

**Modelos de  
organización  
de servicios  
para el  
tratamiento  
integrado de  
los trastornos  
mentales y las  
adicciones:**

elementos  
para una  
propuesta en  
Andalucía

Francisco González Saiz

**Francisco González Saiz**

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario de Jerez. Servicio Andaluz de Salud.

Responsable de Área de Psiquiatría. Departamento de Neurociencias. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

Coordinador del Grupo de Investigación en Trastorno Mental Grave (CTS-1092). Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIBICA EM-10). Investigador adscrito Grupo G-18 CIBERSAM.

Marzo, 2023



Citar como:

González Saiz, F. (2023), *Modelos de organización de servicios para el tratamiento integrado de los trastornos mentales y las adicciones: elementos para una propuesta en Andalucía*. Repositorio institucional de la Universidad de Cádiz.

<http://hdl.handle.net/10498/28211>

“El proceso de rediseño de servicios de salud mental supone una reforma en dos aspectos: es un profundo cambio de los valores que sustentan cómo se debe cuidar y tratar a las personas que sufren de enfermedad mental, y también cambia, radicalmente, el patrón y la estructura física de los servicios”.

**Graham Thornicroft**



# Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>7</b>
<b>2. Algunos datos epidemiológicos</b>	<b>9</b>
<b>3. Análisis crítico de la situación actual</b>	<b>10</b>
3.1. Un apunte histórico	10
3.2. ¿Dónde estamos en este momento?	12
3.3. Limitaciones del Protocolo de Actuación Conjunta del 2012.	14
<b>4. Modelos de organización de servicios desde el modelo integrado: una visión basada en la evidencia</b>	<b>17</b>
4.1. Cuestiones previas	17
4.2. Factores asociados con la ineficacia de los modelos no integrados	17
4.3. Tratamiento integrado para pacientes con patología dual: modelos de organización de servicios	21
4.3.1. Elementos que componen un programa de tratamiento integrado	22
4.3.2. Tipología de tratamientos integrados	24
4.3.3. Estrategias y experiencias de implantación de programas de tratamiento integrado	29
<b>5. Elementos para una propuesta en Andalucía</b>	<b>35</b>
5.1. Primera fase.	36
5.2. Segunda fase	37
5.3. Tercera fase	38
5.4. Cuarta fase	43
<b>6. Resumen.</b>	<b>44</b>
<b>7. Bibliografía.</b>	<b>47</b>
<b>8. Anexos</b>	<b>58</b>
Anexo 1	58
Anexo 2	62



# 1 | Introducción

Según el último informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022), el consumo de sustancias ilegales se mantiene elevado en toda la Unión Europea, aunque se observan diferencias marcadas entre países. Aproximadamente, 22 millones de europeos adultos declararon haber consumido cannabis en el último año, siendo ésta la sustancia más consumida, seguida de los estimulantes (3,5 millones) y los opioides (un millón). No obstante, el consumo de estos últimos se asocia a una gran parte de los daños relacionados con las drogas ilegales. La epidemia del COVID-19 ha supuesto un rápido incremento del suministro y del consumo de drogas, lo que está suponiendo un nuevo reto asistencial. El informe admite claramente que el consumo se asocia a problemas de salud mental y complica la respuesta al tratamiento (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2022). En nuestro país, el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022) señala que la sustancia más consumida durante el último año es el alcohol (77,2% de la población adulta), siendo este porcentaje del 39,4% para el tabaco, 37,5% para el cannabis, 10,9% para la cocaína y 0,1% para la heroína.

En los servicios de salud mental, se ha estimado que aproximadamente el 50% de los pacientes con trastorno mental grave presenta un trastorno por consumo de sustancias (Green *et al.*, 2003). Por otro lado, en los centros de adicciones, las tasas de comorbilidad psiquiátrica alcanzan el 70% en algunas series, siendo los trastornos depresivos, los de ansiedad y los trastornos de la personalidad los más prevalentes (Hasin, Nunes y Meydan, 2004; Torrens *et al.*, 2004). Por ello, la

American Psychiatric Association (2006) señaló que, dada esta elevada comorbilidad, los clínicos deben esperar observarla en su práctica diaria y ha de ser detectada y evaluada activamente. Se ha acabado aceptando el término “*patología dual*” para definir esta condición de comorbilidad entre un trastorno mental y un trastorno adictivo (Szerman *et al.*, 2022), si bien se trata de un grupo muy heterogéneo de cuadros según las diferentes combinaciones de diagnósticos, gravedad y disfuncionalidad que puedan darse.

Las personas que sufren *patología dual*, en comparación con las que presentan un único trastorno (mental o adictivo), tienen características clínicas y sociales de peor pronóstico (Torrens *et al.*, 2012). En general, presentan más síntomas psicopatológicos (Van Os *et al.*, 2002), mayor riesgo de suicidio (Aharonovich, Liu, Nunes, & Hasin, 2002), más recaídas en el consumo (Compton *et al.*, 2003), más tasas de abandono del tratamiento (Darke *et al.*, 2012), menor adherencia a la medicación (Hunt *et al.*, 2002), más *patología médica* (Rosenberg *et al.*, 2001), mayor tasa de admisión en urgencias y de hospitalización (Curran *et al.*, 2003), más desempleo (Caton *et al.*, 1994), mayor agresividad y conductas ilegales (Soyka, 2000) y mayor riesgo de exclusión social (Todd *et al.*, 2004).

Todo ello indica que las necesidades socio-sanitarias de este grupo de pacientes son muchas y complejas, lo que requiere de un conjunto multidisciplinar de intervenciones bien coordinado. Sin embargo, aunque el estudio y el tratamiento de las adicciones siempre formó parte de la psiquiatría y la salud mental (Madden, 1995), los ser-

vicios de atención a las drogodependencias se separaron de los de salud mental y se desarrollaron independientemente, fruto de decisiones de política sanitaria en el contexto de la epidemia de consumo de opiáceos de los años 70. Estos sistemas de provisión de servicios intentaron establecer cauces de colaboración para atender a las personas que presentaban problemas de patología dual (Baker, 1991). Así, surgieron el denominado “modelo secuencial”, que suponía que el paciente iniciase tratamiento para uno de los trastornos, para pasar posteriormente a abordar el otro en el servicio correspondiente, y el “modelo en paralelo”, que pretende que ambos trastornos sean tratados simultáneamente desde servicios separados (Ries, 1992). Sin embargo, ante la ineficacia de estas formas de organización, en los años 80 comienzan a surgir propuestas de (re)integración de los servicios de adicciones y de salud mental (Minkoff, 1989; Drake, O’Neal y Wallach, 2008). Pero, ¿qué entendemos por “integración”? En una primera aproximación, podemos distinguir dos niveles principales (Ziedonis, 2005; Peterson, 2013; Minkoff y Covell 2022). De un lado, la denominada *integración de sistemas*, supone la vinculación político-administrativa entre la agencia responsable de la provisión de servicios de adicciones y la de salud mental, generalmente dentro de esta última. Ello implica, al menos inicialmente, la permanencia de ambos tipos de dispositivos, pero ahora *coordinados funcionalmente desde la misma agencia, hasta el momento de alcanzar la plena integración administrativa*. Por otro lado, hablamos de *integración del tratamiento o de programas* para referirnos a la atención a las personas con un determinado tipo de patología dual por un mismo equipo de profesionales con un único plan individualizado de intervención. Se entiende que *la integración de sistemas es un medio para un fin*, que no es otro que el *tratamiento integrado del paciente con patología dual*, es decir, es una condición necesaria pero no suficiente (SAMHSA’s COCE, 2007).

Debido a que no existe una única estrategia “correcta” de integración (Torrens *et al.*, 2012), cada país o cada comunidad autónoma deberá diseñar el modelo organizativo que mejor se adapte a las características del sistema sanitario en el que se desea implantar.

En Andalucía se optó históricamente por un modelo de atención en paralelo que se mantiene hasta la actualidad. Aunque reconocemos que la atención a las personas con trastornos adictivos se ha venido desarrollando con unos adecuados niveles de calidad por parte de los dispositivos del Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones, también debemos señalar que la coordinación entre estos centros y las unidades de salud mental del Servicio Andaluz de Salud para el abordaje de los pacientes con patología dual presenta graves carencias.

En este trabajo partimos de un análisis crítico de la relación existente entre las redes de salud mental y de adicciones en nuestra comunidad autónoma. En segundo lugar, revisamos las principales evidencias sobre los diferentes modelos de atención a las personas con patología dual y las experiencias de algunos países con sus procesos de integración. Finalmente, tratamos de extrapolar y adaptar a nuestra realidad asistencial aquellos elementos organizativos que nos puedan ser de utilidad, para concluir con algunas *propuestas concretas encaminadas a iniciar un proceso de integración de agencias y de programas de intervención*. Hacer un planteamiento de reorganización de servicios para atender de forma integrada a la patología dual implica necesariamente hacerlo también con los servicios que atienden a las adicciones. Finalmente, consideramos necesario exponer que, tras muchas comisiones y grupos de trabajo en las que hemos participado los profesionales de ambas redes, coincidiendo en las principales líneas de la integración, albergamos el deseo de que llegue el momento de las decisiones de política sanitaria en este sentido.

## 2 | Algunos datos epidemiológicos en Andalucía

Desde hace años venimos contando en Andalucía con algunos datos epidemiológicos procedentes de diferentes estudios de investigación sobre morbilidad asistida que reproducen, en gran medida, las **altas tasas de prevalencia** observadas en la literatura internacional. En centros de tratamiento ambulatorio de adicciones hemos estimado una tasa de prevalencia de trastornos psicopatológicos situada en torno al 60%, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad-depresión y los trastornos de la personalidad (González-Saiz, Ruz y Salvador-Carulla, 1998; Tortosa Gómez, 2001; Araos *et al.*, 2017). En las comunidades terapéuticas de adicciones esta tasa alcanza el 65%, siendo también los trastornos de ansiedad y depresión, junto a los trastornos de la personalidad, los más frecuentes. Un 15-30% de los pacientes atendidos en estos recursos residenciales reuniría criterios de “trastorno mental grave” según el Proceso Asistencial Integrado TMG del Servicio Andaluz de Salud (SAS) (Vergara-Moragues *et al.*, 2012; González-Saiz *et al.*, 2011; Luque Fuentes, 2011). Por otro lado, entre los pacientes con trastorno mental grave atendidos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) se ha estimado en un 40-48% la tasa de prevalencia de al menos un trastorno por consumo de sustancias, siendo el alcohol y el cannabis las sustancias más consumidas, seguidas por la cocaína (Robledo Casal, 2016; Mancheño Barba, 2020).

En Andalucía también disponemos de algunos datos sobre el **peor pronóstico** que supone la comorbilidad entre el trastorno mental y el trastorno por uso de sustancias. Así, en los centros de atención a las adicciones hemos observado que los pacientes drogodependientes con trastorno

psicopatológico comórbido, en relación a los que no lo presentan, tienen peor funcionalidad y peor respuesta al tratamiento (González-Saiz, Ruz y Salvador-Carulla, 1998; Tortosa Gómez, 2001; Araos *et al.*, 2017). En las comunidades terapéuticas de adicciones, los pacientes drogodependientes con trastorno psicopatológico, en relación a los pacientes sin esta comorbilidad, tienen menor retención en el programa de tratamiento y peor respuesta al alta (González-Saiz *et al.*, 2014), y se ha observado que determinados perfiles de policonsumo se han asociado a trastornos mentales de mayor gravedad (Fernández-Calderón *et al.*, 2015). Por otro lado, en las Unidades de Salud Mental Comunitaria, los pacientes con trastorno mental grave y consumo de sustancias, en relación a los que no presentan este consumo, tienen peor funcionalidad, peor adherencia al tratamiento antipsicótico, menos *insight*, más agitación psicomotriz y mayor probabilidad de ser contenidos mecánicamente (Robledo Casal, 2016).

Al igual que en la literatura internacional (Fantuzzi y Mezzina, 2020), en nuestra comunidad autónoma los datos de investigación indican que la comorbilidad es más la norma que la excepción, pero en la práctica clínica diaria está generalmente infradiagnosticada. El resultado de una evaluación inadecuada y de un tratamiento ineficaz contribuye a empeorar aún más el mal pronóstico de estos pacientes (Mueser *et al.*, 2003). Por todo ello, cualquier respuesta organizativa de estos dispositivos que no sea la adopción de un modelo integrado continuará arrojando indicadores de resultado ineficaces y de baja calidad asistencial (Minkoff y Cline, 2004).

## 3 | Análisis crítico de la situación actual

### 3.1 | Un apunte histórico

Como sabemos, en la CCAA andaluza, la atención socio-sanitaria a las personas que presentan trastornos por consumo de sustancias y la atención a las que presentan trastornos mentales se han venido prestando desde redes asistenciales públicas separadas y dependientes de distintas Consejerías de la Junta de Andalucía. Esta separación tuvo su origen hace más de 30 años y derivó de decisiones de política sanitaria en un momento social y sanitariamente complejo. La epidemia de consumo de heroína que tuvo lugar en nuestro país a finales de los años 70 y comienzo de los 80 se acompañó de problemas de seguridad ciudadana y de salud pública como la infección por VIH, generando una marcada alarma social que tuvo como respuesta institucional el desarrollo del Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Una de las tres premisas básicas de este Plan fue la *“potenciación de las redes generales de servicios asistenciales frente a la creación de servicios paralelos especializados”*, mediante *“programas específicos de tratamiento de la toxicomanía dentro de los servicios de salud”*. Mientras que Euskadi siguió esta recomendación a través de un refuerzo de su red de salud mental desde un modelo integrado, en Andalucía se optó por la *“creación de servicios paralelos especializados”* lo que supuso una fragmentación en la continuidad de cuidados que arrastramos hasta la actualidad (Plan Andaluz Sobre Drogas, 1987). Esto coincidió en nuestra Comunidad Autónoma con el inicio de la llamada *“reforma psiquiátrica andaluza”* y el desarrollo de la atención primaria de salud, lo que contribuyó a una divergencia de trayectorias en la provisión de servicios (Instituto

Andaluz de Salud Mental, 1986; López Álvarez, 1988; Pérez Romero, 2004).

Los primeros planes asistenciales sobre drogas (PASDA) y sobre salud mental (PISMA) se desarrollaron programáticamente de forma independiente y, aunque en cada uno de ellos se hacía una referencia puntual a la necesidad de intervenir sobre *“el otro problema”*, no se diseñaron inicialmente estrategias operativas de colaboración. Por ejemplo, en el primer PASDA, se contemplaba la *“derivación”* de los casos *“de problemas psicopatológicos asociados a las Unidades de Salud Mental de Distrito”* de entonces, sin más especificación (Plan Andaluz Sobre Drogas, 1987). Por otro lado, en los primeros desarrollos de la reforma psiquiátrica andaluza se apostaba por un *“nuevo modelo de servicios”* que contemplaba la *“integración”* de todos los *“recursos de atención a la salud mental”*, de diferente titularidad, en una red única de orientación comunitaria. Sin embargo, en este proceso de integración no estaban contemplados los dispositivos de atención a las drogodependencias, ya que no se consideraron como recursos de salud mental. El argumento esgrimido en aquél momento para no incorporarlos dentro de los servicios de salud, tal como recomendaba el Plan Nacional Sobre Drogas, resulta actualmente insostenible. Así, se afirmaba: *“el problema de las drogodependencias no es ni exclusiva ni siquiera fundamentalmente un problema sanitario, sino que presenta todo un conjunto de aspectos (económicos, sociales, jurídicos, de seguridad, educativos, etc.)”*; *“En relación con los servicios sanitarios, la función de estos Centros Provinciales [de Drogodependencias] es básicamente la de un servicio de referencia que orienta*

y asesora en determinados aspectos...” (López Álvarez, 1988). Con ello se estaban admitiendo, de facto, dos principios: a) que los problemas de salud mental sí serían un “problema sanitario” (a pesar de presentar los mismos determinantes sociales, económicos, etc.) y, por tanto, debían ser atendidos en el sistema sanitario público andaluz; b) que la adicción a sustancias no sería un trastorno mental y, por tanto, los Centros Provinciales de Drogodependencias tendrían una función de mero “asesoramiento”, al considerarse dentro de un “programa intersectorial”, fuera del sistema sanitario. En mayor o menor medida, estas actitudes iniciales de mutuo recelo entre ambas redes asistenciales siguen estando presentes en el momento actual y han venido limitando una adecuada coordinación para el abordaje de los pacientes que presentan un trastorno adictivo y otro trastorno mental comórbido.

Desde la práctica asistencial (y no desde los ámbitos de gestión y política sanitaria), los profesionales señalamos esta carencia y propusimos un modelo de cooperación como base para un posible “programa de patología dual” (González-Saiz, 1997). También desde fuera de la gestión sanitaria, el Defensor del Pueblo Andaluz, en su Informe Anual de 2001, denunció estas carencias, recomendando hacer esfuerzos para mejorar la continuidad de cuidados en la atención a estos pacientes (“En este caso, se pone de manifiesto la escasa coordinación de los recursos asistenciales de Salud Mental y los de Drogodependencias”, “Al final, debemos reconocer [...] que estos enfermos son desatendidos por el sistema ante la ausencia de recursos especializados y la ausencia de unos cauces adecuados para su abordaje”). Nos consta que fue esta denuncia, y no una clara convicción de planificación asistencial por parte de los gestores de ambas redes, lo que llevó al desarrollo y publicación en 2002 del primer “Protocolo de Actuación Conjunta” entre ambas Consejerías (Consejería de Asuntos Sociales, 2002). Este

Protocolo apostó explícitamente por un modelo de atención “en paralelo” y definió unos criterios operativos para la derivación mutua de pacientes entre ambos servicios en función de la gravedad aparente de cada trastorno, sin describir los contenidos de las intervenciones. No obstante, este Protocolo pronto se mostró ineficiente, siendo señalado desde la propia red de salud mental por un grupo de trabajo coordinado desde la EASP. Así, destacaron como “problemas actuales” de la reforma psiquiátrica la “falta de respuesta a nuevos pacientes como los drogodependientes/enfermos mentales que sufren adicción a las drogas” (Pérez Romero, 2004). Abundando en esta misma línea crítica, el Defensor del Pueblo Andaluz, en su informe anual de 2005, vuelve a intensificar su demanda de una integración de la atención a estos pacientes. Así, se afirmaba que “es necesario un replanteamiento de la actuación que se viene realizando, pasando ello por una mayor integración de los sistemas de atención”, y “por nuestra parte no cejaremos en seguir insistiendo al respecto para que se llegue a producir un cambio de situación que mejore la atención a estos enfermos y la de los familiares [...], lejos de la actual estructura existente”. En 2006 realizamos una nueva propuesta, esta vez para adaptar el programa de alguna de las comunidades terapéuticas de adicciones con el propósito de abordar de forma integrada a los pacientes con patología dual, que tampoco fue atendida por los ámbitos de gestión (González-Saiz, 2006 – ANEXO 1). Finalmente, en 2012, se publica el segundo Protocolo de Actuación Conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias (Servicio Andaluz de Salud, 2012). A pesar de las críticas vertidas sobre el primer protocolo, este segundo no es más que una reedición del primero y vuelve a insistir en el modelo de coordinación “en paralelo”. El argumento de justificación resulta inadmisibles en este momento: “...el modelo de tratamiento integrado de la patología dual es el más eficaz y

se sitúa como el tratamiento de primera elección (...) no obstante, ante la existencia de dos redes asistenciales (...), desde un enfoque pragmático, debemos seguir contemplando un modelo de tratamiento en paralelo". Como puede observarse, aquí la "existencia de dos redes asistenciales" no se cuestiona y se convierte en un principio estructural a mantener, aunque para ello el sistema sanitario público andaluz admita y deje por escrito que apuesta por un modelo menos eficaz para el abordaje de las necesidades de los pacientes. Esto no resulta tan extraño si recordamos que ambos protocolos de actuación conjunta no surgen de una propuesta de planificación de servicios, basada en un análisis previo por parte de los gestores de ambas redes, sino que éstos se vieron presionados a ello por parte advertencias externas, fundamentalmente desde la oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En 2014 surgió un grupo de profesionales de diferentes sociedades científicas andaluzas que se reunió en varias ocasiones para reflexionar y hacer propuestas en este sentido (Sociedad Médica de Adicciones y Patologías Asociadas de Andalucía, SOMAPA; Asociación de Profesionales de Drogodependencias de Andalucía, APRODA; Sociedad Española de Patología Dual, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFYC; Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental, AEN). Aunque había diferencia de matices entre los participantes, se elaboró un documento de consenso que apostaba por una integración de la red de adicciones dentro de la red de salud mental, vertebrada desde un proceso asistencial integrado, que mantuviese la identidad y la experiencia de los profesionales de adicciones. La respuesta de la correspondiente Dirección General del SAS en la reunión en la que se presentaron estas propuestas fue el rechazo de las mismas con el argumento de que las adicciones "son un problema de educación y no sanitario" (sic).

### 3.2 | ¿Dónde estamos en este momento?

Desde hace aproximadamente cuatro años, la atención a las drogodependencias es una competencia transferida desde la Consejería de Igualdad a la Consejería de Salud. No obstante, esto no se ha traducido hasta el momento en ninguna modificación relevante de los programas asistenciales dirigidos al abordaje de la comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y el trastorno mental. De hecho, continúa vigente el Protocolo de Actuación Conjunta publicado en 2012. Al comienzo de su mandato político, en 2019, la Consejería de Salud afirmó tener la intención de iniciar un proceso de integración de la red de drogodependencias dentro de la red de salud mental, lo que podría facilitar el tratamiento integrado de estos pacientes. No obstante, esta intención política se formuló en términos ambiguos y no pareció acompañarse de un claro liderazgo de gestión sanitaria ni de una encomienda explícita. Además, la perspectiva de una posible integración fue recibida con recelo por parte de los gestores de ambas redes, con frialdad e indiferencia por parte de la red de salud mental y con un claro rechazo desde diferentes sectores de la red de adicciones. Así, desde el ámbito político, se produjo una confrontación explícita entre responsables de las diputaciones de Granada, Sevilla, Huelva y Cádiz con la Junta de Andalucía (*Ideal de Granada*, 15 noviembre 2019). Nos consta que, desde estas instancias provinciales, se trasladó a los profesionales mensajes de incertidumbre, alerta y preocupación por un eventual proceso de integración.

La gestión de los dispositivos de atención a las drogodependencias y otras adicciones pasó a depender de la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios (actualmente de "Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones") de la Consejería de Salud. Con ello, quedó aún más claro que las corporaciones locales (Ayuntamientos y

Diputaciones Provinciales), que venían gestionando la prestación de servicios de adicciones (Centros Provinciales de Drogodependencias - CPD), ya no tenían las competencias sanitarias administrativamente necesarias para ello. Sin embargo, al no concluir este proceso, en la actualidad asistimos a la situación contradictoria en la que, desde esta Dirección General de la Consejería de Salud, se continúan estableciendo convenios con las Diputaciones. La consecuencia más palpable de esta situación es la parálisis en la gestión de personal por parte de algunos CPD. En algunas provincias no se están sustituyendo a los profesionales que se jubilan y/o no se están cubriendo los contratos que terminan, con el consiguiente impacto en la atención directa a los pacientes. Existe un desequilibrio interterritorial en la distribución de profesionales y de servicios de adicciones, lo que afecta la accesibilidad a los mismos. Es un hecho constatado que la mayoría de las provincias no cuenta en sus equipos con profesionales de enfermería. Ante la expectativa de una posible integración, estas diputaciones temen contratar a unos profesionales que después tendrían que asumir de un modo incierto. En este contexto, en algunas provincias están teniendo lugar algunas “resistencias” organizativas aludiendo a cuestiones de “orden jerárquico” en su organigrama. Un ejemplo de ello es la dificultad para la ejecución de la instrucción conjunta del 01/06/22 para la acreditación docente de los centros de adicciones por parte de las Unidades de Gestión del Conocimiento del SAS para la formación de los residentes de salud mental y de Medicina Familiar y Comunitaria.

Desde 2008 venimos asistiendo a una pérdida progresiva de relevancia institucional de las políticas de drogas en Andalucía, acompañada de una constante desinversión objetivable en los presupuestos anuales. Esto se ha venido agravando en los últimos años por las circunstancias que acabamos de mencionar. Además de ello,

urge replantear el modelo asistencial actual, tanto en los CPD como en las comunidades terapéuticas dependientes de la ASSDA. Es necesario realizar un mapa de servicios y del perfil de los profesionales para hacer una redistribución territorial que garantice la accesibilidad y la equidad de las prestaciones socio-sanitarias. Una de las dificultades de la red de adicciones viene dada por la marcada heterogeneidad interprovincial en el tipo de centros gestionados: algunos son de titularidad provincial, otros son municipales y otros son centros o asociaciones que proveen servicios mediante convenios. Por otro lado, las titulaciones de muchos de sus profesionales no son directamente equiparables a las categorías establecidas en la Bolsa Única de Empleo del SAS. Todo ello dificultaría una eventual integración directa en esta entidad, por lo que se requeriría una redistribución, una homogeneización y una ubicación administrativa intermedia y transitoria previas, siguiendo un modelo similar al de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).

Por otro lado, en la red de salud mental observamos, en mayor o menor medida, importantes carencias formativas en adicciones y un grave problema de estigma frente a las mismas. Por ejemplo, en la evaluación de los pacientes que acuden a los dispositivos de salud mental, no es habitual realizar una adecuada valoración de las características del consumo de sustancias y, mucho menos, del trastorno adictivo. De hecho, no pocos profesionales cuestionan la naturaleza psicopatológica y nosológica de la adicción (por no hablar de la patología dual), considerando el consumo de sustancias como un epifenómeno de su trastorno mental. Por tanto el caso no se aborda adecuadamente y se “deriva”, sin más, a la red de adicciones. Es decir, se está actuando no ya desde un modelo *en paralelo*, sino desde un modelo *secuencial* de facto. Esta cuestión no es simplemente un problema de carencias formativas, sino de concepción de las adicciones y

la patología dual. Dado que la separación entre ambas redes en Andalucía data de más de 30 años, estamos hablando de toda una generación de profesionales de salud mental que considera que esta situación es estructural, concepción que se ha ido trasladando promoción tras promoción de residentes. Obviamente este problema no se soluciona con simples intervenciones formativas puntuales desde la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), como se ha intentado. Sin duda requiere de una incorporación normalizada dentro de la formación continuada de residentes y adjuntos en las diferentes UGC de salud mental de una manera estructural.

Entre diciembre de 2019 y enero de 2020, la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios promovió varios encuentros de profesionales, coordinados desde la EASP, para realizar propuestas de “mejora de la atención socio-sanitaria a la salud mental en Andalucía” (Consejería de Salud y Familias, 2020). El “Grupo de Problemas de Adicción”, formado por 15 profesionales de ambas redes, hizo una clara apuesta por la integración de los centros de atención a las adicciones dentro de la red de salud mental en el contexto de un **Plan Integral de Salud Mental y Adicciones (PISMyAD)**, admitiendo al mismo tiempo la existencia de resistencias los dos ámbitos y constatando una dudosa voluntad política para llevar a cabo esta integración. Se realizaron 24 propuestas concretas que se adjuntan en el ANEXO 2. Con la llegada de la pandemia del SARS-Cov-2, la Consejería de Salud “congeló” todo este proceso.

### 3.3. | Limitaciones del Protocolo de Actuación Conjunta de 2012

En el momento actual continúa vigente el Protocolo de Actuación Conjunta (PAC) entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias (Servicio Andaluz de Salud, 2012). Como ya he-

mos comentado, este protocolo se desarrolla partiendo de un modelo de atención en paralelo que se justifica explícitamente desde un criterio “pragmático”, manteniendo el *statu quo* de la separación de redes y no desde evidencias de efectividad.

Para ello, el PAC adapta las primeras propuestas de Richard Ries (Ries, 1992, 1993, 1994) consistentes en un sistema de asignación y correspondencia (*matching*) entre determinadas “tipologías” de pacientes y determinados dispositivos supuestamente más adecuados. Ries (1992) se situaba en un contexto de diversidad de modelos de atención (secuencial, paralelo e integrado) y admitía que sus criterios de asignación se basaban en una lógica empírica ante la ausencia de estudios de efectividad en aquél momento (“*While several outcome studies by the National Institute on Drug Abuse (NIDA) and the National Institute of Mental Health (NIMH) are underway, clinicians and administrators have been forced to design and implement treatment programs for dual disordered populations without the results of outcome studies. The pressure to introduce services has been caused by the high prevalence of dual disordered patients and the amount of services they consume*”). Los resultados de estos y otros estudios están ya disponibles desde hace años, avalando la mayor eficacia del modelo integrado para el tratamiento de los pacientes duales. Sin embargo, esto no pareció tenerse en cuenta durante la elaboración de este documento por parte de la Consejería de Salud en 2012.

La adaptación que hace el PAC de la propuesta de Ries se concreta en las siguientes asignaciones (también denominado “modelo de los cuatro cuadrantes”): a) los pacientes con “*Trastorno adictivo de difícil manejo con trastorno mental leve (adicción grave con leve psicopatología)*” (tipología A) deben ser abordados desde la red de drogodependencias; b) los pacientes con “*Trastorno mental de*

alto nivel de complejidad (trastorno mental grave) junto a trastorno adictivo no complicado” (tipología B) debe ser atendidos desde la red de salud mental; c) los pacientes con “Trastorno mental de alto nivel de complejidad (trastorno mental grave) junto a trastorno adictivo de difícil manejo clínico” (tipología C) deben ser abordados conjuntamente desde ambas redes desde un procedimiento de “gestión compartida de casos”; y, finalmente, d) los pacientes con “Trastorno adictivo no complicado junto a trastorno mental leve” (tipología D) deben ser abordados desde la atención primaria de salud.

En nuestra opinión, **este PAC presenta serias limitaciones:**

- La principal limitación viene dada, precisamente, por su apuesta por un modelo en paralelo cuando, ya en 2012, existían suficientes evidencias de su menor eficacia respecto del modelo integrado (ver *infra*). La decisión de política sanitaria de mantener ambas redes separadas es evidentemente legítima, aunque no la compartimos en absoluto por ir contra las evidencias de eficacia y de gestión clínica. El PAC es un intento de dar una apariencia de “legitimidad asistencial” a esta decisión política.
- La adaptación que hace el PAC del modelo de los cuatro cuadrantes de Richard Ries está claramente sesgada; mientras que en el artículo original se propone el tratamiento integrado para aquellos pacientes que presentan trastorno mental grave y una adicción problemática, el PAC propone para este grupo una “gestión compartida de casos” desde el modelo en paralelo (Ries, 1992; 1993; 1994; Consejería de Salud, 2012).
- El PAC se limita al establecimiento de una correspondencia entre tipologías de pacientes y recursos asistenciales, proponiendo (de nue-

vo) un procedimiento de “gestión compartida de casos” para su coordinación entre dispositivos, *pero no establece ninguna propuesta sobre cómo deberían ser los programas específicos para los pacientes de cada tipología*. Desde 1993, el modelo de los cuatro cuadrantes de Ries se ha venido actualizando, ha sido validado y ha venido definiendo mejor los diferentes programas de intervención (McGovern *et al.*, 2007; McDonnell *et al.*, 2012; *Substance Abuse and Mental Health*, 2020), pero estas propuestas no fueron incorporadas en el PAC y actualmente no están siendo consideradas. Así, por ejemplo, se dice que la tipología B (pacientes TMG con trastorno adictivo no complicado) debe ser tratada desde la red de salud mental pero no queda claro cómo debería hacerse esto. Estamos hablando, sobre todo, de pacientes psicóticos con un consumo excesivo y perjudicial de cannabis, alcohol y otras sustancias. Si deben ser atendidos desde una USMC, esto debería implicar que este consumo de sustancias, que empeora el pronóstico psicopatológico de los pacientes, debería abordarse de forma explícita como una parte integrante del tratamiento. Es evidente que no podemos tratar de la misma forma a un paciente TMG con y sin consumo excesivo de sustancias y, simplemente, “derivar” al centro de adicciones.

- Hay cuadros clínicos con ubicaciones y propuestas de tratamiento escasamente definidos, como, por ejemplo, los trastornos psicóticos inducidos o los trastornos graves de la personalidad. Esto conduce a situaciones de “pacientes huérfanos” como, por ejemplo, una chica joven con diagnóstico de trastorno límite de personalidad y trastorno por consumo de sustancias; desde una USMC es probable que quede excluida de un grupo psicoterapéutico debido a un posible “consumo activo” de sustancias y es probable que un

CTA de drogodependencias no tenga en su oferta asistencial un grupo terapéutico para estos pacientes debido a su consideración como “un trastorno mental”.

- No queda suficientemente delimitado el papel de la atención primaria de salud, sobre todo teniendo en cuenta que constituye la puerta de entrada del sistema sanitario público. La OMS viene proponiendo desde hace años programas de detección precoz e intervención breve sobre paciente con problemas derivados del consumo de alcohol que deberían ser tenidos en cuenta.
- Otra limitación importante es el grado de implicación de los profesionales de ambas redes en la implantación del PAC, al no tener el carácter vinculante de un “Proceso Asistencial Integrado”. La pertenencia a una misma estructura asistencial favorecería este sentido de vinculación y compromiso.
- El PAC, desde su propio título, contempla exclusivamente la coordinación entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. No se está contemplando la coordinación de las USMC con las Comunidades Terapéuticas de Drogodependencias para casos de la Categoría C, lo que nos parece un error. Muchas USMC desarrollan actividades de consultoría con dispositivos residenciales (p.e. discapacitados, mayores, etc) o con instituciones penitenciarias que no forman parte de la red de salud mental, sin embargo, no hay ningún contacto entre USMC y CT de adicciones. En nuestra opinión no se justifica esta ausencia de cooperación.

- Al margen de consideraciones más o menos autocomplacientes, es necesario reconocer que el grado de implementación, seguimiento y evaluación del PAC es muy irregular en Andalucía. Nos consta que desde la red de salud mental hay un importante nivel de estigma hacia los pacientes drogodependientes y una descalificación más o menos encubierta de los dispositivos de adicciones. Por otra parte, desde la red de adicciones hay un alto nivel de desconfianza hacia los movimientos procedentes de la red de salud mental. No nos cabe ninguna duda que la pertenencia a diferentes instituciones dificulta enormemente la coordinación.

Al margen de las limitaciones del PAC, se han presentado razones de carácter ético para la integración de ambas redes asistenciales como la normalización de la atención al drogodependiente en el sistema sanitario y, con ello, la consideración de la adicción como un trastorno mental más, la mejora de la equidad asistencial y la reducción del estigma (Pedreira Crespo *et al.*, 20011).

Por todo ello, estamos en un momento crítico que requiere un proceso de integración de ambas redes como paso previo al diseño de programas de tratamiento integrado. Para ello, **se requiere de una clara voluntad política, una gestión de servicios ejercida desde un liderazgo no bicéfalo y con competencias ejecutivas, así como una visión a medio-largo plazo**, conscientes de que se trata de cambiar una realidad compleja y muy mantenida en el tiempo. Esperamos que la nueva andadura de la Consejería de Salud ponga rumbo, por fin, a un proceso de integración.

## 4 | Modelos de organización de servicios para el tratamiento integrado: una visión basada en la evidencia

### 4.1 | Cuestiones previas

En el ámbito de la salud mental, entendemos por “evidencia” la constatación empírica y la evaluación sistemática de intervenciones clínicas, pero también de programas, de servicios y de experiencias de gestión clínica (Knudsen y Thornicroft, 1996; Amaddeo y Tansella, 2011; Barbui y Cipriani, 2011). La planificación y el desarrollo de nuevas estrategias de intervención en salud mental y adicciones debe basarse en principios éticos y debe apoyarse en evidencias bien establecidas (McLellan y Durell, 1996; Minkoff y Cline, 2004; SAMHSA-COCE, 2006; Thornicroft y Tansella, 2008). Sin embargo, cuando hablamos de evaluación de servicios, la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), siendo necesaria, no es suficiente, ya que los resultados de estos estudios deben interpretarse tomando en consideración las necesidades y las características locales, incorporando el juicio de clínicos y de gestores expertos (Salvador-Carulla *et al.*, 2007, 2013). Browson y cols. (2022) coinciden en afirmar que la concepción tradicional de “evidencia” es relativamente estrecha, debiendo ampliarse para incluir la denominada “*ciencia de la implantación*”, que toma en consideración múltiples variables contextuales al aplicar cambios organizativos en los servicios de salud. En esta misma línea se sitúan Minkoff y Cline (2004) al proponer que la implantación de planes estratégicos de provisión de servicios para pacientes duales basada en evidencias no puede hacerse al

margen del contexto del mismo sistema sanitario en el que se pretenden aplicar.

Al analizar la extrapolación de los resultados de los estudios de evaluación de programas de salud mental generados en otros contextos sanitarios, sobre todo si pretendemos aplicarlos a nuestro entorno asistencial, no debemos olvidar las diferencias entre ambos sistemas de organización, financiación y provisión de servicios (Wahbeck, 2011; Thornicroft, 2012). Por tanto, debemos realizar un esfuerzo para adaptar aquellos elementos que hayan mostrado eficacia y sean extrapolables. A continuación, vamos a resumir las principales evidencias disponibles sobre la efectividad de los diferentes modelos de organizar los programas de adicciones y salud mental para desarrollar e implantar tratamientos integrados para las personas que presentan una adicción y un trastorno mental comórbido. Pero antes nos detendremos de forma sucinta en analizar los principales factores que se han asociado a la inefectividad de los modelos de atención no integrados (secuencial o en paralelo).

### 4.2 | Factores asociados con la ineficacia de los modelos no integrados

Entre mediados de los años 70 y finales de los 80 coincidieron en diferentes partes del mundo los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica con la emergencia de problemas derivados del consumo de sustancias. Esto condu-

jo al desarrollo de servicios especializados para el abordaje de ambos trastornos por separado, dando lugar a problemas como la fragmentación en la continuidad de cuidados, la duplicación de dispositivos y profesionales y a insuficiencias en la provisión de necesidades complejas como las que presentan las personas con patología dual (Baker, 1991). Los dispositivos de atención a las adicciones y los centros de salud mental se constituían en proveedores de servicios que pertenecían a diferentes agencias gubernamentales, fundaciones, patronazgos o entidades privadas, lo que constituía la principal dificultad para la coordinación entre ellos. Se atribuye a Kenneth Minkoff (1989) el concepto y la primera propuesta de un modelo de “tratamiento integrado” para las personas con esta comorbilidad, que defiende como una alternativa a las limitaciones que presentaban los modelos de intervención parcial para atender a las complejas necesidades de estos pacientes.

Poco después, Richard K. Ries (1992) analiza diferentes formas organizativas de atención a los pacientes con patología dual y describe finalmente tres modelos: secuencial, paralelo e integrado. El *modelo secuencial* asume la necesidad de que un paciente sea “tratado” en primer lugar de un trastorno (adicción o trastorno mental) y, una vez “estabilizado”, pase al otro. Surge de la constatación de la diferente adscripción administrativa entre ambos tipos de servicios y no requería ningún tipo de coordinación entre ellos más allá de los procesos de derivación mutua. Pero también fue el primer modelo en fracasar debido a la ingenuidad del planteamiento clínico, que obvia la complejidad de la comorbilidad y sus implicaciones mutuas de mal pronóstico. El *modelo en paralelo* implica que ambos trastornos deben ser abordados simultáneamente por ambas redes. Este modelo requiere de un mayor nivel de coordinación que el modelo secuencial y tropieza en la práctica real con muchas dificultades or-

ganizativas y administrativas que obstaculizan el establecimiento de un verdadero plan terapéutico individualizado para el paciente. Finalmente, el *modelo integrado* supone que un mismo equipo terapéutico asume, desde un único plan de intervención, tanto el tratamiento del trastorno mental como el del trastorno adictivo, dada la íntima interconexión entre ellos. En este modelo se eliminan las barreras de coordinación y ambos trastornos son considerados como “primarios”, siendo el que ha demostrado mejores tasas de recuperación de los pacientes con patología dual.

Como ya hemos comentado, las estrategias de intervención dirigidas a pacientes con patología dual se han venido clasificando, de forma muy general, en dos grandes grupos; los *modelos de tratamiento parcial* (secuencial y paralelo) y los *modelos de tratamiento integrado* (Peterson, 2013).

Históricamente, los primeros modelos en desarrollarse fueron los **tratamientos parciales** realizados desde servicios separados, y pronto surgió la necesidad de establecer procedimientos de coordinación asistencial entre ellos (Baker, 1991; Ries, 1994). En el contexto de la prestación de servicios de salud, podemos definir la *coordinación* como el grado de colaboración e intercambio entre *diferentes servicios y organizaciones*, dirigida a la mejora del estado de salud de los pacientes (Baker, 1991). Según este autor, para que ésta funcione deben considerar tres elementos clave: a) *globalidad*, es decir, que contemple todos los recursos necesarios para cubrir todas las necesidades asistenciales de los diferentes tipos de pacientes; b) *continuidad de cuidados*, es decir, que asegure el mantenimiento de la cadena de responsabilidades profesionales entre los diferentes servicios de forma coherente; y c) *identidad*, es decir, tratar de colaborar conjuntamente sin perder el control y la autonomía de cada uno de los dispositivos. Como veremos, este último elemento es definitorio (es aplicable a los mode-

los parciales y lo distingue esencialmente de los modelos integrados) y definitivo (al ser uno de los principales determinantes de la ineficacia de los modelos de tratamiento parcial). Sin embargo, la pertenencia de los servicios de adicciones y de salud mental a agencias administrativamente diferentes hace muy difícil que se conciten estos elementos propuestos por Baker.

En cualquier caso, para que la coordinación entre estos servicios funcione de manera adecuada, es necesario que los profesionales y los coordinadores de ambos dispositivos perciban un beneficio mutuo del proceso de colaboración y estén motivados para ello, priorizando las necesidades de los pacientes frente al esfuerzo organizativo (Fonseca, Gilchrist, Torrens, 2012). Dado que estas actitudes son muy variables, se requiere la presencia de *una autoridad administrativa superior* que lo garantice (Baker, 1991).

Desde el modelo de tratamiento parcial, los mecanismos empleados para organizar la coordinación entre estos dispositivos han sido muy diferentes (Baker, 1991; Ries, 1994). En algunos contextos asistenciales se promovieron dispositivos generales de información y derivación posterior a uno u otro tipo de recursos, mientras que en otros casos se apostó por un modelo de gestión de casos. No obstante, en muchos sistemas sanitarios, estas funciones ya eran asumidas por los recursos de atención primaria de salud, por lo que se orientaron al establecimiento de acuerdos o convenios entre los centros de salud mental y los de adicciones. Precisamente, el modelo de los cuatro cuadrantes de Richard K. Ries (1992, 1993) ofrece un marco teórico para orientar estos programas de coordinación. Sin embargo, este modelo fue criticado por no definir adecuadamente los programas dirigidos a cada "cuadrante" y no responder a la realidad clínica cotidiana, por lo que se propusieron mejoras en el mismo (Burnam y Watkins, 2006).

Se han identificado diferentes **factores limitantes de la eficacia de los modelos de tratamiento parcial** (Ridgely, Goldman y Willenbribg, 1991; Ries, 1994; Tood, Sellman y Robertson, 2002; Canaway y Merkes, 2010). Estos elementos actúan como barreras para la coordinación entre servicios separados y deben tenerse en cuenta en los procesos de integración (Torrens et al., 2012; Fonseca, Gilchrist, Torrens, 2012). Podemos clasificar estos factores en dos grupos: a) factores relacionados con la estructura y organización de los servicios; y b) factores relacionados con la formación y las actitudes de los profesionales.

a) Factores relacionados con la estructura y organización separada de los servicios.

- La separación administrativa de los dispositivos de salud mental y adicciones conduce a una fragmentación de la atención y a una falta de comunicación entre ambos servicios, y esto depende, en última instancia, de una decisión de política sanitaria (Tood et al., 2002; Fonseca, Gilchrist, Torrens, 2012).
- La visión "monofocal" de cada dispositivo puede llevar a no realizar un cribado del otro trastorno, por lo que podría no detectarse y, por tanto, no ser derivado (Watkins et al., 2001; Cole y Sacks, 2008). En muchos casos esta visión está relacionada con la creencia de algunos profesionales de que en su servicio solo se debe diagnosticar y tratar el tipo de trastorno que lo define ("trastorno mental" o "adicción") (Fonseca, Gilchrist, Torrens, 2012).
- La separación de estos centros favorece que cada uno tenga sus propios criterios de admisión a tratamiento, de modo que, en los casos en los que se detecta un caso de comorbilidad, éstos pueden ser considerados

inelegibles y, por tanto, rechazados (Osher y Drake, 1996; Watkins *et al.*, 2001; Weaver *et al.*, 2003).

- El modelo de atención en paralelo obvia la naturaleza interactiva de ambos trastornos, lo que conduce a un sistema de “puertas giratorias” y mayores tasas de abandono del tratamiento. En un estudio comparativo y de seguimiento, se ha observado que los pacientes atendidos desde un modelo de intervención en paralelo presentaron más hospitalizaciones y mayor número de arrestos que los pacientes que recibieron un tratamiento integrado (Mangrum, Spence y Lopez, 2006). Se ha constatado que los modelos de atención secuencial y en paralelo se asocian a **más suicidios** que los modelos integrados (Lesage *et al.*, 2008).
- En los modelos de tratamiento parcial, la “carga de la integración” recae sobre el paciente, es decir, es éste el que tiene que realizar un esfuerzo activo en gestionar las diferentes citas y actuar como intermediario en la comunicación entre los centros. Esto conduce a una alta tasa de abandonos del tratamiento (Torrrens *et al.*, 2012; Burnan y Watkins, 2006).
- Como consecuencia de esta separación, cada tipo de dispositivo tiene su propio sistema de información e historia clínica informatizada, lo que dificulta enormemente la continuidad de cuidados (Baker, 1991).
- Se ha señalado que los modelos de tratamiento parcial dejan fuera a un segmento de la población especialmente vulnerable: los adolescentes con trastorno mental y conductas adictivas. La emergencia de adicciones comportamentales y adicciones a sustancias de diseño requieren estrategias específicas de intervención que deben abordarse desde

programas integrados (Kavanagh *et al.*, 2000; Merkes, Lewis y Canaway, 2010).

- Como consecuencia de todo ello, los modelos parciales proporcionan intervenciones inconsistentes e incompletas y no logran cubrir las complejas necesidades de estos pacientes (Tood, Sellman y Robertson, 2002; Drake, O’Neal y Wallach, 2008; Canaway y Merkes, 2010).

b) Factores relacionados con la formación y las actitudes de los profesionales.

- Aunque no hay ninguna duda fundada sobre la naturaleza de la adicción como trastorno mental perteneciente al campo de la psiquiatría y la salud mental, la historia institucional de los dispositivos de salud mental y de adicciones es diferente, lo que ha llevado a distintas visiones de cada problema de salud y a “filosofías” de intervención a veces contradictorias (Osher y Drake, 1996). Los centros de adicciones surgieron como una respuesta socio-sanitaria a los problemas derivados del consumo problemático del alcohol y de la heroína. Se trabaja proactivamente desde un modelo posibilista de reducción de daños orientado a la recuperación, con intervenciones de corte motivacional de acompañamiento que tienen en cuenta los estadios de cambio y la recaída. De forma muy general, se considera que el trastorno mental es secundario al consumo de drogas, cuya gravedad podría disminuir con la abstinencia. Por el contrario, los recursos de salud mental tienen una larga tradición asistencial y un sistema formativo muy reglado. Tradicionalmente asume la motivación al cambio como requisito y componente de la demanda, sobre todo en las neurosis, aunque se están desarrollando estrategias más proactivas en el manejo de los trastornos mentales graves.

En general, el trastorno mental se considera primario y el consumo de “tóxicos” se entiende como un epifenómeno del mismo (Burnam y Watkins, 2006; Mangrum *et al.*, 2006; Canaway y Merkes, 2010).

- Todos los autores coinciden en señalar las carencias formativas mutuas. Salvo excepciones, la formación de los profesionales de cada sector en el campo competencial del otro es muy limitada. No hay ni sesiones clínicas ni formación teórica conjuntas, lo que dificulta crear una “filosofía común” de tratamiento. Esto deriva de la separación institucional y propicia una desconfianza mutua entre los profesionales de ambas redes (Kavanagh *et al.*, 2000; Tood *et al.*, 2002; Fonseca *et al.*, 2012).
- También hay un gran acuerdo en la necesidad de iniciar estrategias formativas conjuntas. Para que estas sean eficaces deben incluirse de forma “estructural” e integrada en la actividad habitual de los servicios, huyendo de acciones formativas puntuales (Maslin *et al.*, 2001; Avery y Zerbo, 2015; Rasyidi, Wilkins y Danovitch, 2012). No obstante, se ha señalado que esta formación debe hacerse de manera ineludible durante la residencia (Chappel, 1993), habiéndose desarrollado programas docentes bien establecidos (Renner, 2004; 2005).
- Se ha constatado que algunos profesionales de adicciones se sienten competentes para tratar trastornos de ansiedad o depresión comórbidos, mientras que los profesionales de salud mental que tratan trastornos psicóticos se consideran capacitados para manejar una adicción asociada (Kavanagh *et al.*, 2000; Tood, Sellman y Robertson, 2002). Esta disposición estaría condicionada a recibir una for-

mación recíproca adecuada (Kavanagh *et al.*, 2000; Fonseca *et al.*, 2012).

- Muchos profesionales de salud mental mantienen actitudes negativas y estigmatizantes hacia los pacientes con trastorno mental y adicción asociada (Richmond y Foster, 2003; Avery *et al.*, 2013). Aquellos que sostienen actitudes más negativas tienden a no evaluar el consumo de sustancias, evitan tratarlos o los tratan de forma inadecuada (Howard y Chung, 2000; Richmond y Foster, 2003; Adams, 2008; Avery *et al.*, 2013). Esta situación tan preocupante ha llevado a diseñar intervenciones formativas dirigidas a los residentes con el propósito de modificar estas actitudes (Avery *et al.*, 2015; 2017, 2019).

#### **4.3 | Tratamiento integrado para pacientes con patología dual: modelos de organización de servicios**

Toda la literatura actualmente disponible sobre las mejores prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento y el cuidado de las personas con patología dual avalan inequívocamente la efectividad de los modelos de atención integrada como el estándar de intervención (Mueser *et al.*, 2003; Mangrum, Spence y Lopez, 2006; Peterson, 2013; Fantuzzi y Mezzina, 2020; Minkoff y Covell, 2022). Esta efectividad se ha medido con diferentes indicadores de resultado, tanto clínicos como de utilización de servicios. Así, se ha observado una reducción en el consumo de sustancias (Sterling, Chi, & Hinman, 2011; Kelly & Daley, 2013; McGovern *et al.*, 2015; Drake *et al.*, 2016), reducción de la intensidad de los síntomas psicopatológicos y mejora de la funcionalidad (Rush *et al.*, 2008; Drake *et al.*, 2016; Ruglass *et al.*, 2017), reducción del número de urgencias y de ingresos hospitalarios (Mangrum, Spence y López, 2006), mejora en la incorporación socio-laboral y en la calidad de vida (Drake

et al., 2016). Por otro lado, en los programas de tratamiento integrado se ha observado una menor tasa de suicidios (Lesage et al., 2008), mayor satisfacción de los pacientes por la atención desde un mismo equipo de intervención (Schulte, Meier, & Stirling, 2011), mayor accesibilidad a los mismos (Rush et al., 2008), así como una reducción de costes y de utilización de servicios (Morse y Bride, 2017). Aunque estos resultados se han constatado para diferentes subtipos de patología dual, se considera que los programas de tratamiento integrado son especialmente útiles para los pacientes con trastornos mentales graves duales, dado su mal pronóstico (Peterson, 2013; Fantuzzi y Mezzina, 2020), ya que pueden mejorar la adherencia al tratamiento, incrementar los días de abstinencia y reducir la intensidad de los síntomas psicóticos (Ziedonis et al., 2005; Rush et al., 2008; SAMHSA COCE, 2007).

A continuación, vamos a revisar y resumir las principales experiencias evaluadas y documentadas empíricamente sobre las diferentes formas de organizar los servicios comunitarios de salud mental y de adicciones para el tratamiento integrado de la patología dual. En primer lugar, vamos a describir los elementos fundamentales que componen un programa de tratamiento integrado, sea cual sea su ubicación dentro de un área de gestión sanitaria. En segundo lugar, describiremos diferentes niveles de integración del tratamiento y de organización de servicios. Finalmente, señalaremos los elementos clave en algunas experiencias de implantación de modelos integrales.

#### 4.3.1 | Elementos que componen un programa de tratamiento integrado

Como ya hemos comentado, un programa de tratamiento integrado para personas con patología dual implica la provisión de un único plan de atención individualizada, desarrollado *simultáneamente* por

un *mismo equipo* de profesionales que, dentro de una *misma organización y espacio*, compartiendo una *misma filosofía* de intervención y con competencias clínicas en salud mental y adicciones, permitan abordar las complejas necesidades de estos pacientes (Minkoff, 1989; Drake et al., 2001; Mueser et al., 2013; Peterson, 2013; Minkoff y Covell, 2022). La provisión de este programa por un mismo equipo de intervención elimina el fenómeno de “puertas giratorias” y la necesidad de coordinación entre dos dispositivos diferentes como ocurría en los modelos de atención secuencial o en paralelo. Se comparte una misma filosofía de tratamiento y ambos trastornos son considerados “primarios” (Torrens et al., 2012). En los programas de tratamiento integrado, la responsabilidad de abordar ambos trastornos recae sobre el sistema sanitario y no sobre el propio paciente (Drake et al., 2008). Se considera el tratamiento de elección para todas las formas clínicas de comorbilidad entre adicción y trastorno mental, siendo una prioridad para los pacientes con trastorno mental grave y adicción grave (Canadian Centre on Substance Abuse, 2009).

Se han venido desarrollando diferentes tipos de programas integrados, pero la mayoría de ellos comparte un mismo conjunto de elementos esenciales (Fantuzzi y Mezzina, 2020). Entre ellos, destacaríamos el **programa desarrollado por Mueser y cols. (2003)** por su modelo de intervención comunitaria, su larga trayectoria de excelencia clínica, su respaldo empírico y su nivel de operativización y manualización. Este programa, desarrollado inicialmente en Manchester (EEUU), ha sido asumido y actualizado por la “Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental” de Estados Unidos (SAMHSA, 2020). Sus principios y componentes programáticos son los siguientes:

- *Es un programa plenamente integrado*, desarrollado por un equipo *multiprofesional* con formación y experiencia en salud mental y

adicciones. Esto supone comprender y compartir la filosofía que subyace al abordaje específico de esta comorbilidad en relación al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento.

- *Está orientado al paciente* desde los principios de la *toma de decisión compartida*, fomentando el empoderamiento de las personas con patología dual.
- *Globalidad*, entendida como un *programa orientado a la recuperación* mediante una amplia oferta de servicios coordinados *dentro de una misma red asistencial y unidad territorial de gestión*: tratamiento asertivo comunitario, intervención familiar, comunidad terapéutica, recursos residenciales y ocupacionales, incorporación socio-laboral, entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de manejo de la enfermedad y tratamiento farmacológico.
- *Asertividad*, entendida como una actitud proactiva ante el concepto de demanda y la adherencia al programa del tratamiento, a la continuidad de cuidados y las recaídas.
- *Perspectiva de reducción de las consecuencias negativas del consumo de sustancias*, lo que implica asumir el paradigma de la reducción de daños como parte integrante de la intervención especializada en patología dual. Aunque no se renuncia a los objetivos de abstinencia y de remisión sintomática psicopatológica relativa, se prioriza alcanzar un consumo de menor riesgo y una mejora de la funcionalidad y la calidad de vida de la persona.
- *Consideración de las recaídas como parte consustancial al trastorno y la intervención*.
- *Tratamiento a largo plazo, en etapas y basado en la motivación*. El concepto de *estadios de cambio* se considera un elemento central en

el tratamiento de la patología dual (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). Estos autores proponen un *modelo de estadios de tratamiento* con cuatro fases y estrategias específicas para orientar las intervenciones (“vinculación”, “motivación”, “tratamiento activo”, “prevención de recaídas”), que ponen en relación con los estadios de cambio. Estos conceptos están muy relacionados con la continuidad de cuidados y destacan el papel de las enfermeras especialistas en salud mental en el programa de patología dual, coincidiendo con otros autores (Peterson, 2013; Fantuzzi y Mezzina, 2020). El paradigma de estadios como principio organizador del tratamiento en salud mental se ha mostrado útil, especialmente en los trastornos mentales más graves (Vázquez-Bourgon, Salvador-Carulla, Crespo-Facorro y Vázquez-Barquero, 2013).

- *Intervenciones psicoterapéuticas multimodales*: psicoterapia individual, *counseling* individual, intervención familiar, intervenciones grupales específicas para pacientes con patología dual (grupos psicoeducativos, grupos de orientación motivacional orientados por etapas de cambio, entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar y grupos de ayuda mutua).

Los programas de tratamiento integrado se desarrollan habitualmente en los centros de atención comunitaria, pero están vinculados a otros dispositivos y programas de salud mental dentro de un área de gestión de salud mental (unidad de hospitalización de salud mental, tratamiento asertivo comunitario, unidad de salud mental infanto-juvenil, comunidad terapéutica, etc.), así como a los centros de atención primaria y servicios sociales.

Entre ellos destacan los programas y equipos de **Tratamiento Asertivo Comunitario** (TAC), dadas las

características de los pacientes con patología dual. Los programas TAC desarrollados por las unidades de salud mental comunitaria, aún en los modelos de atención en paralelo, ya vienen atendiendo a un alto porcentaje de pacientes con trastorno mental grave y abuso de sustancias, por lo que no sería necesario hacer grandes esfuerzos para transformar éstos en programas TAC “integrados” para pacientes con patología dual grave (SAMHSA, 2020). Aunque algunos autores insisten en defender la “ortodoxia” en los programas y equipos TAC, la mayoría lo consideran un modelo de servicios flexibles que podría ser mejorado mediante la inclusión de prácticas basadas en la evidencia para el abordaje de pacientes con trastorno mental grave y abuso de sustancias (Manuel *et al.*, 2011; De Witte *et al.*, 2014). Las modificaciones que se han realizado van desde adaptar el modelo de atención tradicional desarrollado por las unidades de salud mental incorporando intervenciones específicas para pacientes con abuso de sustancias comórbido, hasta la creación de “mini-equipos TAC” para pacientes duales, pasando por incrementar la oferta de servicios sociosanitarios (Neumiller *et al.*, 2009; Bond y Drake, 2015). Estos programas han mostrado su eficacia en términos de reducción del número de hospitalizaciones psiquiátricas, disminución del consumo y mejora de la calidad de vida (Penzenstadler *et al.*, 2019; Luque-Martin, 2021).

En una línea similar se sitúan las denominadas **Comunidades terapéuticas adaptadas** para el tratamiento residencial para pacientes con patología dual. Sobre este tema ya realizamos una revisión y una propuesta de adaptación para nuestra comunidad autónoma (González-Saiz, 2005 en ANEXO 2). En un proceso de integración de servicios de adicciones y salud mental y, desde una economía de escala, esto supondría realizar modificaciones en las tradicionales comunidades terapéuticas de adicciones para abordar, tam-

bién, a las personas con patología dual (De Leon, 2000). Las principales modificaciones propuestas fueron las siguientes (De Leon, 1996; Sacks y cols, 1999):

1. Adaptación en el perfil de los profesionales de la comunidad terapéutica de adicciones para incluir profesionales de salud mental con formación en adicciones.
2. Criterios de admisión definidos y consensuados con los centros derivadores.
3. Mayor flexibilidad en la ejecución de las actividades e intervenciones terapéuticas.
4. Mayor atención a las diferencias individuales.

Las comunidades terapéuticas adaptadas han demostrado su eficacia en términos de reducción del consumo tras el alta, disminución de la gravedad de los síntomas psicopatológicos, mejora de la funcionalidad y reducción de la actividad delictiva (Sacks *et al.*, 2010; McKee *et al.*, 2013; Magor-Blatch *et al.*, 2014). Así mismo, se ha constatado que estas modificaciones suponen una intervención coste-efectiva (French *et al.*, 1999).

#### 4.3.2 | **Tipología de tratamientos integrados**

Aunque hay un elevado nivel de consenso sobre los elementos que deben conformar estos programas, cabe afirmar que no hay un único modelo “correcto” de tratamiento integrado que se ajuste a todas las realidades asistenciales (SAMHSA COCE, 2006; Farrell y Marshall, 2007; Torrens *et al.*, 2012). Estos modelos deben adaptarse a las características locales del sistema sanitario en el que se pretenden implantar (Brousselle *et al.*, 2010), diseñándose de manera flexible en el tiempo mediante planes estratégicos desarrollados con un decidido apoyo político y un claro

liderazgo de gestión clínica (Drake *et al.*, 2001; Minkoff y Cline, 2004). La eficacia de estos programas viene determinada por su inclusión en un modelo asistencial comunitario más amplio con distintos niveles de atención coordinados entre sí (unidad de hospitalización, comunidad terapéutica, unidades de salud mental infanto-juvenil, otras unidades de tratamiento específico, etc.) (Minkoff y Cline, 2004; Brewer *et al.*, 2017).

La bibliografía al respecto es extensa y difícil de sintetizar. En primer lugar, se han descrito distintos tipos de programas de tratamiento integrado, que se han clasificado mediante diferentes criterios. En segundo lugar, estos programas se han desarrollado en sistemas sanitarios de diversa índole (públicos, privados, mixtos). En tercer lugar, en algunas clasificaciones y descripciones se confunde la *integración de sistemas* (es decir, de las agencias que financian, gestionan y proveen los servicios de atención a las adicciones y a la salud mental) con la *integración del programa de tratamiento* orientado al paciente. Finalmente, en algunos estados o sistemas sanitarios locales podemos identificar modelos con diferentes tipos de tratamiento integrado que se proveen de manera estable o estructural, mientras que otros sistemas están inmersos en un proceso de transición hacia formas más avanzadas de integración. Con objeto de simplificar la exposición, resumimos las principales clasificaciones.

Mueser y cols. (2003) consideran dos grandes modelos de integración de servicios:

a) *El tratamiento integrado de ambos trastornos se provee en un mismo centro o dispositivo, implicando la incorporación del abordaje de las adicciones dentro de los de los servicios de salud mental.* Estos autores consideran que es el modelo más comúnmente adoptado y supone un “reencuentro” natural de las adicciones con la salud mental.

b) *El tratamiento integrado de ambos trastornos se provee en un dispositivo específico de nueva creación.* Este modelo es considerado como alternativa al anterior y de segunda línea.

Para estos autores, la condición previa a ambas formas de organización de servicios, especialmente de la segunda, es la integración administrativa y política de los sistemas previamente separados. Además de ello, se apuesta decididamente por un *proceso gradual de integración* de los programas (ver *infra*).

Brousselle y cols. (2010), Merkes, Lewis y Canaway (2010) y Peterson (2013) coinciden globalmente en describir tres tipos de programas:

a) *Programas de integración completa.* Supone la provisión del tratamiento de ambos trastornos por parte de un único equipo de tratamiento constituido por profesionales con formación en ambos campos. Implica la desaparición de dispositivos separados y, por lo general, la incorporación de los profesionales de adicciones dentro de los servicios de salud mental. Los autores señalan el importante papel de las enfermeras especialistas en salud mental dentro de este equipo integrado. En gran medida, serían programas superponibles al descrito por Mueser y cols. (2003) como modelo “a”.

b) *Programas de integración parcial.* Implican un proceso de implantación con dos componentes determinantes. En primer lugar, los centros de adicciones y de salud mental continúan separados físicamente, pero ambos pertenecen ya a la misma red asistencial (es decir, previamente tiene lugar una *integración de sistemas* político administrativa). En segundo lugar, ambos dispositivos desarrollan un programa de tratamiento integrado para diferentes comorbilidades psicopatológicas.

Así, los centros de adicciones atenderían de forma integrada a pacientes con patología dual “leve” (fundamentalmente ansiedad y depresión), así como a pacientes adictos sin psicopatología relevante. Por otro lado, los centros de salud mental atenderían a los pacientes con patología dual “grave” (especialmente psicosis) y a pacientes sin trastorno adictivo asociado. Este tipo de programas supone la necesidad de “sumar” competencias asistenciales dentro de cada servicio. En algunos programas, esto se ha hecho mediante la contratación de uno o más profesionales del otro campo, mediante un acuerdo de intercambio de profesionales durante algunos días entre ambos dispositivos o mediante un riguroso plan de formación inter-dispositivos. Perterson (2013) señala como limitaciones de estos programas de integración parcial la dificultad para estimar los flujos de demanda en cada servicio, así como la necesidad de definir muy bien los perfiles de pacientes que han de tratarse en cada centro para que no queden fuera del tratamiento (por ejemplo los trastornos de la personalidad).

- c) *Equipos o unidades de tratamiento específico de patología dual.* Al igual que en el modelo anterior, los equipos de salud mental y los de adicciones permanecen separados dentro de un mismo sistema sanitario, pero se crean unidades específicas de patología dual coordinadas con aquellos. Estas unidades están formadas por un equipo de profesionales especialistas en salud mental y adicciones, desarrollando un programa de tratamiento integrado. Dado el coste de la creación de nuevos dispositivos, existe el riesgo de que la accesibilidad de las personas usuarias se vea limitada por limitaciones geográficas o de disponibilidad de agenda.

La *American Society of Addiction Medicine* (ASAM; Mee-Lee et al., 2013) describe tres tipos de programas para pacientes con patología dual:

- a) *Programas de integración parcial con competencias en patología dual.* Son similares a los programas de integración parcial anteriormente descritos. Los centros de adicciones pueden abordar de manera integrada pacientes con adicciones y trastornos mentales leves y disponen de profesionales de salud mental en la plantilla del mismo equipo o desplazados desde el centro de salud mental. De manera análoga, los servicios de adicciones pueden tratar la adicción que acompaña a los trastornos mentales graves mediante la incorporación en plantilla de profesionales de adicciones o mediante su desplazamiento desde los centros de adicciones.
- b) *Programas de integración completa con competencias aumentadas en patología dual.* Es equivalente al programa de integración completa de la clasificación anterior y se compone de profesionales con formación en ambas especialidades.
- c) *Programas de integración completa con competencias aumentadas en patología dual de alta complejidad.* En relación al programa anterior, en este se aborda también la patología orgánica (por ejemplo VIH, VHC, etc.), así como las necesidades socio-laborales y ocupacionales.

Otra clasificación similar es la propuesta australiana del estado de Victoria (Croton, 2004; Victorian Government Department of Human Services, 2007). Esta institución contempla una organización en tres niveles de atención:

- a) *“Nivel 1”:* Servicios para personas que presentan problemas de salud mental de bajo nivel

de gravedad y problemas de drogas y alcohol de bajo nivel de gravedad. En estos casos, los pacientes son atendidos en el nivel de la atención primaria de salud con el apoyo del nivel especializado cuando es necesario.

- b) “Nivel 2”: Servicios para personas que presentan trastornos por consumo de sustancias grave y trastorno mental de bajo nivel de gravedad. Son servicios que inicialmente se dedicaban exclusivamente al tratamiento de las adicciones pero que incrementan sus competencias para el tratamiento integrado de patología dual leve (p.e. trastornos de ansiedad y depresión asociados).
- c) “Nivel 3”: Servicios para personas que presentan trastornos mentales graves y trastorno por consumo de sustancias grave. Estos servicios corresponden a los tradicionales dispositivos de salud mental que abordan de forma integrada ambos trastornos, tras un proceso de formación intensiva o incorporación de profesionales con formación específica en patología dual.

La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* de Estados Unidos (SAMHSA, 2020) ha propuesto una interesante clasificación de los servicios de adicciones y de salud mental basada en el grado de competencia de sus prestaciones para el tratamiento integrado de la patología dual. Para evaluar y medir estos niveles de competencia desarrollaron dos instrumentos estandarizados en el contexto de una línea de investigación coordinada por Mark P. McGovern. Así, mientras que el *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index* evalúa estas competencias en los servicios de adicciones (SAMHSA, 2011a), el *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) Index*, hace lo propio en los servicios de salud mental (SAMHSA, 2011b). Cada uno de estos instrumentos incluye 35 ítems agrupados

en siete dimensiones: a) Estructura del programa, b) Orientación del programa, c) Procesos clínicos (evaluación), d) Procesos clínicos (tratamiento y continuidad de cuidados), e) Profesionales y f) Formación. Estos instrumentos han mostrado consistentemente buenos índices de fiabilidad y validez y se han revelado como herramientas útiles para la caracterización de estos servicios y como guía para los procesos de implantación de programas integrados en patología dual (McGovern, Matzkin y Giard, 2007; Lee y Cameron, 2009; Gotham et al., 2010; Matthews et al., 2010; Sacks et al., 2013). Desde nuestro grupo de investigación hemos realizado un estudio aproximativo con estos dos instrumentos en los servicios de adicciones y de salud mental de nuestra Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz, observando su utilidad y validez aparente con las necesarias adaptaciones (Muñoz-Manchado et al., 2020).

Con base en la evaluación de estas dimensiones, los programas de los diferentes servicios pueden ser clasificados en los siguientes tipos:

- a) *Programa básico*. En este caso, un dispositivo (de adicciones o de salud mental) aborda de manera específica el trastorno correspondiente. Los casos del otro trastorno identificados tras un *screening* son derivados al otro dispositivo. Por tanto, este tipo de programas básicos son los habituales de los modelos de tratamiento parcial (modelo secuencial y en paralelo).
- b) *Programa intermedio*. Cada dispositivo se dedica principalmente a tratar el trastorno correspondiente, aunque algunos profesionales pueden identificar y abordar algunos aspectos del otro trastorno desde un modelo de coordinación. Por ejemplo, en el caso de un paciente psicótico con abuso de cannabis y alcohol tratado en un centro de salud mental,

una enfermera puede trabajar la motivación para la reducción del consumo con derivación posterior al centro de adicciones. O en el caso de un paciente con adicción a cocaína y depresión tratado en un centro de adicciones, una psicóloga puede trabajar la prevención de recaídas considerando los estados emocionales negativos como precipitantes de la recaída. En este tipo de programas, seguimos dentro de un modelo de tratamiento secuencial o en paralelo.

c) *Programa avanzado*. En este caso, el centro de adicciones provee un tratamiento integrado para algunos tipos de comorbilidad psicopatológica (por ejemplo, ansiedad y depresión), mientras que los centros de salud mental abordan de forma integrada la comorbilidad entre el trastorno mental grave y el abuso de sustancias. Esto implica la incorporación de conocimientos, competencias y recursos de un tipo de servicio dentro del otro mediante procedimientos administrativos diversos según cada contexto sanitario. Por lo general, este tipo de programas se desarrollan en el contexto de redes asistenciales con cierto grado de integración funcional.

d) *Programa completamente integrado*. Estos programas se desarrollan dentro de una misma red de atención por un mismo equipo multidisciplinar de profesionales con amplias competencias clínicas en ambos campos y desde sistemas sanitarios con plena integración político-administrativa.

Otra característica interesante de esta clasificación es el *carácter dinámico del desarrollo de estas competencias*, que en cierto modo la diferencia de las anteriores (ver Figura 1). Dicho de otro modo, aquellos sistemas sanitarios que se planteen un proceso de implantación de un modelo integrado de tratamiento pueden: a) comenzar con la realización de mapas de servicios de adicciones de salud mental con instrumentos como el DDCAT Index y el DDCMHT Index para caracterizar el grado de competencia asistencial de sus programas; b) realizar cambios político-administrativos previos a la reestructuración de los servicios; y c) desarrollar de manera progresiva programas con competencias en el tratamiento de la patología dual cada vez más avanzadas hasta acabar en un estado de integración plena (Gotham *et al.*, 2010; 2013). Se ha constatado que estas estrategias de implantación mejoran

### Niveles de competencia asistencial de los programas en el tratamiento integrado de la patología dual



Adaptado de SAMHSA, 2020

el grado de competencia de los servicios para el tratamiento integrado de la patología dual (Assefa et al., 2019).

#### 4.3.3 | Estrategias y experiencias de implantación de programas de tratamiento integrado

Una de las cuestiones clave en la investigación sobre servicios de salud mental es el *gap* existente entre lo que sabemos acerca de la eficacia de las intervenciones clínicas y lo que finalmente hacemos con las personas usuarias de estos servicios y éstas perciben (Proctor et al., 2009). La denominada “*ciencia de la implantación*” trata de cubrir este *gap* ampliando el concepto tradicional de “*evidencia*” mediante la inclusión de los resultados de la investigación sobre los procedimientos de “*diseminación*” e “*implantación*” (D&I) de estas evidencias (Brownson et al., 2022). Se entiende por “*diseminación*” a la distribución de información y de herramientas de trabajo mediante la formación de los profesionales, mientras que la “*implantación*” supone el empleo de estrategias para introducir cambios organizativos en los servicios de salud basados en evidencias (Proctor et al., 2009; Brownson et al., 2022). Los procesos organizativos dirigidos a la integración de sistemas y de programas para personas con patología dual pueden beneficiarse de esta ciencia de la implantación (Assefa et al., 2019). El objetivo común a todos ellos es acercar de nuevo a dos redes asistenciales que se separaron en un momento histórico de epidemia de consumo de sustancias sin más evidencia que la necesidad política de dar una rápida respuesta.

Como ya hemos comentado (*ver supra*), debe distinguirse entre la *integración político-administrativa de sistemas o agencias* (orientada a los servicios de salud mental y de adicciones) y *programas de tratamiento integrado* (orientados a los pacientes). Considerando esto, es fundamen-

tal tener claro que *la integración de sistemas es el medio para garantizar adecuados programas de tratamiento integrado del paciente con patología dual* (SAMHSA's COCE, 2007). Estos autores insisten en que el objetivo de la integración siempre debe ser la cobertura de las necesidades del paciente y que una integración que no suponga cambios organizativos adecuados en los sistemas que conduzcan al desarrollo de programas de tratamiento integrado estará abocado al fracaso (SAMHSA's COCE, 2007). Esta integración puede tener lugar a un nivel estatal, regional o provincial y en cada nivel pueden existir diferentes velocidades de integración, dependiendo de determinadas circunstancias locales entre las que destacan las voluntades políticas y la presencia de gestores y de líderes clínicos en patología dual (Peterson, 2013).

Diferentes países han publicado sus experiencias de integración de servicios y de programas (Canadá, EEUU, Reino Unido, Australia, etc). Todos ellos coinciden en: a) *la necesidad previa de una voluntad política clara y decidida hacia la integración de sistemas/agencias*, b) *un fuerte liderazgo en gestión clínica y en provisión de servicios*, c) *el desarrollo de planes estratégicos a medio plazo con objetivos calendarizados*, d) *una fuerte inversión formativa y lucha contra el estigma como medio de capacitación asistencial gradual y progresiva en el abordaje de la patología dual*, e) *un sistema de incentivación de los servicios con recursos humanos*, f) *una gestión clínica flexible* y g) *una clara orientación a la recuperación del paciente desde unos explícitos principios éticos*.

**En Estados Unidos**, la administración americana llega a reconocer que el abordaje de *la patología dual es una prioridad asistencial* debido a su elevada prevalencia, al mal pronóstico y al elevado coste que supone el modelo de intervención en paralelo en el que venían trabajando (Curie et al., 2005). Por ello, en 2002, la SAMHSA (*Substance*

*Abuse and Mental Health Services Administration*) afronta el desafío de reorganizar la infraestructura del sistema de salud mental (*Center for Mental Health Services-CMHS*) y de adicciones (*Center for Substance Abuse Treatment-CSAT*) para abordar las necesidades de las personas con patología dual (SAMHSA Report 2002). La SAMHSA propone una transformación del sistema de atención a la salud mental orientada al desarrollo de un modelo asistencial integrado, basado en la recuperación de las personas con problemas de salud mental y adicciones desde una perspectiva comunitaria. Para ello, incorpora herramientas procedentes de la planificación estratégica y la “transferencia del conocimiento” para implantar aquellas intervenciones clínicas con evidencias suficientes. Con este propósito pone en marcha el *Co-Occurring Center for Excellence (COCE)* y proporciona guías y materiales de referencia para orientar el desarrollo de programas de patología dual (Drake *et al.*, 2004; CSAT-TIPS, 2005; SAMHSA's COCE, 2007).

Una de las propuestas organizativas más referenciadas es el modelo propuesto por Minkoff y Cline (2004), denominado *Comprehensive Continuous Integrated System of Care (CCISC)* que se configura a partir de estos doce elementos:

1. Desarrollo de una estructura estable de planificación y de gestión dentro del mismo sistema sanitario, que permita una integración progresiva de los servicios de adicciones y de salud mental.
2. Desarrollar una visión global compartida por todos los componentes del sistema sanitario. Esto implica adoptar un acercamiento flexible de las diferentes “culturas” y “filosofías” de atención existentes en ambas redes asistenciales previamente separadas.
3. Acuerdo en la distribución de los recursos y en las estrategias de incentivación.
4. Adopción del “modelo de los 4 cuadrantes de Ries”, desarrollando programas de tratamiento integrado para cada una de las poblaciones asignadas a cada servicio, al tiempo que se establecen prioridades en la temporalización del proceso de integración progresiva.
5. Todos los servicios y componentes del sistema de salud mental deben estar orientados a la patología dual, aunque con diferentes niveles de implicación. Hasta el momento de alcanzar una plena integración, tanto los dispositivos de salud mental como los de adicciones deben desarrollar competencias asistenciales básicas para el abordaje de determinados subtipos de patología dual.
6. Desarrollar mecanismos para coordinar funcionalmente ambos tipos de dispositivos dentro del mismo sistema de salud.
7. Implantar procesos formativos y de diseminación de guías de práctica clínica basadas en pruebas.
8. Gestionar los procesos de cribado, diagnóstico y de manejo de un sistema de información clínica unificado que garantice la continuidad de la atención, evitando los casos de puertas giratorias o que “caigan entre las grietas” del sistema.
9. Garantizar el apoyo institucional para que los clínicos de cada tipo de dispositivo puedan realizar planes de tratamiento integrado para cada tipo de paciente.
10. Identificar las competencias asistenciales iniciales de los profesionales de cada tipo de

dispositivo para poder planificar un adecuado proceso formativo.

11. Desarrollar un plan de asistencia formativa desde dispositivos con competencias avanzadas en patología dual según un modelo de formador de formadores.
12. Desarrollar un programa de gestión global que incluya un trabajo en red con diferentes tipos de servicios, garantizando la continuidad de cuidados (comunidades terapéuticas adaptadas, centros residenciales y ocupacionales, servicios sociales, grupos de ayuda mutua, etc.).

En este contexto, responsables de la SAMHSA como C.G. Curie, K. Minkoff, G.P. Hutchings y C.A. Cline, describen siete procesos organizativos que pueden facilitar la integración de agencias y de servicios (Curie et al., 2005):

1. *Liderazgo comprometido*. Un cambio de estas características debe contar, al mismo tiempo, con una voluntad política clara y explícita que apoye a un líder o equipo de líderes con una clara visión estratégica de un proceso de integración de sistemas y programas para la atención a la patología dual.
2. *Planificación e implantación de integración de agencias/sistemas*. Esto requiere una estructura estable de planificación e implantación que esté a un nivel “supra-agencias” y, por tanto, con capacidad para tomar decisiones políticas conducentes a un proceso de integración progresivo o en etapas. Esto supuso en Estados Unidos la vinculación entre la agencia estatal de adicciones (CSAT) y la de salud mental (CMHS) para conformar la SAMHSA.
3. *Establecimiento de prioridades basadas en la evidencia y orientadas en valores*. Esto implica el reconocimiento de las necesidades no cubiertas por los modelos de atención en paralelo con el consiguiente peor pronóstico de estos pacientes, la consideración de su vulnerabilidad y la priorización de su atención de manera integrada con intervenciones basadas en la evidencia.
4. *Visión compartida y filosofía de trabajo integrada*. Requiere compartir un mismo modelo de comprensión del fenómeno de la comorbilidad y de la forma de abordarlo. Como punto de partida, se adopta el “modelo de los cuatro cuadrantes” para la distribución operativa de prioridades de intervención por subtipos de patología dual.
5. *Diseminación de “tecnología” basada en la evidencia para definir el diseño de los programas de intervención clínica*. Para la SAMHSA, los cambios en las agencias deben fundamentarse en prácticas basadas en el consenso y en la evidencia desde un modelo comunitario que vertebre diferentes tipos de servicios que cubran las diferentes necesidades socio-sanitarias de esta población. Consideran que esta diseminación ha de ser progresiva y vinculada al desarrollo de competencias avanzadas para el tratamiento integrado de la patología dual. Estas iniciativas deben someterse a un proceso de acreditación unido a un sistema de incentivación con recursos.
6. *Establecimiento de una sólida colaboración entre todos los niveles asistenciales de la misma agencia sanitaria*. La administración estatal, más que imponer un único modelo de integración para todos los estados y condados, ofrecía apoyo y herramientas para que cada uno de ellos encontrase el modelo más adecuado para su realidad sanitaria. Ello im-

plica una estrecha coordinación, no solo entre servicios, sino entre servicios, gestores y usuarios.

7. *Procesos interactivos de mejora de rendimiento, incentivados y basados en datos.* Se promovió el desarrollo de programas de mejora continuada de la calidad asistencial basados en sistemas de información adecuados. Esto permitió la obtención de *indicadores de resultados* de recuperación y de estándares de calidad. Entre estos indicadores se propusieron: a) reducción del consumo y reducción de la intensidad de los síntomas del trastorno mental, b) incremento de la retención en los programas de adicciones y disminución de los ingresos hospitalarios en unidades de agudos de salud mental, c) incremento de la actividad ocupacional (empleo o escolarización), d) disminución de la actividad delictiva, e) mejora de las condiciones de alojamiento y de convivencia familiar, f) incremento de la accesibilidad a los servicios socio-sanitarios y g) incremento en incorporación social.

**En Canadá** también ha tenido lugar una reorganización de los servicios de salud mental y de adicciones, tras décadas de provisión desde modelos en paralelo (Canadian Centre on Substance Abuse, 2009). Se han descrito diferentes conceptos y modelos de integración de servicios y de programas (Rush *et al.*, 2008; Rush, 2010), existiendo una heterogeneidad en los niveles de integración entre las diferentes provincias canadienses (Canadian Centre on Substance Abuse, 2013). En general, hay una orientación hacia modelos que garantizan la continuidad de atención, con distintos niveles competenciales en la atención a la patología dual, destacando el importante papel de la atención primaria de salud en el abordaje de la patología médica derivada del consumo de sustancias (Rush *et al.*, 2008). Se acepta también que la integración de sistemas o agencias

no es un fin en sí mismo, sino un medio para garantizar el desarrollo de programas de tratamiento integrado de la patología dual (Canadian Centre on Substance Abuse, 2013).

**En Australia** la provisión de servicios de salud mental y de adicciones ha dependido también de diferentes agencias desde un modelo de atención secuencial o en paralelo, lo que ocasionaba importantes barreras para la atención integrada de las personas con patología dual (Holt *et al.*, 2007; Treloar y Holt, 2008). Hasta comienzos de los años 2000 no se planteó la necesidad de ofrecer una respuesta organizativa para el abordaje integrado de la patología dual, lo que se hizo mediante la *Dual Diagnosis Initiative* (NSW Health, 2000). Se admitía que los modelos de servicios para la atención a estos pacientes debían ser flexibles y adaptados a las circunstancias asistenciales de cada entorno. Aunque un estudio de mapas de servicios identificó una amplia variedad de respuestas organizativas (Merkes, Lewis y Canaway, 2010), globalmente se contemplaron, como ya hemos comentado (*ver supra*), tres niveles de atención basados en el *modelo de los cuatro cuadrantes* propuesto por la SAMHSA americana. Básicamente mantuvieron tanto los servicios de adicciones como los de salud mental *dentro de la agencia de salud mental*, pero incrementando sus competencias para el abordaje de la patología dual mediante el refuerzo de las plantillas de cada dispositivo con al menos un profesional con formación especializada en el otro ámbito, además de un importante proceso de formación “cruzada” de todos los profesionales. No obstante, algunas iniciativas optaron por desarrollar unidades específicas de patología dual (Victorian Government Department of Human Services, 2007).

**En Reino Unido** gran parte de los servicios de adicciones están ubicados orgánicamente dentro de los servicios de salud mental, lo que supo-

ne una gran ventaja organizativa. No obstante, otra parte de la atención a las adicciones depende de organizaciones no gubernamentales con un menor nivel de formación (Farrell y Marshall, 2007). En 2002, el *Department of Health* publicó una guía de buenas prácticas en patología dual en el que defendía explícitamente la atención a las adicciones desde la red de salud mental, si bien esta atención tenía lugar desde dispositivos diferentes. Aunque este documento admite que el modelo de atención deseable sería el de una integración completa (es decir, un mismo equipo atendiendo ambos trastornos), finalmente optaron por un modelo de tratamiento integrado por subtipos de patología dual. Dicho de otro modo: a) tanto los centros de adicciones como los de salud mental están integrados dentro de la red de salud mental (es decir, ya parten *de facto* de una integración de sistemas/agencias); b) los centros de adicciones cuentan con un profesional referente de patología dual con formación especializada en salud mental y dedicado sobre todo a trastornos mentales no graves (este referente puede formar parte del equipo a tiempo completo o tiempo parcial); c) los centros de salud mental cuentan con un profesional referente de patología dual con formación en adicciones, atendiendo sobre todo a trastornos mentales graves (este referente puede formar parte del equipo a tiempo completo o a tiempo parcial); d) existencia de un equipo de supervisión y coordinación de casos de patología dual a un nivel organizativo superior; e) proceso de formación continuada “cruzada”, de forma que los profesionales de ambos tipos de dispositivos adquieran progresivamente competencias en el abordaje de la patología dual; y f) puesta en marcha de programas de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con patología dual (Dual Diagnosis Good Practice Guide, DH, 2002).

A partir de este documento base, se han elaborado otras guías de orden más práctico, para la

puesta en marcha de programas de patología dual (Hughes, 2006; Watson y Hawkins, 2007).

Todos los procesos de implantación de modelos de tratamiento integrado que hemos analizado han concedido una importancia capital a la **formación de los profesionales** en el manejo de los pacientes con patología dual. La formación se ha considerado un instrumento clave para mejorar las competencias asistenciales en patología dual de los servicios y un medio para crear una “filosofía común” de intervención entre los profesionales de ambos tipos de servicios (Minkoff y Covell, 2022). Cada vez se hace más necesario disponer de especialistas en salud mental con formación específica en psiquiatría de las adicciones, pero estos contenidos aún no están suficientemente desarrollados en los programas de residencia (Chambers, 2013). A pesar de trabajar con trastornos mentales graves, entre los profesionales de salud mental se han identificado actitudes estigmatizantes hacia aquellos pacientes con adicciones y patología dual (Richmond y Foster, 2003; Avery *et al.*, 2013). Precisamente, uno de los factores determinantes de estas actitudes estigmatizantes es la escasa formación previa durante el programa de residencia en estos contenidos, que puede revertirse con una adecuada incorporación en el curriculum docente (Avery *et al.*, 2015). El programa de formación de residentes adscrito a la Universidad de Boston es una experiencia destacable de planificación de estos contenidos durante la residencia (Renner, 2004; Renner, Quiñones y Wilson, 2005). Hay bastante acuerdo en que esta formación debe hacerse no sólo durante la residencia, sino también de manera estructural entre los profesionales activos en el contexto de las sesiones clínicas y la formación continuada (Chappel, 1993; Derricott, 1997; Maslin *et al.*, 2001).

Cualquier administración sanitaria pública que se plantee un proceso de reorganización de ser-

vicios para una mejor atención a las personas con patología dual, está obligada a abordar los **problemas éticos de la distribución de recursos en salud mental**. Siguiendo a Sabin y Daniels (2001), podemos hacer un análisis desde un “meso-nivel” y preguntarnos: ¿cómo habría que adjudicar los recursos asistenciales entre pacientes con adicciones y patología dual en relación a otros pacientes con trastorno mental? Los criterios éticos más aceptados consideran priorizar a la población con mayor discapacidad, sin olvidar sus tasas de prevalencia. Ya hemos referido que las tasas de prevalencia de los trastornos

adictivos y sus comorbilidades psiquiátricas son elevadas y que la discapacidad asociada a la patología dual es también muy limitante (Regier et al., 1990; Hasin, Nunes y Meydan, 2004). Por tanto, cuando menos, la asignación de los recursos asistenciales a esta población ha de tomar en consideración estos datos. Por otro lado, el diseño y la implantación de programas específicos para patología dual no debería resultar en una mayor estigmatización o vulnerar otros principios de la ética de la gestión clínica como la equidad en la atención, la accesibilidad o la efectividad (Green, 2001).

## 5 | Elementos para una propuesta en Andalucía

A partir del análisis que hacemos de nuestra realidad asistencial autonómica, de la revisión de las evidencias disponibles en la literatura internacional sobre la eficacia de los diferentes modelos de organización de servicios para el tratamiento integrado de la patología dual y de las diferentes experiencias internacionales de implantación, admitimos que existen diferentes alternativas organizativas y que éstas deben plantearse desde el consenso. No obstante, presentamos a continuación una propuesta concreta que sometemos a crítica.

El marco general en el que nos movemos viene delimitado por **un conjunto de premisas**:

- a) Apostamos por un modelo sanitario público, universal y gratuito que garantice la atención en condiciones de accesibilidad, de equidad, de calidad y de efectividad de la atención integrada y desde la comunidad a las personas con problemas de salud mental y de adicciones, orientado a la recuperación.
- b) Entendemos como algo absolutamente necesario una *clara voluntad política* hacia la integración político-administrativa y de programas de tratamiento para personas con adicciones y patología dual *dentro del marco de la salud mental*. Sin ella, seguiríamos situados en el mismo modelo de atención en paralelo con “apariencia de integración”.
- c) Dada esta condición, se requiere posteriormente de un órgano de gestión y de planificación dotado de capacidad *orgánica para la toma de decisiones, situado por encima de ambas redes asistenciales*. De no ser así, y dadas las resistencias ya mencionadas, cada red tendería al inmovilismo y a perpetuarse de modo homeostático, por lo que se *requiere de una dirección no bicéfala*.
- d) Comprendemos que, tras más de 30 años de separación de ambas redes, *el “reencuentro” será difícil, pero no imposible*. En nuestra comunidad autónoma hay experiencias previas de procesos de integración de servicios y centros sanitarios. Además de ello, las experiencias de otros países en procesos similares de integración de agencias de salud mental y de adicciones pueden ser inspiradoras con las necesarias adaptaciones a nuestro entorno sanitario.
- e) Para ello será necesario poner en marcha un *plan estratégico flexible y en etapas para la integración político-administrativa de agencias, como paso previo al establecimiento de programas de tratamiento integrado de la patología dual*. El paso final de este proceso deberá acabar en una *integración plena de la atención a las adicciones y la patología dual desde programas específicos dentro de las UGC de salud mental del SAS*.
- f) Esto implicará un *proceso gradual de desarrollo de competencias asistenciales* para el abordaje integrado de ambos trastornos. Para ello apostamos por una *clara estrategia de formación de todos los profesionales* en activo y, especialmente durante la etapa de la residencia MIR, PIR y EIR, desarrollada *de forma estructural y continuada desde las UGC de*

salud mental y no mediante cursos puntuales desde la EASP

- g) Será necesario realizar ajustes en los servicios y adaptar los programas asistenciales teniendo en cuenta los *principios éticos de distribución de recursos en salud mental*. En todo el proceso de integración deberá garantizarse la permanencia de los puestos de trabajo de los profesionales de adicciones hasta la integración plena y, una vez alcanzada ésta, no deberá producirse un menoscabo de los recursos en la atención a las adicciones y la patología dual a favor de los recursos de salud mental.
- h) *Deberán evitarse iniciativas que, bajo la apariencia de un abordaje específico, contribuyan a aumentar el estigma* que ya pesa sobre estas personas, en especial el procedente desde la misma red de salud mental. En concreto estamos hablando de evitar “guetos” asistenciales para personas con patología dual que limiten la accesibilidad y la equidad en la prestación de recursos, en comparación con las personas con trastorno mental sin abuso de sustancias.
- i) Aunque la atención a las personas con patología dual se preste con mayor especificidad desde determinados programas, toda la red de servicios relacionada con la salud mental debe estar implicada y concernida en su abordaje (comunidades terapéuticas de salud mental y de adicciones, tratamiento asertivo comunitario, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, recursos ocupacionales y residenciales de FAISEM y de adicciones, SOAE, movimiento asociativo, etc.).

Nuestra propuesta se vertebraría desde un **Plan Estratégico en cuatro fases**, cuya velocidad dependerá de la voluntad política y de las circunstancias administrativas. Estas serían:

1. Fase de evaluación y de elaboración de un mapa de servicios de salud mental y adicciones en Andalucía.
2. Fase de integración político-administrativa parcial y creación de una Empresa Pública única y centralizada (EP) para homogenizar la gestión de todos los recursos de adicciones.
3. Fase de integración funcional entre recursos de la EP y las UGC de salud mental, formación y desarrollo de programas.
4. Fase de integración orgánica de la EP dentro de las UGC de salud mental del SAS.

A continuación, pasamos a detallarlas:

## 5.1 | Primera fase

Antes de diseñar un plan estratégico de integración y tomar decisiones sobre la organización de los servicios, es necesario conocer el estado actual de la distribución de los recursos humanos y de las características y prestaciones asistenciales de los servicios de salud mental y de adicciones de Andalucía. Para ello se hace necesario realizar un **mapa de servicios de forma estandarizada**. Es necesario analizar y revisar si se verifican los principios de equidad y accesibilidad en la atención socio-sanitaria a estas personas usuarias. En el caso concreto de la red de atención a las adicciones existe una marcada heterogeneidad en la adscripción administrativa de estos dispositivos. Así, muchos Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones prestan sus servicios desde las Diputaciones Provinciales en convenio con el PASDA que, a su vez, establecen acuerdos y convenios con los ayuntamientos para el uso de locales y otros recursos patrimoniales. Por otro lado, existen servicios de adicciones de titularidad municipal y no son pocas las asociaciones y ONG que prestan atención profesional gracias

a convenios y subvenciones con diferentes administraciones. La composición y distribución de los perfiles de estos profesionales debe ser revisada antes de optimizar su redistribución. En muchos servicios, por ejemplo, llama la atención la ausencia o presencia testimonial de profesionales de enfermería.

## 5.2 | Segunda fase

Se propone un *proceso de integración político-administrativa parcial* de los diferentes recursos asistenciales de la red de drogodependencias y adicciones dependientes del actual PASDA dentro de una entidad pública única diferente del SAS, pero vinculada funcionalmente con él. Siguiendo la experiencia de gestión clínica de otros países, esta es una decisión necesaria para permitir posteriormente el desarrollo de programas de tratamiento verdaderamente integrados. En concreto, **proponemos la creación de una Empresa Pública** única y centralizada (en adelante, EP) con una estructura orgánica similar a la anterior Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES), recientemente integrada en el SAS. Así:

- a) Esta EP tendría como objetivo aglutinar bajo una misma entidad a todos los profesionales de la red de adicciones que actualmente dependen de las Diputaciones Provinciales y de los Ayuntamientos, así como los que trabajan en las comunidades terapéuticas públicas de adicciones. Por tanto, esto implicaría dejar de establecer convenios con las entidades provinciales y locales que ya no tienen competencias sanitarias.
- b) Las características administrativas de esta EP permitirían la contratación de estos profesionales con categorías profesionales diferentes a las del SAS y facilitaría, por tanto, un encaje funcional.
- c) Esta incorporación tendría en cuenta la distribución más adecuada de recursos humanos en función de las necesidades, tal como aconseje el mapa de servicios realizado previamente.
- d) Deberá garantizar la continuidad de los puestos de trabajo de los profesionales de adicciones hasta su jubilación o baja permanente, facilitando de este modo un traspaso generacional de su *expertise* a los nuevos profesionales de salud mental, que habrán adquirido durante su residencia una formación en adicciones y patología dual.
- e) Es decir, esta EP sería un instrumento de transición y tendría una duración limitada en el tiempo.
- f) Para permitir esto, al igual que en la EPES, los profesionales de salud mental que se incorporen a esta EP estarán incentivados con unas condiciones laborales similares a las del SAS (retribución, antigüedad en Bolsa, etc.).
- g) Deberán conservarse los recursos humanos con dedicación a estos programas sin ser “absorbidos” para tareas asistenciales diferentes.
- h) Este nuevo marco organizativo permitirá una mayor homogenización de los programas de tratamiento a nivel autonómico, mayor cohesión y facilitará la coordinación con el SAS (ver *infra*).
- i) Se propone también una nueva demarcación territorial de estos nuevos centros, que dejaría de tener carácter provincial para pasar a una organización coincidente geográficamente con las UGC de Salud Mental. Es decir, tendrían una cierta autonomía administrativa como EP

pero estarían vinculados funcionalmente a cada UGC de Salud Mental.

- j) Es esencial que se mantengan los recursos inmuebles en los que proveen los servicios de adicciones, de forma que esta EP establecería convenios para su uso con los ayuntamientos o entidades con los que se tenían compromisos previos.

### 5.3 | Tercera fase

Una vez alcanzada esta integración político-administrativa parcial mediante la EP, pasaríamos a una siguiente fase en la que se establecería una **integración funcional**. Para ello, proponemos adaptar a nuestro entorno cuatro estrategias organizativas basadas en la evidencia y anteriormente descritas (ver *supra*):

- a) Una estrategia general dirigida a incrementar de forma progresiva y flexible las competencias asistenciales en el abordaje integrado de la patología dual, tanto en los servicios de adicciones de la nueva EP, como en los dispositivos de salud mental, siguiendo el modelo propuesto por McGovern (Assefa et al., 2019).
- b) Diseñar programas de tratamiento integrado adaptando a esta fase las líneas estratégicas del programa de Mueser y cols. (2003) como objetivo de referencia.
- c) Todos los niveles asistenciales de salud mental y adicciones deben sentirse concernidos por el abordaje de esta comorbilidad, variando el nivel de implicación según la especificidad de sus programas. Proponemos una adaptación del modelo de los 4 cuadrantes de Ries con las actualizaciones propuestas por los diferentes autores e instituciones gubernamentales anteriormente descritas.

Debería disponerse de un único sistema de información e historia clínica: DIRAYA.

Siguiendo las propuestas de Marck P. McGovern y cols. (Assefa et al., 2019), *los servicios de adicciones y los de salud mental podrían incrementar y mejorar su capacitación en el abordaje integrado de la patología dual a través de cambios organizativos en diferentes dimensiones y la adquisición de competencias profesionales mediante formación y supervisión*. Se trata, por tanto, de una propuesta de “grados” de abordaje integrado, más que de la posición categorial de un programa “integrado” o “no integrado”. Dicho de otro modo, *en esta tercera fase de la integración en Andalucía, se realizarían cambios organizativos en la gestión clínica de los servicios para avanzar gradualmente desde un modelo en paralelo a un modelo integrado*. Las dimensiones organizativas que definen las competencias asistenciales serían: estructura del programa, orientación y objetivos, procedimientos evaluativos, componentes del tratamiento, continuidad de cuidados, perfil de los profesionales y formación. Para ello proponemos realizar una adaptación a nuestro entorno asistencial de los instrumentos *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index* y *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) Index*. En consecuencia, cada dispositivo podría clasificarse y acreditarse en función de diferentes *niveles de capacitación*: “básico”, “intermedio”, “avanzado” o “integración plena” y, sobre todo, permitiría identificar qué dimensiones poseen áreas de mejora. Entendemos que, tras la segunda fase, nos podríamos situar en un *nivel intermedio* para la mayoría de los dispositivos y trabajar para alcanzar el *nivel avanzado*.

En un *programa de nivel intermedio* los profesionales de los centros de adicciones atienden principalmente a los trastornos adictivos sin comorbilidad psiquiátrica, pero realizan *screening* de trastornos mentales y abordan parte de este

problema de salud (por ejemplo trabajar la prevención de recaídas teniendo en cuenta los estados emocionales negativos en un paciente depresivo como factor de riesgo). En esta misma línea, las unidades de salud mental, además de tratar aquellos cuadros sin abuso de sustancias, realizan *screening* sobre los trastornos por consumo y abordan algunos aspectos de esta comorbilidad (por ejemplo, en el caso de un paciente psicótico con abuso de cannabis y alcohol tratado en un centro de salud mental, una enfermera puede trabajar la motivación para la reducción del consumo con derivación posterior al centro de adicciones).

Tras una primera etapa desarrollando estos programas de nivel intermedio y, tras una decidida estrategia de formación, **proponemos en esta fase un programa de nivel avanzado**. Esto implica que tanto los centros de adicciones como los de salud mental pondrían en marcha programas de tratamiento integrado pero dirigidos a distintos tipos de pacientes. Así, mientras que los centros de adicciones tratarían de forma integrada la patología dual leve o leve-moderada (sobre todo trastornos de ansiedad, depresión y somatización), las unidades de salud mental tratarían de forma integrada la patología dual grave (sobre todo los trastornos mentales graves) (ver *infra*).

Estas estrategias organizativas van a requerir la incorporación de conocimientos, competencias y recursos de un tipo de servicio dentro del otro y precisan: a) el paso previo de la integración político-administrativa de agencias que hemos propuesto y b) un ambicioso plan de formación. Para que este plan formativo sea eficaz, debe operar a distintos niveles simultáneamente:

### 1) Formación de los residentes MIR, PIR y EIR

- Esta es una línea estratégica fundamental, ya que el escenario futuro de una integración plena dependerá de una generación de profe-

sionales que se forme en adicciones y patología dual, asumiendo esta realidad clínica con normalidad, como un trastorno mental más.

- Se propone un plan formativo específico durante toda la residencia. Hay experiencias acreditadas en este sentido como las del hospital de Boston que pueden tomarse como referencia (Renner, 2004).
- Se propone ampliar el período de rotación por los centros de adicciones y/o promover la rotación externa de los residentes por otros dispositivos de patología dual fuera de Andalucía. La reciente publicación (BOE, orden PCM/205/2023 del 2 de marzo) de los programas de formación de las especialidades de Psiquiatría y de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia de 5 años de duración, sería una excelente oportunidad para incluir en el currículum formativo conocimientos y competencias en adicciones y patología dual.

### 2) Formación continuada y sesiones clínicas

- Se propone incorporar a las actividades habituales de formación continuada y sesiones clínicas que organizan las UGC de salud mental contenidos específicos sobre adicciones y patología dual.
- Se propone la incorporación de las/os profesionales de los dispositivos de adicciones a todas las sesiones clínicas de la UGC de salud mental. Esta es otra línea estratégica, ya que este espacio común contribuiría a cohesionar a las/os profesionales de ambos dispositivos y a crear una misma “filosofía de intervención”. Esta formación continuada transversal vendría facilitada por la ubicación de ambos tipos de servicios en la misma demarcación territorial con una gestión funcional integrada.

### 3) **Formación centralizada interprovincial en intervenciones específicas en patología dual**

- Desde el Programa de Salud Mental y Adicciones deben establecerse prioridades formativas, en función de los programas de tratamiento que se deseen promover.
- Debe tenerse en cuenta la formación continuada de las/os profesionales de las Comunidades Terapéuticas de drogodependencias (adaptadas y no adaptadas).
- Es necesario la formación dirigida a las/os profesionales de los recursos residenciales de FAISEM.
- Deben contemplarse equipos o unidades con mayor recorrido en el proceso de integración y mayor experiencia clínica que tengan un papel de supervisión y de formación sobre otros equipos en fases más iniciales de formación.
- En nuestra opinión, *la formación desde la EASP debe ser complementaria y nunca sustitutoria de la formación continuada que, como decimos, debe hacerse de forma estructural desde la actividad formativa propia de las UGC de salud mental.*

***En el ámbito organizativo y de gestión clínica, proponemos una adaptación del modelo de los cuatro cuadrantes de R. Ries, avanzando en el desarrollo de las competencias asistenciales para el abordaje de la patología dual en cada cuadrante hasta un “nivel avanzado”.*** En concreto, *proponemos que el eje de organización sea la función del servicio para atender a cada tipología, de modo similar a algunas de las experiencias de implantación ya referidas. Insistimos en recordar que la condición necesaria para esta propuesta es que los centros de adicciones estén gestionados por una Empresa Pública e integrados funcionalmente con las UGC*

*de salud mental de su zona.* Así, la actividad asistencial se organizaría en tres niveles: atención primaria, centros de adicciones y unidades de salud mental.

#### **1. Centros de Atención Primaria**

- La atención primaria es la puerta de entrada al SSPA y tanto los/as profesionales de medicina familiar y comunitaria como las enfermeras especialistas en atención primaria deben tener competencias en este ámbito si queremos una atención normalizada y libre de estigma.
- En los centros de atención primaria se seguirían atendiendo los casos de la tipología D de Ries (*“Trastorno adictivo no complicado junto a trastorno mental leve”*).
- Debe reforzarse el espacio de consultoría entre atención primaria y salud mental, incorporando a los profesionales de las unidades de trastornos adictivos.
- Debe proporcionarse un algoritmo que mejore la definición y la operativización diagnóstica y terapéutica de los casos de esta Categoría para que sea asumible por Atención Primaria, así como los casos que han de ser derivados a las unidades de trastornos adictivos y los derivables a las unidades de salud mental comunitaria.
- Debe asumirse el papel que la OMS otorga a los centros de atención primaria de salud en la intervención sobre los problemas derivados del consumo de alcohol menos graves, como la detección precoz y la intervención motivacional breve (estrategia BRENDA).
- Debe potenciarse el papel de la Atención Primaria en la atención a los problemas orgáni-

cos derivados del consumo de sustancias, en coordinación con las UGC de Medicina Interna – Enfermedades Infecciosas.

- Potenciar el papel de las/os profesionales de enfermería de atención primaria a tres niveles:

1) Dotar de mayor implicación a las/os profesionales adscritos a los puntos de dispensación de metadona para asumir cometidos de cuidados de enfermería en estrecha colaboración con las unidades de trastornos adictivos. Favorecer la lucha contra el estigma vinculado al proceso de dispensación de metadona.

2) Incorporar intervenciones específicas de la Categoría C a las citas programadas y dispensarizadas de enfermería, en el contexto de la Estrategia de Cuidados de Andalucía (PiCUIDA).

3) Potenciar el papel de la enfermería en intervenciones grupales para la deshabituación tabáquica según las recomendaciones del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA).

- Fomentar la coordinación de las/os profesionales de trabajo social de los centros de Atención Primaria con las/os homólogos en las unidades de trastornos adictivos y de salud mental.

## 2. Centros de adicciones (unidades de trastornos adictivos de las UGC de salud mental)

- Se seguirían atendiendo, pero *de modo integrado (programa avanzado)* a la tipología A de Ries (“Trastorno adictivo de difícil manejo con trastorno mental leve”).

- Deberán atenderse de modo integrado y autónomo en la medida de lo posible, aquellos casos de trastorno adictivo y un trastorno mental asociado del ámbito de la ansiedad, depresión y somatización, así como aquellos casos de trastornos de la personalidad que sean asumibles. La interconsulta con la unidad de salud mental para casos complejos debe mantenerse.

- Deben incrementarse los niveles de capacitación y competencia en el diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad psicopatológica asociada al consumo de sustancias. Además de la formación específica y, según las características de cada unidad, debe contemplarse la contratación de profesionales de salud mental por la propia Empresa Pública o bien la posibilidad de una incorporación a tiempo parcial (p.e. dos días semanales) de profesionales de salud mental contratados por el SAS. Como hemos comentado, *la EP nacería con vocación de desaparecer para integrarse en el SAS cuando los profesionales de adicciones sean sustituidos poco a poco por los de salud mental tras las jubilaciones o bajas definitivas de los primeros*. Es evidente que estos procesos serán distintos y a diferentes velocidades en cada área de gestión sanitaria, por lo que se contempla la posibilidad de procesos de integración a diferentes niveles.

- Debe incorporarse a estas unidades los programas de *Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)*. Estas intervenciones se han mostrado eficaces en pacientes drogodependientes, mejorando las tasas de adherencia, efectividad y satisfacción percibida.

- Incorporar intervenciones psicoterapéuticas grupales para pacientes con comorbilidad entre trastornos adictivos y trastornos de ansiedad (GRAFA), depresión y grupos terapéuticos

para pacientes con trastornos límite de personalidad y abuso de sustancias (STEEPS).

- Debe protocolizarse la detección y el seguimiento de pacientes con trastornos psicóticos inducidos por sustancias, con derivación a las USMC en caso de positividad para su incorporación al Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP).
- En relación a las Comunidades Terapéuticas de drogodependencias:
  - Valorar la posibilidad de transformar alguna de ellas en *Comunidades Terapéuticas Adaptadas para pacientes con patología dual* (ver Anexo 1).
  - Las unidades de trastornos adictivos podrían derivar pacientes tanto a las Comunidades Terapéuticas Adaptadas como a las específicas de drogodependencias. Las USMC podrían derivar a las CT adaptadas.
- Allí donde sea posible, *sería deseable transformar las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) en Unidades de Hospitalización de Patología Dual* dependientes de salud mental, lo que contribuiría a mejorar la atención a casos de adicciones con consumos agudos y compulsivos en riesgo de descompensación psicopatológica. En la actualidad hay casos limítrofes que quedan fuera del sistema, ya que no reúnen criterios de ingreso en Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

### 3. Unidades de salud mental

- Estos dispositivos *tratarían de forma integrada* tanto a los pacientes duales de la tipología B (*“Trastorno mental de alto nivel de complejidad (TMG) junto a trastorno adictivo no complicado”*), como a los de tipología C de

Ries (*“Trastorno mental de alto nivel de complejidad (TMG) junto a trastorno adictivo de difícil manejo clínico”*).

- *Esta es otra decisión estratégica* y viene avalada por las evidencias y las experiencias de integración en otros países que ya hemos referido (ver *supra*). Todos estos autores coinciden en afirmar que el tratamiento integrado de los pacientes con trastorno mental grave y abuso de sustancias es una prioridad efectiva y coste-efectiva, por lo que debe considerarse desde el primer momento.
- El manejo de los pacientes con trastorno mental grave debe hacerse desde las unidades de salud mental, para lo que se requiere la formación adecuada, un equipo multidisciplinar y los recursos de recuperación necesarios. Asumiendo esto, se hace necesario incrementar en estos dispositivos los niveles de capacitación y competencia en el diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad psicopatológica asociada al consumo de sustancias. Para ello, además de la estrategia de formación anteriormente referida, debe contemplarse la incentivación de estas unidades mediante la incorporación de profesionales especialistas en salud mental con un itinerario formativo previo en adicciones y patología dual. A nivel pragmático, por ejemplo, estos profesionales podrían dedicar una parte de su jornada semanal a atender en los centros de adicciones a los pacientes con mayor gravedad de los de tipología A.
- Dentro de las Unidades de Salud Mental, el abordaje de los pacientes de la tipología B y C puede organizarse en el contexto de programa TMG de la USMC, como un subprograma del mismo (***Programa para la atención al trastorno mental grave y abuso de sustancias: TMG dual***). En nuestra opinión, el programa

de intervención del grupo de Kim T. Mueser y cols. (2003) constituye una de las mejores referencias para desarrollar este programa.

- Entendemos que este programa debe estar en íntima coordinación con el Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) y el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC).
- Es fundamental tener presentes los aspectos éticos en la asistencia y en la distribución de recursos dirigidos a estos pacientes. Los pacientes “TMG duales” deben ser tratados con equidad y accesibilidad respecto de los no adictos. Debe combatirse el doble estigma que supone esta condición y evitar la actitud de no inclusión de estos pacientes en grupos terapéuticos, en recursos residenciales o de incorporación socio-laboral.
- Los profesionales de este programa deberán promover cambios de actitudes dentro de la USMC orientados a evitar el estigma sobre estos pacientes y a corregir creencias y conocimientos sesgados sobre la atención a los pacientes con patología dual.
- Flexibilizar los criterios de inclusión de los diferentes grupos psicoterapéuticos para admitir a los pacientes que presentan trastornos adictivos, especialmente para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. El Plan Terapéutico Individual (PIT) deberá plasmar el itinerario asistencial del paciente TMG dual, detallando las necesidades a cubrir.

## 5.4 | Cuarta fase

La cuarta y última fase comenzaría cuando la mayoría de profesionales contratados por la EP sean especialistas en salud mental con formación en adicciones, tras un proceso de duración variable de sustitución natural (p.e. jubilación o bajas definitivas) de los profesionales de adicciones. En estas condiciones, **en esta última fase se propone la integración orgánica de esta EP dentro de las UGC de SM del SAS.** Estos centros se conformarían como **Unidades de Adicciones y Patología Dual (UAPD)** dentro del organigrama de la UGC, como un “tercer nivel” de modo similar al que ocupa en la actualidad las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. No obstante, debido a que procederían de dispositivos de adicciones, ahora reformulados dentro de la red de salud mental, podría conservarse una UAPD por cada USMC. No obstante, insistimos en dos aspectos: a) *todos* los profesionales y dispositivos de salud mental (no solo las UAPD) deben sentirse concernidos en mayor o menor medida hacia el abordaje de la adicción y la patología dual; y b) desde un compromiso ético, deben evitarse actitudes estigmatizantes que ocasionen una discriminación asistencial de estas personas en términos de equidad, accesibilidad y calidad asistencial.

## 6 | Resumen

1. Los datos epidemiológicos disponibles en Andalucía sobre la prevalencia de comorbilidad entre trastornos mentales y adicción a sustancias (“patología dual”) indican que ésta es elevada y similar a la observada en la literatura internacional. La comorbilidad es más la norma que la excepción y estos pacientes tienen peor pronóstico y mayores tasas de suicidio.
2. Desde hace más de 30 años, en la CCAA andaluza, la atención socio-sanitaria a las personas que presentan trastornos por consumo de sustancias y la atención a las que presentan trastornos mentales se ha venido prestando desde redes asistenciales públicas separadas y dependientes de distintas Consejerías de la Junta de Andalucía, siguiendo un *modelo en paralelo*.
3. En la actualidad hay un cúmulo de evidencias sobre la ineficacia de los *modelos de tratamiento parcial* (secuencial y en paralelo), ya que no son capaces de cubrir las complejas y diversas necesidades socio-sanitarias de estos pacientes.
4. Por el contrario, los *modelos de tratamiento integrado* se configuran como el abordaje más adecuado para estas personas por contar con mayor evidencia de efectividad y eficiencia.
5. La literatura al respecto señala que hay varios tipos de modelos integrados y que cada país o región debe adoptar el que mejor se ajuste a las características del sistema sanitario en el que se desea implantar.
6. Debe distinguirse entre *integración político-administrativa de sistemas o agencias* (orientada a los servicios de salud mental y de adicciones) y *programas de tratamiento integrado* (orientados a los pacientes). La *integración de sistemas y agencias* es un medio para un fin (el tratamiento integrado del paciente con patología dual), es decir, es una condición necesaria pero no suficiente.
7. Diferentes países han publicado sus experiencias de integración de servicios y de programas (Canadá, EEUU, Reino Unido, Australia, etc). Todos coinciden en la necesidad de una voluntad política clara y decidida, un fuerte liderazgo de gestión clínica y en la provisión de servicios, el desarrollo de planes estratégicos a medio plazo con objetivos calendarizados, una fuerte inversión formativa y lucha contra el estigma como medio de capacitación asistencial gradual y progresiva en el abordaje de la patología dual, un sistema de incentivación de los servicios con recursos humanos, una gestión clínica flexible y una clara orientación a la recuperación del paciente desde principios éticos.
8. Considerando todo ello, proponemos en Andalucía un proceso de integración progresiva en cuatro fases, dadas las características de los servicios y el diferente perfil de sus profesionales.
  - En una primera fase y, antes de diseñar un plan estratégico de integración y tomar decisiones sobre la organización de los dispositivos, es necesario conocer el

estado actual de la distribución de los recursos humanos y de las características y prestaciones asistenciales de los servicios de salud mental y de adicciones de Andalucía. Para ello se hace necesario realizar un **mapa de servicios de forma estandarizada**.

- En la *segunda fase* entendemos que debe iniciarse activamente una **integración político-administrativa de agencias** como paso previo al desarrollo de *programas y/o dispositivos de tratamiento integrado*. Para ello, proponemos la creación *temporal* de una agencia tipo “Empresa Pública” que aglutine a los profesionales de la red de adicciones (centros ambulatorios y comunidades terapéuticas), procedentes de la Diputaciones Provinciales y otras entidades locales. Debe tener lugar una redistribución de recursos humanos en función de los datos procedentes del mapa de servicios. Estos centros deben tener una demarcación territorial no provincial, sino coincidente con las Áreas de Gestión Sanitarias del SAS con quien constituirían una *unidad funcional*.
- En una *tercera fase* proponemos una **integración funcional** entre los recursos entre los recursos de adicciones de la EP y las UGC de salud mental correspondientes por Áreas de Gestión Sanitaria. Se apuesta por un modelo de formación intensivo y continuado desarrollado de manera estructural desde cada Área de Gestión Sanitaria, al tiempo que se proponen intervenciones formativas y de supervisión centralizadas. En el ámbito organizativo y de gestión clínica proponemos una adaptación del modelo de los cuatro cuadrantes de R. Ries, avanzando en el desarrollo de las competencias asistenciales de

manera gradual para el abordaje de la patología dual en cada cuadrante hasta un “nivel avanzado”. Se propone el desarrollo de programas de tratamiento integrado tanto en los servicios de adicciones como en los de salud mental, sin olvidar la atención primaria de salud, de modo que los centros de adicciones puedan abordar también la patología dual tipo ansiedad-depresión y algunas unidades de salud mental puedan implantar programas de tratamiento integrado de pacientes con trastorno mental grave y adicciones. El refuerzo de los centros de adicciones mediante la contratación o la asistencia compartida de profesionales de salud mental debería incentivarse y viceversa. Las condiciones laborales de esta empresa pública de adicciones deberían incentivar la incorporación progresiva de los profesionales de salud mental con formación en adicciones. Las actuales Unidades de Desintoxicación Hospitalaria deberían reformularse como Unidades de Patología Dual. Debe trabajarse en la adaptación de las comunidades terapéuticas de adicciones para pacientes con patología dual.

- En una *última fase*, a más largo plazo, debería contemplarse un “relevo generacional” de los profesionales de adicciones y la plena incorporación de esta empresa pública, junto a sus recursos humanos, dentro del Servicio Andaluz de Salud. Estos programas pasarían a constituirse como “Unidades de Adicciones y Patología Dual” (UAPD) dentro de la Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, con un esquema organizativo similar al que actualmente tienen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. Todos los dispositivos de una UGC de Salud Mental tendrían algún tipo de implicación asisten-

cial en el abordaje de la patología dual, si bien las Unidades específicas asumirían los casos de mayor complejidad. En todo este proceso, la distribución de recursos entre unos dispositivos y otros debe seguir unos rigurosos principios éticos que garanticen la equidad asistencial.

## 7 | Bibliografía

- Adams MW. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15, 101–108.
- Addictions Ontario, Canadian Mental Health Association Ontario, Centre for Addictions and Mental Health, Ontario Association of Patient Councils, Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions Programs, & Ontario Peer Development Initiative. (2010). Addressing Integration of Mental Health and Addictions: Discussion Paper Submitted to the Select Committee on Mental Health and Addictions.
- Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1600–1602.
- Amaddeo F, Tansella M. (2011). New perspectives of mental health service research. Nuove prospettive della ricerca sui servizi per la salute mentale. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 3–6.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders* (2nd ed.).
- Araos P, Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Pedraz M, García-Marchena N, Romero-Sanchiz P, Ruiz JJ, Campos-Cloute R, Serrano A, Pavón FJ, Torrens M, Rodríguez De Fonseca F. (2017). Differences in the Rates of Drug Polyconsumption and Psychiatric Comorbidity among Patients with Cocaine Use Disorders According to the Mental Health Service. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49, 306–315.
- Assefa MT, Ford JH, Osborne E, McLlrvine A, King A, Campbell K, Jo B, McGovern MP (2019). Implementing integrated services in routine behavioral health care: primary outcomes from a cluster randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19, 749: 1–13.
- Avery J, Han BH, Zerbo E, Wu G, Mauer E, Avery J, Ross S, Penzner JB. (2017). Changes in psychiatry residents' attitudes towards individuals with substance use disorders over the course of residency training. *The American Journal on Addictions*, 26, 75–79.
- Avery J, Dixon L, Adler D, et al. (2013). Psychiatrists' attitudes toward individuals with substance use disorders and serious mental illness. *Journal of Dual Diagnosis*, 9, 322–326.
- Avery J, Knoepflmacher D, Mauer E, Kast KA, Greiner M, Avery J, Penzner JB. (2019). Improvement in residents' attitudes toward individuals with substance use disorders following an online training module on stigma. *HSS Journal*, 15, 31–36.
- Avery J, Zerbo E. (2015). Improving psychiatry residents' attitudes toward individuals diagnosed with substance use disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 23, 296–300.
- Baker F. (1991). Coordination of alcohol, drug and mental health services. Technical Assistance Publication Series Number 4. Center for Substance

- Abuse Treatment. U.S. Department of Health and Human Services.
- Barbui C, Cipriani A. (2011). What are evidence-based treatment recommendations? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 29–31.
- Bond GR, Drake RE. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14, 240–242.
- Brewer S, Godley M, Hulvershorn L. (2017). Treating mental health and substance use disorders in adolescents: What is on the menu? *Current Psychiatry Reports*, 19, 5.
- Brousselle A, Lamothe L, Sylvain C, Foro A, Perreault M. (2010). Integrating services for patients with mental health and substance use disorders: what matters? *Health Care Manager Review*, 35, 212–223.
- Brownson RC, Shelton RC, Geng EH, Glasgow RE. (2022). Revisiting concepts of evidence in implementation science. *Implementation Science*, 17, 26.
- Burnam MA, Watkins KE (2006). Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care. *Health Affairs*, 25, 648–658.
- Canadian Centre on Substance abuse. (2009). Substance abuse in Canada: concurrent disorders. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Canadian Centre on Substance abuse. (2013). Systems Approach Workbook: Integrating Substance Use and Mental Health Systems. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Canaway R, Merkes M. (2010). Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frame works. *Australian Health Review*, 34, 262–268.
- Caton CL, Shrout PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A, Dominguez B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *American Journal of Public Health*, 84, 265–270.
- Center for Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol Series. (2005). Assessment and Treatment of Co-occurring Psychiatric and Substance Disorders (updated).
- Chambers RA. (2013). The Addiction Psychiatrist as Dual Diagnosis Physician: A Profession in Great Need and Greatly Needed. *Journal of Dual Diagnosis*, 9, 260–266.
- Chappel JN. (1993). Training of residents and medical students in the diagnosis and treatment of dual diagnosis patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 293–300.
- Chappel JN, Veach TJ (1987). Effect of a course on students' attitudes toward substance abuse and its treatment. *Journal of Medical Education*, 62, 394–400.
- Cole M, Sacks T. (2008). When dual diagnosis means no diagnosis: co-occurring mental illness and problematic drug use in clients of alcohol and drug services in eastern metropolitan Melbourne. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*, 1, 33–43.
- Compton WM, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 890–895.
- Consejería de Asuntos Sociales (2002). *Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de*

- Drogodependencias*. Consejería de Asuntos Sociales y Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud y Familias (2020). *Mejora en la atención sociosanitaria a la Salud Mental en Andalucía*. Dirección General de Cuidados Sociosanitarios. Junta de Andalucía.
- Croton G. (2004) Co-occurring mental health and substance use disorders: an investigation of service system modifications and initiatives designed to provide an integrated treatment response. Victorian Travelling Fellowship. Eastern Hume Dual Diagnosis Service.
- Curie CG, Minkoff K, Hutchings GP, Cline CA. (2005). Strategic implementation of systems changes for individuals with mental health and substance use disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 1, 75–96.
- Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins K, Keys J, et al. (2003). Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Annals of Emergency Medicine*, 41, 659–667.
- Darke S, Campbell G, Pople, G. (2012). Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and Alcohol Review*, 31, 64–71.
- De Leon G. (1996). Comunidades terapéuticas adaptadas a los pacientes con diagnóstico dual. En; Solomon J, Zimberg S y Shollar E (Eds.). *Diagnóstico Dual*. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- De Leon G. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: Treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 461–480.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2001). Presentación del Informe Anual del Defensor del Pueblo Andaluz de 2001 ante la Comisión de Gobierno Interior y Derechos Humanos.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2006). Informe del Defensor del Pueblo Andaluz sobre la gestión realizada durante 2005.
- De Witte NA, Crunelle CL, Sabbe B, Moggi F, Dom G. (2014). Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: A review. *European Addiction Research*, 20, 105–114.
- Derricott, J. & McKeown, M. (1997). Dual diagnosis: Future directions in training. *Psychiatric Care*, 3, 34–37.
- Drake RE, Bond GR, Goldman HH, Hogan MF, Karakus M. (2016). Individual placement and support services boost employment for people with serious mental illnesses, but funding is lacking. *Health Affairs*, 35, 1098–1105.
- Drake RE, Brunette M, Lynde R et al. (2004). Co-Occurring Disorders: Integrated Dual Disorders Treatment Implementation Resource Kit. SAMHSA, Rockville, MD. 2004.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clarck RE, Rickards L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469–476.
- Drake RE, Luciano AE, Mueser KT, Covell NH, Essock SM, Xie H, McHugo GJ. (2016). Longitudinal course of clients with co-occurring schizophrenia-spectrum and substance use disorders in urban mental health centers: A 7-year prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 202–211.
- Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe

- re mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123–38.
- Dual Diagnosis Good Practice Guide. Department of Health, 2002.
- Fantuzzi C, Mezzina R. (2020). Dual diagnosis: a systematic review of the organization of community health services. *International Journal of Social Psychiatry*, 66, 300–310.
- Farrell M, Marshall EJ. (2007). Organization and delivery of treatment services for dual diagnosis. *Psychiatry*, 6, 34–6.
- Fernández-Calderón D, Fernández F, Ruiz-Curado S, Verdejo-García A, Lozano OM. (2015). Profiles of substance use disorders in patients of therapeutic communities: link to social, medical and psychiatric characteristics. *Drug & Alcohol Dependence*, 149, 31–39.
- Fonseca F, Gilchrist G, Torrens M. (2012). Integrating addiction and mental health networks to improve access to treatment for people with alcohol and drug-related problems: a qualitative study. *Advances in Dual Diagnosis*, 5, 5–14.
- French M, Sacks S, De Leon G, Staines G, McKendrick K. (1999). Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and cost. *Evaluation & the Health Professions*, 22, 60–85.
- Gotham H, Brown J, Comaty J, McGovern M, Claus R. (2013). Assessing the co-occurring capability of mental health treatment programs: The Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDC-MHT) index. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40, 234–241.
- Gotham H, Claus R, Selig K, Homer AL. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 160–169.
- González-Saiz F (1997). Patología dual: entre la integración y la complementariedad (1997). *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 24, 9–13.
- González-Saiz F, Lozano Rojas O, Martín Esteban J, Bilbao Acedos I, Ballesta Gómez R, Gutiérrez Ortega 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, 81–87.
- González-Saiz F, Ruz Franzi, Salvador-Carulla, L. (1998). Estudio de detección de probables casos psiquiátricos en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento ambulatorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 23, 161–168.
- González-Saiz, F, Vergara-Moragues E, Verdejo García A, Fernández Calderón F, Lozano OM. (2014). Impact of psychiatric comorbidity on the in-treatment outcomes of cocaine-dependent patients in therapeutic communities. *Substance Abuse* 35, 133–140.
- Green SA. (2001). La ética en la gestión asistencial de la salud mental. En, Sidney A. Green, Paul Chodoff, Stephen A. Green (eds.) *La ética en psiquiatría*. (p.377–396). Editorial Triacastela. Madrid.
- Green AI, Canuso CM, Brenner MJ, Wojcik JD. (2003). Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 115–139.
- Hasin D, Nunes E, Meydan J. (2004). Comorbidity of alcohol, drug and psychiatric disorders: epidemiology. En, Kranzler HR y Tinsley IA (eds.). *Dual diagnosis and psychiatric treatment: Substance abuse and comorbid disorders*, 2nd ed. (pp. 1–31). New York: Marcel Dekker.

- Holt M, Treloar C, McMillan K, Schultz L, Schulz M, Bath N. (2007). Barriers and Incentives to Treatment for Illicit Drug Users with Mental Health Comorbidities and Complex Vulnerabilities. Monograph Series No 61. Canberra: Australian Government.
- Howard MO, Chung SS. (2000). Nurse's attitudes toward substance misusers I. Surveys. *Substance Use and Misuse*, 35, 347–365.
- Hughes L. (2006) Closing the gap. A capability framework for working effectively with people with combined mental health and substance abuse problems (dual diagnosis). University of Lincoln. Department of Health, UK.
- Hunt GE, Bergen J, Bashir M. (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia Research*, 54, 253–64.
- Instituto Andaluz de Salud Mental (1986). *Bases para la reforma psiquiátrica en Andalucía*. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.
- Kavanagh DJ, Greenaway L, Jenner L, Saunders JB, White A, Sorban J, et al. (2000). Contrasting views and experiences of health professionals on the management of comorbid substance misuse and mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 279–89.
- Kelly TM, Daley DC. (2013). Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Social Work in Public Health*, 28, 388–406.
- Knudsen HC, Thornicroft G. (1996). *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge University Press.
- Lee N, Cameron J. (2009). Differences in self and independent ratings on an organizational dual diagnosis capacity measure. *Drug and Alcohol Review*, 28, 682–684.
- Lesage A, Séguin M, Guy A, Daigle F, Bayle M-N, Chawky N, Tremblay N, Turecki G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 671–678.
- López Álvarez M (1998). *La reforma psiquiátrica en Andalucía: 1984-1990*. Serie Monográfica Salud Mental. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- Luque Fuentes E. (2011). *Patología dual grave en una comunidad terapéutica profesional dotada de unidad psiquiátrica*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Luque Martín MJ. (2022). Eficacia y efectividad del Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) en el abordaje de pacientes con trastorno por uso de sustancias: una revisión sistemática. Trabajo de Fin de Máster. Máster en Drogodependencias. Universitat de Barcelona.
- Madden JS. (1995) Substance use disorders. En; Berrios G y Porter R (Eds.) *A history of clinical psychiatry. The origin & history of clinical psychiatry* (p. 657–667). The Athlone Press, London.
- Magor-Blatch L, Bhullar N, Thomson B, Thorsteinsson E. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities*, 35, 168–184.
- Mancheño Barba JJ. (2020). *Evaluación de resultados e impacto clínico de los modelos de intervención en pacientes con patología dual*. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva.

- Mangrum, LF, Spence RT, López M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 79–84.
- Manuel JI, Covell NH, Jackson CT, Essock SM. (2011). Does assertive community treatment increase medication adherence for people with co-occurring psychotic and substance use disorders? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17, 51–56.
- Maslin J, Graham HL, Cawley M, Copello A, Birchwood M, Georgiou G, McGovern D, Mueser K, Orford J. (2001). Combined severe mental health and substance use problems: what are the training and support needs of staff working with this client group? *Journal of Mental Health*, 10, 131–140.
- Matthews H, Kelly PJ, Deane FP. (2010). The dual diagnosis capability of residential addiction treatment centers: Priorities and confidence to improve capability following a review process. *Drug and Alcohol Review*, 30, 195–199.
- Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman MJ, Gastfriend DR, Miller MM. (Eds.). (2013). *The ASAM criteria: Treatment for addictive, substance-related, and co-occurring conditions* (3rd ed.). Carson City, NV: The Change Companies.
- Merkes M, Lewis V, Canaway R. (2010). Supporting good practice in the provision of services to people with comorbid mental health and alcohol and other drug problems in Australia: describing key elements of good service models. *BMC Health Services Research*, 10, 325–334.
- McDonnell MG, Kerbrat AH, Comtois KA, Russo J, Lowe JM, Ries RK (2012). Validation of the co-occurring disorder quadrant model. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44, 266–273.
- McGovern MP, Clark RE, Samnaliev M (2007). Co-occurring psychiatric and substance use disorders: A multistate feasibility study of the quadrant model. *Psychiatric Services*, 58, 949–954.
- McGovern MP, Lambert-Harris C, Xie H, Meier A, McLeman B, Saunders E. (2015). A randomized controlled trial of treatments for co-occurring substance use disorders and post-traumatic stress disorder. *Addiction*, 110, 1194–1204.
- McGovern MP, Matzkin AL, Giard J. (2007). Assessing the dual diagnosis capability of addiction treatment services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) index. *Journal of Dual Diagnosis*, 3, 111–123.
- McKee SA, Harris GT, Cormier CA. (2013). Implementing residential integrated treatment for co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 9, 249–259.
- McLellan AT, Durell J. (1996). Outcome evaluation in psychiatric and substance abuse treatment: concepts, rationale and methods. En; Lloyd I. Sederer y Barbara Dickey (eds.) *Outcomes assessment in clinical practice* (p.34–44). Baltimore, Williams & Wilkins.
- Minkoff K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1031–1036.
- Minkoff K, Cline CA. (2004). Changing the word: the design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 727–743.
- Minkoff K, Covell N. (2022). Recommendations for integrated systems and services for people with co-occurring mental health and substance use conditions. *Psychiatric Services* 73, 6, 686–689.

- Morse S, Bride BE. (2017). Decrease in healthcare utilization and costs for opioid users following residential integrated treatment for co-occurring disorders. *Healthcare (Basel)*, 5, 54.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice*. The Guilford Press.
- Muñoz-Manchado L, Luque-Martin, MJ, Seijo-Ceballos P, González-Saiz F. (2020). Medida estandarizada de la competencia asistencial de los servicios de adicciones y salud mental para el abordaje de la patología dual: utilidad del “*Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment*” (DDCAT Index) y del “*Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment*” (DDCMHT Index). Comunicación oral al 22º Congreso de la Sociedad Española de Patología Dual, 16-19 noviembre 2020.
- Neumiller S, Bennett-Clark F, Young MS, Dates B, Bronner N, Leddy J, Kendall D, Richards S, De Jong F. (2009). Implementing assertive community treatment in diverse settings for people who are homeless with co-occurring mental and addictive disorders: A series of case studies. *Journal of Dual Diagnosis*, 5, 239–263.
- NSW Health. (2000). The management of people with a co-existing mental health and substance use disorder - Service delivery guidelines Sydney: NSW Health Department.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022), Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. (2022). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Osher FC, Drake RE. (1996). Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 4–11.
- Pedreira Crespo V, Sánchez Pardo L, Carrera Machado I. (2011). Normalización de la atención sanitaria al drogodependiente. *Trastornos Adictivos*, 13, 129–134.
- Padwa H, Larkins S, Crevecoeur-MacPhail DA, Grella CE. (2013). Dual diagnosis capability in mental health and substance use disorder treatment programs. *Journal of Dual Diagnosis*, 9, 179–186.
- Penzenstadler L, Soares C, Anci E, Molodynski A, Kha-zaal Y. (2019). Effect of assertive community treatment for patients with substance use disorder: a systematic review. *European Addiction Research*, 25, 56–67.
- Pérez Romero C. (2004). *La atención a la salud mental en Andalucía: presente y futuro*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía, 2004.
- Peterson AI. (2013). Integrating mental health and addictions services to improve client outcomes. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 752–756.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Andaluz Sobre Drogas (1987). Comisionado para la Droga. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.
- Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy Mental Health and Mental Health Services Research*, 36, 24–34.

- Rasyidi E, Wilkins JN, Danovitch I. (2012). Training the next generation of providers in addiction medicine. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 461–480.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511–2518.
- Renner JA. (2004). How to train residents to identify and treat dual diagnosis patients. *Biological Psychiatry*, 56, 810–816.
- Renner JA, Quiñones J, Wilson A. (2005). Training psychiatrists to diagnose and treat substance abuse disorders. *Current Psychiatry Reports*, 7, 352–359.
- Richmond IC, Foster JH. (2003). Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: an investigation of mental health professionals. *Journal of Mental Health*, 12, 393–403.
- Ridgely S, Goldman HH, Willenbring M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 123–132.
- Ries RK (1992). Serial, parallel, and integrated models of dual-diagnosis treatment. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 3, 173–180.
- Ries RK (1993). Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 167–175.
- Ries RK (1994). *Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services.
- Robledo Casal P (2016). *Evaluación del consumo de sustancias de abuso en pacientes con trastorno mental grave en la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Jerez (Servicio Andaluz de Salud)*. Trabajo de Fin de Grado. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.
- Rosenberg SD, Trumbetta SL, Mueser KT, Goodman LA, Osher FC, Vidaver RM, et al. (2001). Determinants of risk behavior for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 263–271.
- Ruglass LM, Lopez-Castro T, Papini S, Killeen T, Back SE, Hien DA. (2017). Concurrent treatment with prolonged exposure for co-occurring full or sub-threshold posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 150–161.
- Rush B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 1–20.
- Rush B, Fogg B, Nadeau L, Furlong A. (2008). On the integration of mental health and substance use services and systems: Main report. Canadian Executive Council on Addictions.
- Sabin JE, Daniels N. (2001). Problemas éticos de la distribución de recursos en la salud mental. En, Sidney A. Green, Paul Chodoff, Stephen A. Green (eds.) *La ética en psiquiatría*. (p.359–375). Editorial Triacastela. Madrid.
- Sacks S, Chaple M, Sirikantraporn J, Sacks JY, Knickman J, Martinez J. (2013). Improving the capability to provide integrated mental health and substan-

- ce abuse services in a state system of outpatient care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 488–493.
- Sacks S, McKendrick K, Sacks JY, Cleland CM. (2010). Modified therapeutic community for co-occurring disorders: single investigator meta-analysis. *Substance Abuse*, 31, 146–161.
- Sacks S, Sacks JY, De Leon G. (1999). Treatment for MICAs: design and implementation of the modified TC. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 19–30.
- Salvador-Carulla L, García-Alonso C, González-Caballero JL et al. (2007). Use of an operational model of community care to assess technical efficiency and benchmarking of small mental health areas in Spain. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10, 87–100.
- Salvador-Carulla L, García-Alonso C, Gibert K, Vázquez-Bourgon J. (2013). Incorporating local information and prior expert knowledge to evidence-informed mental health system research. En, Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D (eds.) *Improving Mental Health Care. The Global Challenge* (p.211–228). Wiley-Blackwell, UK.
- SAMHSA's COCE (2007). *System Integration*. Overview Paper Number 7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services.
- Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64.
- Servicio Andaluz de Salud (2012). *Protocolo de Actuación Conjunta: Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias*. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Soyka M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 176, 345–350.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2002). Report to congress on the Prevention and Treatment of Co-occurring Substance Abuse Disorders and Mental Disorders. November.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Co-Occurring Center for Excellence. (2006). *Overarching principles to address the needs of persons with co-occurring disorders*.
- Substance Abuse and Mental Health (SAMHSA) (2020). TIP 42. *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders*. Update 2020.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011a), *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment Toolkit Version 4.0*. HHS Publication No. SMA-XX-XXXX, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011b), *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment Toolkit Version 4.0*. HHS Publication No. SMA-XX-XXXX, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 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, 338–349.
- Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Singh Balhara YP, Salom C, Maremmanni I, Sher L, Didia-Attas J, Chen J, Baler R and World Association on Dual Disorders

- (WADD) (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Traslational Psychiatry*, 12, 446.
- Thornicroft G. (2012). Evidence-based mental health care and implementation science in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 241–244.
- Thornicroft G, Tansella M (2008). *Better mental health*. Cambridge University Press, UK.
- Todd J, Green G, Harrison M, Ikuesan BA, Self C, Pevallin DJ, Baldacchino A. (2004). Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 581–7.
- Todd FC, Sellman JD, Robertson PJ. (2002). Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 792–799.
- Tortosa Gómez R. (2001). *Estudio de la comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes dependientes a opiáceos*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvicens D, Bulbena D. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use & Misuse*, 47, 1005–1014.
- Torrens M, Serrano D, Astals M, Perez-Dominguez G, Martin-Santos R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231–1237.
- Treloar C, Holt M. (2008). Complex vulnerabilities as barriers to treatment for illicit drug users with high prevalence mental health co-morbidities. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis 2008*, 1, 84–95.
- Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156, 319–327.
- Van Wamel, A, van Rooijen S, Kroon H. (2015). *Integrated treatment: the model and european experiences*. En: Dom G, Moggí F. (eds) *Co-occurring addictive and psychiatric disorders*. 2015. Springer.
- Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Crespo-Facorro B, Vázquez-Barquero JL. (2013). The feasibility of applying the clinical staging paradigm to the care of people with mental disorders. En, Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D (eds.) *Improving Mental Health Care. The Global Challenge* (p.145–162). Wiley-Blackwell, UK.
- Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Lozano-Rojas O, Betanzos-Espinosa P, Fernández-Calderón F, Bilbao-Acedos I, Pérez-García M, Verdejo-García A. (2012). Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: Substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*, 200, 734–41.
- Victorian Government Department of Human Services. (2007). *Dual diagnosis. Key directions and priorities for service development*. State of Victoria.
- Watkins KE, Burnam A, Kung F-Y, Paddock S. (2001). A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 52, 1062–1068.
- Watson S, Hawkins C. (2007) *Dual Diagnosis Good Practice Handbook*. Tuning Point.

Wahlbeck K. (2011). European comparisons between mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 15–18.

Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S, Shanahan W, Seivewright N, Ford C, on behalf of the Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative (COSMIC) study team (2003). Comorbidity of substance misuse

and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304–313.

Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, Henry RJ, Montova I, Parks J, Weiss RD. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 315–339.

## 8 | Anexos

### ANEXO 1

#### **LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS ADAPTADAS A DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS: REVISIÓN E IDEAS PARA UN PROGRAMA**

Francisco González Saiz

Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias (FADA)

Consejería de Igualdad y Asuntos Sociales

Junta de Andalucía.2005

(Ha de considerarse el contexto asistencial de 2005 en que fueron elaboradas estas propuestas)

#### **EXPERIENCIAS PREVIAS EN OTROS PAISES**

En las comunidades terapéuticas (CTs) para drogodependencias existe un número importante de pacientes que presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico. Se han realizado estudios en diferentes países y en todos ellos la prevalencia es alta (Jainchill, 1994). En los Centros FADA, los datos de los que disponemos apuntan en este mismo sentido. Las CTs tradicionales tienen un modelo de intervención de carácter psicoeducativo, multidisciplinar y dirigido fundamentalmente a la conducta adictiva, lo que conduce a dificultades en la atención a pacientes con comorbilidad psiquiátrica.

Parte de estas dificultades tienen que ver con los siguientes aspectos:

1. El perfil formativo y la experiencia de los profesionales de las CTs tradicionales están más orientados al tratamiento de las adicciones.
2. El programa terapéutico de las CTs tradicionales tiene unos objetivos y unos procesos específicos para las conductas adictivas.
3. El enfoque actual del abordaje de los pacientes drogodependientes con trastornos psiquiátricos sigue un modelo *en paralelo*, ya que la red de salud mental y la de drogodependencias se encuentran separadas, lo que dificulta el abordaje integrado.

Esto ha llevado a que algunos países se planteen la posibilidad de adaptar a algunas de sus CTs para la atención integrada de pacientes drogodependientes con trastornos mentales. Estados Unidos ha sido uno de los países pioneros en este sentido, especialmente el grupo de trabajo del Centro de Investigación sobre Comunidades Terapéuticas de Nueva York (De Leon, 1996). Aunque las realidades de Andalucía y Estados Unidos son muy diferentes, hay aspectos de estas experiencias e investigaciones que nos pueden ser de utilidad. Estos autores han desarrollado Comunidades Terapéuticas Adaptadas (en adelante CT-AD) para drogodependientes con trastornos mentales. Para ello han realizado modificaciones en algunas de las CTs tradicionales que ya venían funcionando.

Las principales modificaciones que han realizado son las siguientes (De Leon, 1996; Sacksy cols, 1999):

1. Adaptación en el perfil de los profesionales de la CT, para incluir profesionales de salud mental con experiencia en adicciones.
2. Criterios de admisión definidos y consensuados con los centros derivadores.
3. Mayor flexibilidad en la ejecución de las actividades e intervenciones terapéuticas.
4. Mayor atención a las diferencias individuales.

Las áreas clave de modificación están en relación con la estructura y proceso del programa, el personal, los servicios y el manejo clínico.

Este modelo de CT-AD ha sido evaluado y se ha constatado que:

1. Los pacientes “duales” ingresados en estos centros adaptados mejoran más que si son tratados en las CTs tradicionales (De Leon y cols., 2000).
2. Los resultados de estos programas son más coste-efectivos que los tradicionales si se tienen en cuenta los costes ahorrados en otros recursos como ingresos en unidades de agudos de salud mental, estancias en hospitales generales por problemas de salud relacionados con el consumo y encarcelaciones (French y cols., 1999).

Por todo ello, esta experiencia, aunque con los adecuados reajustes a la realidad asistencial de Andalucía, podría constituir un punto de referencia interesante.

## **IDEAS PARA UNA PROPUESTA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS ADAPTADAS PARA DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNO MENTAL EN ANDALUCÍA**

Actualmente, en nuestra Comunidad Autónoma el abordaje de los problemas de consumo de drogas y trastornos psiquiátricos asociados se hace desde un *modelo en paralelo*, es decir, los pacientes son tratados por ambas redes asistenciales (Salud Mental y Drogodependencias) de forma simultánea, según un programa establecido (Consejería de Asuntos Sociales, 2002). La puesta en marcha de este programa dista de ser óptima, por lo que continuamos con problemas de coordinación, lo que dificulta el adecuado abordaje de estos pacientes. La realidad asistencial de los Centros FADA es similar a la observada en otros países, es decir, el porcentaje de pacientes con comorbilidad psiquiátrica y consumo de drogas es elevado y parece ir en aumento. Este incremento puede deberse, entre otras, a las siguientes causas:

1. Mejora en los procesos diagnósticos y en la sensibilidad hacia este problema.
2. Aumento real en la prevalencia de esta comorbilidad, lo cual se está detectando tanto en los CTAs de drogodependencias como en los Equipos de Salud Mental de Distrito.
3. Dificultad de los recursos asistenciales de Salud Mental del SAS (CTs, URAs, pisos de FAISEM, etc.) de soportar la demanda de los pacientes psiquiátricos “generales” y especialmente de los que consumen sustancias de abuso.

Por todo ello se hace necesario dar una respuesta a la realidad de hechos consumados que venimos observando en los Centros FADA. Son varias las posibles alternativas a tener en cuenta. Una

de ellas podría ser esta propuesta de MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA POR CRITERIOS DE SEVERIDAD a pacientes drogodependientes y con trastorno psiquiátricos. Las líneas generales de este modelo serían las siguientes (a grandes líneas):

1. Sabemos que los pacientes con comorbilidad constituyen una población muy heterogénea. Existen distintos trastornos y con distintos niveles de funcionamiento general.
2. Se propone una *redistribución* de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica, de forma que aquellos con mejor nivel de funcionamiento general y con menor severidad seguirían siendo atendidos por *todos* los Centros FADA (lo que requeriría un programa de formación continuada y con sesiones clínicas periódicas).
3. Se propone que uno de los Centros FADA sea transformado en una COMUNIDAD TERAPÉUTICA ADAPTADA (CT-AD) para la atención de los pacientes drogodependientes y con trastornos mentales, que acogería a aquellos usuarios con diagnósticos más graves y con peor funcionamiento general.
4. Esta CT-AD tendría dos programas:
  - *Programa de “estancia larga”* o “programa completo”: estaría destinado a aquellos pacientes con mayor severidad y/o que requieren de una intervención más especializada.
  - *Programa de “estancia corta”* (de un máximo de 30-40 días) de duración y estaría destinado a:
    - a) Pacientes “duales” que están siendo atendidos en cualquiera de los Centro

FADA y que se descompensan o sobre los que existen dudas diagnósticas y requieren una estabilización. Tras la estancia en la CT-AD estos pacientes volverían a su CT “de referencia”, para continuar allí el proceso terapéutico.

- b) Pacientes “duales” derivados desde los CTAs con un perfil muy definido (que habría que determinar). Éstos, en función de las características del cuadro, y tras su estabilización, podrían recibir el alta y volver al CTA de origen, pasar al programa de “estancia larga” o bien ser enviado a otra CT para continuidad del tratamiento.

Este programa corto tiene como objetivos la realización de un diagnóstico de confirmación, la estabilización clínica del paciente y la orientación del caso con recomendaciones para su continuidad en otro centro.

5. La puesta en marcha de esta CT-AD no supondría una pérdida de las plazas disponibles totales, ya que en realidad lo que supone es una redistribución de la demanda, optimizando y adecuando los perfiles de pacientes con los programas de tratamiento buscando la eficacia y la eficiencia. Se propone que la CT seleccionada para su transformación sea uno de los Centro FADA de 50 camas.
6. La adaptación de la CT en CT-AD supondría cambios fundamentalmente a dos niveles:

*\*A nivel de personal:* Se mantendrían a los profesionales que ya trabajan en la CT, pero se incorporaría la figura del psiquiatra y de las enfermeras especialistas en salud mental. El resto de los profesionales pasaría por un proceso de formación y reciclaje especialmente intensivo.

\* *A nivel del programa:* se revisarían todos los procesos asistenciales para flexibilizarlos y adaptarlos al nuevo perfil de usuarios.

7. La CT-AD mantendría una estrecha relación con el resto de Centros FADA sirviendo como un *instrumento de apoyo*:

- Se realizaría un seguimiento de los pacientes derivados a las CT desde la CT-AD.
- Los terapeutas de las CTs podrían realizar interconsultas sobre cualquier paciente ingresado en ellas.
- La CT-AD tendría una función como centro de formación continuada del resto de CTs.
- La CT-AD llevaría un registro sistemático de casos, con énfasis en el proceso diagnóstico y evaluando los procesos y los resultados asistenciales.

8. La CT-AD no es un “gueto” nosocomial. Es un recurso asistencial para pacientes drogodependientes con trastornos psiquiátricos asociados. Es un eslabón más en la red de servicios asistenciales del PASDA y tendría una clara orientación comunitaria y rehabilitadora. Se incidiría especialmente en el papel del terapeuta de referencia del CTA como “gestor” del caso, el cual tendría que dar continuidad al tratamiento del paciente en su medio, coordinándose con el Equipo de Salud Mental de Distrito para determinar los recursos de re-inserción más adecuados según el caso (de salud mental o de drogodependencias).

9. La CT-AD no es una unidad de agudos de salud mental. Es posible y probable que algunos pacientes presenten una agudización de su trastorno psiquiátrico lo que requeriría un ingreso en una Unidad de Agudos de Hospital

General (con posterior incorporación a la CT-AD).

10. La CT-AD sería un recurso eficiente y con menor coste que contratar un psiquiatra por cada CT. Por otro lado, responde a una demanda social importante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consejería de Asuntos Sociales. Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias (Consejería de Asuntos Sociales, 2002).

De Leon G. Comunidades terapéuticas adaptadas a los pacientes con diagnóstico dual, En; *Diagnóstico Dual*; J. Solomon, S. Zimberg, E. Shollar. Barcelona, Ediciones en Neurociencias (1996).

De Leon G y cols. Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2000; 26(3): 461-80.

De Leon G. *La comunidad terapéutica y las adicciones*. Bilbao, Descleé de Brouwer (2004).

French M y cols. Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: outcomes and cost, *Eval Health Prof* (1999); 22(1): 60-85.

Jainchill N. Co-morbidity and therapeutic community treatment, En; *Therapeutic Community: Advances in Research and Application*, NIDA Research Monograph Series 144, Rockville, MD (1994).

Sacks S y cols. Treatment for MICAs: design and implementation of the modified TC, *J Psychoactive Drugs* (1999); 31(1): 19-30.

## ANEXO 2

### PROPUESTAS DEL GRUPO DE TRABAJO “PROBLEMAS DE ADICCIÓN” DE LAS JORNADAS “MEJORA EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA”

Dirección General de Cuidados Sociosanitarios.

Consejería de Salud y Familias.

Junta de Andalucía. Febrero 2020.

1. Elaborar una Estrategia integrada de Adicciones y Salud Mental «**Plan integral de Salud Mental y adicciones –PISMyAD–**». Única, integrada, conectada, con dos divisiones separadas de Salud Mental y Adicciones y con dos referentes para el diseño e implantación de la Estrategia, uno de Salud Mental y otro de Adicciones. Es importante mantener esta división el tiempo suficiente, hasta haber garantizado que los recursos de Adicciones se integran manteniendo sus señas de identidad.
2. Integrar en la red de salud los Centros de Tratamiento Ambulatorio públicos como Unidades de Conductas Adictivas en un segundo nivel, con un funcionamiento similar a las unidades de Salud Mental comunitaria (USMC), con derivación desde Atención Primaria. Los CTA deben tener una USMC de referencia (que permita coterapia), buscando mecanismos de coordinación ágiles que no demoren la atención.
3. Mantener la identidad de las Unidades de Conductas Adictivas, conservando la estructura de los equipos que tienen los actuales Centros Provinciales de Atención a Drogodependencias y garantizando su identidad. Evitar que Salud Mental «fagocite» o absorba el personal de los CTA.
4. Integrar las Comunidades Terapéuticas públicas en un nivel similar a las Comunidades Terapéuticas de Salud Mental.
5. Incluir al movimiento asociativo familiar y en primera persona: a) en las decisiones a nivel estratégico, de dirección de servicios y de intervención individualizada; b) como prestadores de servicios como pacientes expertos por experiencia, grupos de apoyo mutuo entre iguales (GAM), agentes de apoyo entre iguales (peer to peer).
6. Elaboración de un Proceso Asistencial Integrado de atención a Conductas Adictivas que establezca los itinerarios recomendados para distintos tipos de adicciones, contando con todos los actores sociosanitarios y señalando qué debe hacer cada agente. El proceso debe señalar las intervenciones recomendadas por la evidencia y el consenso profesional a ofertar desde cada recurso.
7. Fortalecer la Red de Atención Primaria (más profesionales con más formación en intervenciones con esta población) para que ofrezca atención psicosocial a casos leves y moderados que permita a la Red de Adicciones y Salud Mental la atención integrada (psicoterapéutica, social, etc.) a personas con trastornos graves.
8. Elaborar una hoja de ruta para la integración de los recursos de Adicciones en la Red especializada de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud.
9. Análisis e integración de los sistemas de información de cada Red: SIPASDA en Adicciones y DIRAYA en Salud Mental. Será necesario plantear la integración de los sistemas y revisar su conexión con DIRAYA de Atención Primaria.

10. Permitir que el personal médico y facultativo de los CTA pueda prescribir pruebas complementarias y fármacos, así como realizar derivaciones a especialidades en el Sistema Sanitario Público Andaluz como medida inicial, hasta que se produzca la integración.
11. Dispensación y retirada de metadona para pacientes con trastorno por adicciones homologada al resto de pacientes (en farmacia con visado de estupefacientes).
12. Consulta de enfermería similar a otros grupos de pacientes: atención a demanda o programada (programas de prevención, seguimiento de patologías crónicas).
13. Integración progresiva de recursos, respetando la voluntariedad de cada profesional y entidad para pasar sus servicios a la Red dentro del SAS.
14. Negociación del traspaso de competencias armonizado con los recursos financieros de los servicios que se incorporen al SAS.
15. Analizar, organizar, homogeneizar, apoyar y contratar (convenir) los recursos asistenciales y sociales de iniciativa social/municipal/asociativos o de iniciativa privada que actualmente trabajan con la Red de Adicciones.
16. Armonizar las redes de recursos de Salud Mental y Adicciones evitando duplicidades e identificando recursos específicos o que respondan necesidades no cubiertas por ninguna de las redes (por ejemplo, CT para pacientes con patología dual, recursos para pacientes con problemas de convivencia, etc.).
17. Mantener todos los programas y recursos de apoyo social de la Red de Adicciones y analizar donde ubicarlos: ¿AASDA, FAISEM, Fundación específica para Drogas?
18. Homologar las condiciones laborales de los profesionales de los recursos públicos que se integren en el SAS (salarios inferiores, temporalidad, etc.).
19. Garantizar un buen relevo generacional del personal facultativo de los recursos asistenciales de Adicciones: generar en las nuevas Unidades del SAS, puestos de trabajo con condiciones atractivas para el nuevo personal facultativo con formación en Salud Mental y Adicciones.
20. Cuidar la integración de profesionales de los recursos asistenciales de la Red de Adicciones en el Servicio Andaluz de Salud, en especial de los perfiles no clínicos.
21. Formación de personal residente (Psicología clínica, Psiquiatría, Enfermería) en Adicciones: contenidos sobre intervención en Adicciones, rotaciones en CTA y CT.
22. Formación a profesionales de salud (sobre todo Atención Primaria) y Salud Mental sobre conductas adictivas e intervención en conductas adictivas.
23. Formación a profesionales que se integran desde la Red de Adicciones: Estructura, funcionamiento del SAS, intervención en Salud Mental, etc.
24. Escuchar y abordar las resistencias y cuidar actitudes, motivaciones que profesionales (especialmente no clínicos) puedan tener ante la integración frente a la incertidumbre de la nueva situación (perder autonomía, perder puesto de trabajo, perder acceso modelo, etc.).

