. (2000). Substance misuse among clients with severe and enduring mental illness: service utilization and implications for clinical management. *Journal of Mental Health*, 9, 37-50.
- Hobden, B., Bryant, J., Carey, M., Baker, A. L., Farrell, M., Oldmeadow, C., ... & Sanson-Fisher, R. (2018). Finding the optimal treatment model: A systematic review of treatment for co-occurring alcohol misuse and depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(8), 737-750.
- Hoff, R. A., & Rosenheck, R. A. (1999). The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 50, 1309-15.
- Hopewell, S., Loudon, K., Clarke, M. J., Oxman, A. D., & Dickersin, K. (2009). Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24-34

Referencias

- Humphreys, K., & McLellan, A. T. (2011). A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. *Addiction, 106*(12), 2058-2066.
- Hsu, L. M. (1989). Reliable changes in psychotherapy: taking into account regression toward the mean. *Behav Assess*;11:459-67.
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Sitharthan, T. (2016). Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 206*, 331-349.
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence.*
- Iraurgi Castillo, I., Póo, M., & Márkez Alonso, I. (2004). Valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista española de salud pública, 78*(5), 609-621.
- Jabrayilov, R., Emons, W. H., & Sijtsma, K. (2016). Comparison of classical test theory and item response theory in individual change assessment. *Applied psychological measurement, 40*(8), 559-572.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Denning Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors, 37*(1), 11–24.

- Kessler, R. C., (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of ICPE. *Addict Behav* 23: 893-907.
- Kessler, R., & Chiu, W. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS- R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kikkert, M., Goudriaan, A., De Waal, M., Peen, J., & Dekker, J. (2018). Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 95, 35-42.
- King, V. L., Brooner, R., Pelrcce, J., Kolodner, K., & Kidorf, M (2014). Challenges and outcomes of parallel care for patients with co-occurring psychiatric disorder in methadone maintenance treatment. *Journal of Dual Diagnosis*, 10, 60-67.
- Kola, L. A., & Kruszynski, R. (2010). Adapting the integrated dual-disorder treatment model for addiction services. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(4), 437-450.
- Krawczyk, N., Feder, K. A., Saloner, B., Crum, R. M., Kealhofer, M., & Mojtabei, R. (2017). The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a US national sample. *Drug and alcohol dependence*, 175, 157-163.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879-1890.

Referencias

- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477-501
- Lai, M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 159.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*; 33:159-74.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lesage, A., Séguin, M., Guy, A., Daigle, F., Bayle, M. N., Chawky, N., ... & Turecki, G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 671-678.
- Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S., & Siegfried, N. (2000). Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD001088-CD001088.

- Linacre, J. M. (2007) A user's guide to winsteps ministep: Rasch-model computer programs. Chicago: Winsteps.
- Lozano, Ó. M., Rojas, A. J., & Fernandez Calderon, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life?. *Journal of Mental Health*, 26(2), 119-126.
- Magistrale, G., Pisani, V., Argento, O., Incerti, C. C., Bozzali, M., Cadavid, D., ... & Nocentini, U. (2015). Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II) in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(4), 448-456.
- Magura, S., Rosenblum, A., & Fong, C. (2011). Factors associated with medication adherence among psychiatric outpatients at substance abuse risk. *The Open Addiction Journal*, 4, 58.
- Mancheño-Barba, J. J., Navas-León, S., Gutiérrez-Lopez, M. L., de la Rosa-Cáceres, A., Cáceres-Pachón, P., & Lozano, O. M. (2019). Perfiles de pacientes con patología dual: ¿qué diferencias existen entre los que acuden a las unidades de salud mental comunitaria ya los centros de tratamiento de drogodependencias?. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(2), 233-241.
- Mangrum, L. F., Spence, R. T., & Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 79-84.
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., ... & Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the personality inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 27(4), 1195–1210.

Referencias

- Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Ímaz, M. L., Navinés, R., ... Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *Eur. J. Psychiat*, *20*(3), 147–156.
- Martínez-González, J. M., Vilar-López, R., & Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, *29*(1), 1-8.
- Martínez-González, J. M., López, R. V., Iglesias, E. B., & Verdejo-García, A. (2016). Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*, *28*(1), 13-19.
- Martinez-Gras, I., Ferre Navarrete, F., Pascual Arriazu, J., Penas Pascual, J., de Iceta Ruiz de Gauna, M., & RUBIO VALLADOLID, G. A. B. R. I. E. L. (2016). Psychiatric comorbidity in a sample of cocaine-dependent outpatients seen in the Community of Madrid drug addiction care network. *Adicciones*, *28*(1).
- McCarthy, J. F., Piette, J. D., Fortney, J. C., Valenstein, M., & Blow, F. C. (2006). Outpatient visit chaining among patients with serious mental illness. *Medical Care*, *44*, 257-264.
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical Significance Methods: Which One to Use and How Useful Are They? *Behavior Therapy*, *33*, 529–550.
- McGovern, M., Saunders, E., & Kim, E. (2013). Substance abuse treatment implementation research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *44*, 1-3
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Gotham, H. J., Claus, R. E., & Xie, H. (2014). Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: An

- assessment of programs across multiple state systems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(2), 205–214.
- McLellan, A. T., Chalk, M., & Bartlett, J. (2007). Outcomes, performance, and quality—What's the difference?. *Journal of substance abuse treatment*, 32(4), 331-340.
- Megnin-Viggars, O., Brown, M., Marcus, E., Stockton, S., & Pilling, S. Severe mental illness and substance misuse (dual diagnosis): community health and social care services. A systematic review. *National Collaborating Centre for Mental Health. Draft version v4.0, December 2015.*
- Mellentin, A. I., Mejldal, A., Nielsen, B., & Nielsen, A. S. (2018). Comorbid social phobia does not predict the outcome in alcohol use disorder outpatient treatment. *Drug and alcohol dependence*, 193, 148-153.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., ... & Kolody, B. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893-907.
- Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerham, M. S., Trautman, K. D., Blaine, J., & Hasin, D. S. (2000a). Concurrent and predictive validity of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS). *Drug and Alcohol Dependence*, 59(1), 77-88.
- Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerham, M. S., Trautman, K. D., Blaine, J., & Hasin, D. S. (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 59(1), 63-75.
- Minkoff, K. (2001). Best practices: developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric services*, 52(5), 597-599.

Referencias

- Moen, V. P., Drageset, J., Eide, G. E., Klokkeud, M., & Gjesdal, S. (2017). Validation of World Health Organization Assessment Schedule 2.0 in specialized somatic rehabilitation services in Norway. *Quality of Life Research, 26*(2), 505-514.
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A., Bouter, L. M., de Vet, H. C., & Terwee, C. B. (2016). The COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian journal of physical therapy, 20*(2), 105-113.
- Montero, M., Iraurgi, I., Matellanes, B., & Montero, J. M. (2015). Use of the reliable change index to evaluate the effectiveness of clinical interventions: application of an asthma training program. *Atencion Primaria, 47*:644-52.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors, 23*(6), 717-734.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2001). Integrated treatment for severe mental illness and substance abuse: Effective components of programs for persons with co-occurring disorders. *Sante mentale au Quebec, 26*(2), 22-46.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Treatment manuals for practitioners. Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York, NY, US: Guilford Press
- Mueser, K. T. (2004). Clinical interventions for severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Acta Neuropsychiatrica, 16*(1), 26-35.
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., ... & Feldman, J. (2012). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia bulletin, 39*(3), 658-672.

- Murthy, P., & Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3): 194-200
- Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 159-164.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-based guide. NIH Publication. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf
- New, A. S., & Stanley, B. (2010). An opioid deficit in borderline personality disorder: self-cutting, substance abuse, and social dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167, 882-885.
- Ng, E., McGirr, A., Wong, A. H., & Roder, J. C. (2013). Using rodents to model schizophrenia and substance use comorbidity. *Neuroscience & Biobehavioral Review*, 37, 896-916.
- Obbarius, A., Massackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A., ... & Rose, M. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research*, 26, 3211-3225.
- O'Brien, C. P., Charney, D. S., Lewis, L., Cornish, J. W., Post, R. M., Woody, G. E., ... & Weisner, C. (2004). Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: A call to action. *Biological Psychiatry*, 56, 703-13.
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 558-68.

Referencias

- Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. (2018). *Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Padwa, H., Guerrero, E. G., Braslow, J. T., & Fenwick, K. M. (2015). Barriers to serving clients with co-occurring disorders in a transformed mental health system. *Psychiatric Services, 66*(5), 547-550
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F.J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A., Hyman, S., ... & Whiteford, H. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet, 387*(10028), 1672–85.
- Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M., Becoña, E., & COPSIAD Group. (2013). Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assistance units of Galicia: The COPSIAD study. *PloS One, 8*(6), e66451.
- Pettersson, A., Modin, S., Wahlström, R., af Winklerfelt Hammarberg, S., & Krakau, I. (2018). The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. *BMC family practice, 19*(1), 19.
- Petrillo, J., Cano, S., McLeod, L., & Coon, C. (2015). Using classical test theory, item response theory, and Rasch measurement theory to evaluate patient-reported outcome measures: a comparison of worked examples. *Value Health, 18*, 25-34.
- Pettinati, H. M., O'Brien, C. P., & Dundon, W. (2013). Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American Journal of Psychiatry, 170*(1): 23-30
- Priebe, S., Fakhoury, W., Watts, J., Bebbington, P., Burns T., ... & Wright, C. (2003).

- Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes Pan-London Assertive Outreach Study, Part 3. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 148-154.
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47–59.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger A., ... & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38, 65-76.
- Prom-Wormley, E. C., Ebejer, J., Dick, D. M., & Bowers, M. S. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: a review. *Drug and alcohol dependence*, 180, 241-259.
- Prossin, A. R., Love, T. M., Koeppe, R. A., Zubieta, J. K., & Silk, K. R. (2010). Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 925-933.
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T., & D'Souza, D. C. (2014). Gone to pot—a review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 5(54).
- Read, J. P., Kahler, C. W., & Stevenson, J. F. (2001). Bridging the gap between alcoholism treatment research and practice: Identifying what works and why. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 227.
- Reise, S., & Waller, N. G. (2009). Item response theory and clinical measurement. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 27-48.

Referencias

- Ries, R. K. (1992). Serial, parallel, and integrated models of dual-diagnosis treatment. *Journal of Health Care for the Poor and Unversed*, 3(1), 173–180.
- Rojas, E., & Peters, R. H. (2016). Evidence-based practices for co-occurring disorders in offenders. *Addiction Research & Theory*, 24(3), 223-235.
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos-Quiroga, J., & Casas. M. (2012). Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 63–69.
- Roncero, C., Gómez-Baeza, S., Vázquez, J. M., Terán, A., Szerman, N., Casas, M., & Bobes, J. (2013). Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 41(6), 319–329.
- Roncero, C., Vega, P., Martínez-Raga, J., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Rodríguez-Cintas, L., ... & Szerman, N. (2014). Professionals' perceptions about healthcare resources for co-occurring disorders in Spain. *International journal of mental health systems*, 8(1), 35.
- Rosenheck, R. A., Resnick, S. G., & Morrissey, J. P. (2003). Closing service system gaps for homeless clients with a dual diagnosis: Integrated teams and interagency cooperation. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6(2), 77-88.
- Rush, B., & Urbanoski, K. (2019). Seven Core Principles of Substance Use Treatment System Design to Aid in Identifying Strengths, Gaps, and Required Enhancements. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, (s18), 9-21.

- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M., & Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, 20, 353 – 361
- Savic, M., Best, D., Manning, V., & Lubman, D. I. (2017). Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 12, 1–12.
- Schulte, S. J., Meier, P. S., Stirling, J., Berry, M., & West, N. (2008). Treatment approaches for dual diagnosis clients in England. *Drug and Alcohol Review*, 27, 650–58.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Trim, R. S., Heron, J., Horwood, J., Davis, J., ... & ALSPAC Study Team. (2008). The self-rating of the effects of alcohol questionnaire as a predictor of alcohol-related outcomes in 12-year-old subjects. *Alcohol & Alcoholism*, 43(6), 641-646.
- Sedgwick, P. (2014). Clinical significance versus statistical significance. *BMJ*, 348, g2130.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., . . . Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.

Referencias

- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(6), 565–572.
- Smith, L. J., McNamara, P. J., & King, A. C. (2017). Optimizing follow-up and study retention in the 21st century: advances from the front line in alcohol and tobacco research. *Drug and Alcohol Dependence, 175*, 171-178.
- Speer, D. C. (1992). Clinically significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(3), 402.
- Speer, D. C., & Greenbaum, P. E. (1995). Five methods for computing significant individual client change and improvement rates: Support for an individual growth curve approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 1044.
- Spss, I. I. B. M. (2011). IBM SPSS statistics for Windows, version 20.0. *New York: IBM Corp, 440*.
- Staiger, P. K., Long, C., & Baker, A. (2010). Health service systems and comorbidity: Stepping up to the mark. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis, 3*(2), 148–161.
- Staiger, P. K., Thomas, A. C., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Cross, W., & Young, G. (2011). Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users. *Addiction Research Theory, 19*, 47-55.
- Staiger, P., Howard, A., Thomas, A. C., Young, G., & McCabe, M. (2014). How can mental health and substance use services become dual diagnosis capable? Moving from theory into practice. *BMC health services research, 14*(2), P116.

- Sterling, S., & Weisner, C. (2005). Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: implications for outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(5), 801-809.
- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical and mental health conditions. *Alcohol Research & health*, 33(4): 338-349
- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and alcohol dependence*, 80(1), 105-116.
- Szerman, N., Casas, M., & Bobes, J. (2013). Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 319-29.
- Szerman, N., Goti, J., Díaz, R., Arango, C. (2014). Patología dual. Protocolo de Intervención. Adolescentes. Barcelona: ErikaMed, S. L.
- Szerman, N., Vega, P., Grau-López, L., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Mesias, B., ... & Roncero, C. (2014). Dual diagnosis resource needs in Spain: a national survey of professionals. *Journal of dual diagnosis*, 10(2), 84-90.
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., ... & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 60(1), 34-42.
- Thaipisuttikul, P., Ittasakul, P., Waleeprakhon, P., Wisajun, P., & Jullagate, S. (2014). Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10; 2097-2103.

Referencias

- Tielbeek, J. J., Vink, J. M., Polderman, T. J., Popma, A., Posthuma, D., & Verweij, K. J. (2018). Genetic correlation of antisocial behaviour with alcohol, nicotine, and cannabis use. *Drug and alcohol dependence, 187*, 296-299.
- Tiifany, S., Friedman, L., Greenfield, S., Hasin, D., & Jackson, R. (2012). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction, 107*, 709-718
- Timko, C., Dixon, K., & Moos, R. H. (2005). Treatment for dual diagnosis patients in the psychiatric and substance abuse systems. *Mental Health Services Research, 7*(4), 229–242.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. , & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. EMCDDA Insight.
- Torres-Soto, J. F., Moya-Faz, F. J., Giner-Alegría, C. A., & Oliveras-Valenzuela, M. A. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de psicología, 35*(1), 47-57.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical psychology review, 20*(2), 235-253.
- Turkington, A., Mulholland, C. C., Rushe, T. M., Anderson, R., McCaul, R., Barrett, S. L., ... & Cooper, S. J. (2009). Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 195*(3), 242-248.
- Uriarte, J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beevor, A., & Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS. *Psiquiatría Pública, 11*, 93-101

- Üstün, T. B. (1999). WHO-DAS II Field Trials Report 1998. Geneva, World Health Organization.
- Üstün, T. B. (2010). Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. Geneva: World Health Organization.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J. & World Health Organization. (2010a). Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) / edited by T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J.Rehm. World Health Organization.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., ... & Pull, C. (2010b). Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 815-823.
- Vázquez-Barquero, J. L., Vázquez, E. B., Herrera, S. C., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F., ... & Ustün, T. B. (2000). Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. Cantabria disability work group. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 28(2), 77-87.
- Vázquez-Barquero, J. L., Herrera-Castanedo, S., Vázquez-Bourgon, E., & Gaité-Pindado, L. (2006). World Health Organization Disability Assessment Schedule II Spanish version (WHO-DAS II). *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., & Casas, M. (2015). Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. *Madrid: Sociedad Española de Patología Dual*.
- Vélez-Moreno, A., González-Saiz, F., Ramírez-López, J., Torrico, E., Fernández-Calderón, F., Rojas, A. J., & Lozano, O. M. (2013). Adaptación al español de la

Referencias

- Substance Dependence Severity Scale: resultados preliminares. *Adicciones*, 25:339-347.
- Vélez-Moreno, A., González-Saiz, F., Rojas, A. J., Torrico-Linares, E., Fernández-Calderón, F., Ramírez-López, J., Lozano, O. M. (2015a). Reliability and validity evidence of the Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS). *Eur Addict Res*. 21(1):39-46.
- Vélez-Moreno, A., Lozano, O. M., Fernández-Calderón, F., Rojas, A. J., Sayans-Jiménez, P., González-Saiz, F., & Ramírez-López, J. (2015b). Validity evidence, sensibility and specificity of the severity dimension of the SDSS alcohol dependence scale. *Actas Esp Psiquiatr*. 43(3):99-108
- Vélez-Moreno, A., Rojas, A. J., Rivera, F., Fernández-Calderón, F., Torrico-Linares, E., Ramírez-López, J., ... & Lozano, Ó. M. (2017). The impact of personality disorders and severity of dependence in psychosocial problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(5), 1008-1022.
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., M. Lozano, O., Betanzos Espinosa, P., Fernández Calderón, F., Bilbao-Acebos, I., ...& Verdejo García, A. (2012). Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: Substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 734–741.
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano, O. M., Fernández-Calderón, F., Verdejo-García, A., Betanzos-Espinosa, P., ... & Pérez-García, M. (2013). Relationship between psychopathological comorbidity and outcomes variables in treatment cocaine dependent subject in therapeutic community. *Adicciones*, 25(2).

- Virgo, N., Bennett, G., Higgins, D., Bennett, L., & Thomas, P. (2001). The prevalence and characteristics of co-occurring serious mental illness (SMI) and substance abuse or dependence in the patients of Adult mental health and Addictions Services in eastern dorset. *Journal of mental health, 10*(2), 175-188.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 374*(4), 363-371.
- Volkow, N. D., Poznyak, V., Saxena, S., Gerra, G., & UNODC-WHO Informal International Scientific Network. (2017). Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World Psychiatry, 16*(2), 213-214.
- Weaver, T., Hickman, M., Rutter, D., Ward, J., Stimson, G., Renton, A. (2001). The prevalence and management of co-morbid substance misuse and mental illness: results of a screening survey in substance misuse and mental health treatment populations. *Drug and Alcohol Review, 20*(4), 407-416.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., ... & Paterson, S. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry, 183*(4), 304-313.
- Weaver, T., Stimson, G., Tyrer, P., Barnes, T., Renton, A., & COSMIC study team. (2004). What are the implications for clinical management and service development of prevalent comorbidity in UK mental health and substance misuse treatment populations?. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 11*(4), 329-348.

Referencias

- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. G. B., Hadden, J., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of personality assessment*, 82(1), 50-59.
- Wise, E. A., Streiner, D. L. & Gallop, R. J. (2017). Predicting Change in an Integrated Dual Diagnosis Substance Abuse Intensive Outpatient Program. *Substance Use and Misuse*, 52(7), 848–857.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wright, B. D., & Masters, G. N. (1982). Rating Analysis: Rasch Measurement. *Chicago: MESA*.
- Wright, S., Gournay, K., Glorney, E., & Thornicroft, G. (2002). Mental illness, substance abuse, demographics and offending: dual diagnosis in the suburbs. *The journal of forensic psychiatry*, 13(1), 35-52.
- Wu, M. L., Adams, R. J., & Wilson, M. R. (1998). ConQuest: Generalized item response modeling software [computer program]. *Camberwell, VIC, Australia: ACER*.
- Wu, L. T., Gersing, K., Burchett, B., Woody, G. E., & Blazer, D. G. (2011). Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: findings from a large electronic health records database. *Journal of psychiatric research*, 45(11), 1453-1462.

Wüsthoff, L. E., Waal, H., & Gråwe, R. W. (2014). The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression-a group randomized trial. *BMC psychiatry*, *14*(1), 67