

Juan José Mancheño^a.
Sergio Navas-León^b.
Fermin Fernández-Calderón^{c,d}.
Marisa Gutiérrez^a.
Manuel Sánchez-García^{c,d}.
Carmen Díaz-Batanero^{c,d}.
Enrique Moraleda-Barreno^{c,d}.
Juan Ramírez-López^c.
José Andrés Lorca^{c,d}.
Óscar M. Lozano Rojas^{c,d}.

Tratamiento coordinado entre centros de adicciones y salud mental vs. tratamiento no coordinado para pacientes con patología dual: mayor abandono, pero menor deterioro de la discapacidad funcional

a. Community Mental Health Units. Juan Ramón Jiménez Hospital, Spain.
b. Department of Psychology. University of Loyola, Spain.
c. Department of Clinical and Experimental Psychology. University of Huelva, Spain.
d. Research Center on Natural Resources, Health and Environment. University of Huelva.
e. Provincial Drug Addiction Services, Huelva, Spain.

RESUMEN

Introducción. Los pacientes con patología dual son generalmente tratados en centros de salud mental y adicciones. Aunque hay servicios integrados para estos pacientes, lo más común es desarrollar protocolos de actuación conjunta entre estos centros. El objetivo de este estudio es analizar el progreso terapéutico de pacientes diagnosticados de patología dual, comparando los resultados de pacientes atendidos en los centros de adicciones exclusivamente, de salud mental o bien atendidos de manera coordinada entre ambos servicios. La hipótesis es que los pacientes atendidos de manera coordinada presentarán una mejor evolución en términos de la sintomatología psicopatológica, consumo de drogas y discapacidad funcional.

Método. La muestra está formada por 182 pacientes atendidos en centros de adicción (n = 62), de salud mental (n = 51) y tratados a través del protocolo de actuación conjunta (n = 62). Los instrumentos administrados fueron la WHODAS 2.0, BSI-18 y la SDSS.

Resultados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación basal y el seguimiento ni en la WHODAS 2.0 ni en el BSI-18. Se encontró un incremento del consumo de cocaína en los tres grupos, aunque fue estadísticamente significativa en los pacientes de adicciones y de salud mental. Hubo una mayor tasa de

abandono del tratamiento en los pacientes atendidos de manera coordinada. En términos de cambio fiable, entre los pacientes atendidos de manera coordinada hubo más pacientes que mejoraron en la WHODAS 2.0.

Conclusiones. Los hándicaps de asistir a dos redes asistenciales pueden estar explicando el mayor abandono de los pacientes que siguen el protocolo de actuación conjunta. Sin embargo, los pacientes que se mantienen en esta modalidad terapéutica muestran un menor deterioro de la funcionalidad en comparación con las otras dos modalidades.

Palabras clave. Patología dual; cocaína; resultados del tratamiento; capacidad funcional; centros de salud mental.

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(2):71-80 | ISSN: 1578-2735

COORDINATED TREATMENT BETWEEN ADDICTION AND MENTAL HEALTH SERVICES VS. UNCOORDINATED TREATMENT FOR PATIENTS WITH DUAL DIAGNOSIS: HIGHER DROPOUT RATES BUT LOWER IMPAIRMENT OF FUNCTIONAL DISABILITY

Background. Dual pathology is often found in addiction and mental health centers. Although there are integrated services for these patients, most countries have developed joint action protocols between addiction and mental health centers. The objective is to analyze the progress of patients diagnosed with dual pathology, comparing the therapeutic outcomes of those who exclusively attend either addiction or mental health centers with those patients who follow a program in which the two services are coordinated. It is hypothesized that patients assisted in coordinate manner will present a better evolution on psychopathological symptomatology, drug use and functional impairment.

Autor para correspondencia:

Óscar M. Lozano (orcid: 0000-0003-2722-6563).
Universidad de Huelva. Dpto. Psicología clínica, experimental y social.
Campus de El Carmen. Avda. Fuerzas Armadas, s/n. 21071. Huelva. España.
Tfno.: +34 959 21 92 00.
Email: oscar.lozano@dpsi.uhu.es.

Methods. The sample was 182 dual pathology patients treated in addictions centers (n=62), mental health centers (n=51) and treated in a coordinated manner (n=62). The instruments administered was WHODAS 2.0, BSI-18 and SDSS.

Results. In general, no statistically significant differences were found between baseline and follow up in WHODAS and BSI-18. More cocaine use was found in three groups but was statistically significant in patients attended by addictions center and mental health centers. High percentages of abandonment were found in patients attending coordinate services. In terms of reliable change, among those receiving the coordinated treatment, there were more patients who showed improvements in the WHODAS 2.0 dimensions.

Conclusions. The inconvenience caused by going to different treatment networks may partially explain these results related with abandonment. However, patients who remain in treatment in coordinated services, show lower functionality deterioration than patients in other modalities.

Keywords. Dual pathology treatment; cocaine; outcomes; disability assessment; mental health centers.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado prevalencias elevadas de patología dual entre la población general¹⁻³, llegando a representar ambos trastornos el 7,4 % de los problemas de salud pública a nivel mundial⁴. Su abordaje terapéutico es complejo⁵⁻⁷, siendo numerosos los autores que en la actualidad señalan que la atención integral para estos pacientes es la estrategia terapéutica más apropiada⁸⁻¹⁰. No obstante, algunos autores señalan que existen barreras estructurales y organizativas¹¹⁻¹² que dificultan hacer una efectiva integración del tratamiento en los actuales sistemas sanitarios¹³.

Alternativamente, los pacientes con patología dual reciben mayoritariamente su tratamiento de manera paralela en centros de adicciones y servicios de salud mental¹⁴, aunque esta modalidad de tratamiento tampoco se encuentra exenta de críticas. Ambos tipos de recursos asistenciales poseen marcadas diferencias filosóficas, administrativas y organizacionales entre sí¹⁵. Esto generalmente incide negativamente sobre las necesidades de estos pacientes. Por ejemplo, McGovern y cols.¹⁶ evaluaron 256 recursos asistenciales para estos pacientes y estimaron que solamente el 18 % de los servicios de adicciones y el 9 % de salud mental disponían de los recursos necesarios para prestar una atención especializada a estos pacientes.

Con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes con patología dual desde ambas instituciones sanitarias, se han impulsado protocolos de coordinación entre centros de adicciones y salud mental. Para algunos autores, esta modalidad de intervención es realista y pragmática, dados los recursos limitados de la mayoría de los centros asistenciales¹⁷. Sin embargo, el seguimiento estricto de estos protocolos en la práctica es escasa. Por un lado, a nivel organizativo se han encontrado limitaciones relativas a la coordinación entre los centros. Por ejemplo, en el Reino Unido solo aproximadamente la mitad de los servicios de adicciones y salud mental aplicaban estos protocolos¹⁸. Charzynska et cols.¹⁹ hallaron que en siete países europeos el seguimiento de estos protocolos entre los profesionales de los distintos servicios era infrecuente, observándose su aplicación en un 31,5 % de centros estudiados. Por otro lado, desde la perspectiva de los pacientes, Staiger y cols.²⁰ reflejaron a través de un estudio cualitativo, cómo los pacientes identifican barreras que repercuten negativamente sobre su tratamiento.

Teniendo presente estos elementos, no es de extrañar que exista una baja adherencia terapéutica entre estos pacientes que siguen una intervención coordinada. Por ejemplo, Roncero y cols.²¹ realizaron un estudio para evaluar la adherencia terapéutica de pacientes remitidos desde los servicios de psiquiatría a los centros de adicciones. Estos autores encontraron que el 33,4 % de los pacientes no solicitaron cita en los centros y un 20,83 % de los que la solicitaron no acudieron. Además, de entre quienes acudieron, un 47,37 % abandonó antes de los 12 meses.

Este escenario coordinado a través de protocolos de actuación entre adicciones y salud mental, refleja que los pacientes con patología dual deben responsabilizarse de un proceso terapéutico que puede resultar complejo por su asistencia a diferentes redes asistenciales y que no siempre presenta un funcionamiento idóneo. Así pues, si bien los pacientes deben ser responsables de su tratamiento²², tampoco debe extrañar que estos pacientes presenten una mayor probabilidad de recaídas y baja adherencia terapéutica^{23,24}.

Hasta nuestro conocimiento, no existen estudios observacionales que hayan comparado el impacto clínico de pacientes con patología dual que asisten a los centros de adicciones, salud mental o de manera coordinada. Por ello, el objetivo general del presente trabajo es analizar la evolución de pacientes diagnosticados con patología dual durante un periodo de seis meses que acuden exclusivamente a centros de adicciones, a centros de salud mental o al servicio coordinado entre ambos. Más concretamente, se analizará la adherencia terapéutica de los pacientes, así como la evolución de la sintomatología psicopatológica, el consumo de drogas y la discapacidad funcional entre los pacientes que se mantienen en tratamiento.

MÉTODO

Diseño

Estudio observacional longitudinal, con una evaluación basal y un seguimiento a los 6 meses.

Participantes

El marco muestral está formado por pacientes atendidos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y en los Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA) de la provincia de Huelva²⁵.

Para participar en el estudio, los pacientes debían reunir los siguientes criterios de inclusión: 1) una actividad global funcional evaluada por la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) < 50; 2) haber sido diagnosticados de al menos un diagnóstico de dependencia a sustancias, según criterios DSM-IV-TR en el último año; 3) haber sido diagnosticado de, al menos, otro trastorno mental con síntomas mentales graves diferente a la dependencia a sustancias, según criterios DSM-IV-TR en el último año; 4) tener indicación terapéutica de asistir al servicio coordinado entre las USMC y centros del SPDH. Los criterios de exclusión fueron: 1) haber sido diagnosticado exclusivamente con trastorno por dependencia a la nicotina, según criterios DSM-IV-TR; 2) presentar criterios de abuso a una o más sustancias según DSM-IV-TR, sin tener diagnóstico de dependencia; 3) haber sido diagnosticado con retraso mental u otro tipo de trastorno que incapacite la realización de la entrevista; y, 4) no firmar el consentimiento informado.

A partir de estos criterios de inclusión y exclusión, los coordinadores asistenciales de las USMC y los CTA elaboraron un listado con 263 pacientes candidatos para participar en el estudio. Todos los pacientes que asistieron a sus citas terapéuticas fueron invitados a participar en el estudio. Sin embargo, la muestra final estuvo formada por 182 pacientes (69,2 % del censo). De estos, 51 pacientes eran atendidos exclusivamente en las USMC, 62 pacientes en los CTA y 69 pacientes eran atendidos de manera coordinada entre las USMC y los CTA. De los pacientes del listado que no participaron en el estudio, un 21,3 % no asistió a su cita terapéutica y no se pudo contactar con ellos y un 9,5 % rehusó participar en el estudio.

Instrumentos

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 –WHODAS 2.0²⁶. Este instrumento ha sido incorporado en el DSM-5²⁷ para evaluar los niveles de discapacidad

de los trastornos mentales a través de 36 preguntas divididas en seis dimensiones: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad. El sistema de puntuación proporciona una puntuación por cada dimensión, así como una general correspondiente a la suma total de ítems. La puntuación oscila entre 0 y 100 puntos. A mayor puntuación, mayor discapacidad. Siguiendo las recomendaciones del manual de la WHODAS 2.0, dado que la mayoría de los pacientes de esta muestra estaban desempleados, se utilizó la versión de 32 ítems.

En la presente muestra se obtuvo una consistencia interna estima con el alfa de Cronbach $\alpha = 0,90$ para la escala total. Por dimensiones se han encontrado valores de consistencia interna comprendidos entre $\alpha = ,74$ (cuidado personal) y $\alpha = ,87$ (actividades).

*Inventario Breve de Síntomas, BSI-18*²⁸. Este instrumento está formado por 18 ítems que se estructuran en tres dimensiones: somatización, ansiedad y depresión. También es posible utilizar un índice de severidad global consistente en la suma de total de puntuaciones. La puntuación total oscila de 0 a 72, obtenida mediante la suma de todos los ítems y la de las subdimensiones de 0 a 24. Una puntuación alta indica mayor distrés psicológico. Se obtuvieron adecuados coeficientes de consistencia interna para la escala total ($\alpha = ,95$), así como para las dimensiones de ansiedad ($\alpha = 0,90$), somatización ($\alpha = 0,90$) y depresión ($\alpha = 0,88$).

*Substance Dependence Severity Scale –SDSS*²⁹. Se utilizó la versión adaptada al español en su versión al DSM-5, que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas como instrumento para evaluar el cambio clínico de los pacientes³⁰. Esta entrevista incluye dos secciones. La primera sección incluye un conjunto de preguntas de *screening* sobre el patrón de consumo de drogas durante el mes previo a la entrevista para diferentes sustancias. La segunda sección está compuesta por 16 ítems a través de los que se operacionaliza los 11 criterios diagnósticos del DSM-5. Las puntuaciones en esta escala de severidad oscilan entre 0–68, de tal forma que una mayor puntuación es indicativa de una mayor severidad. La escala de severidad para el alcohol mostró un valor de consistencia interna $\alpha = ,78$. La escala de severidad de dependencia de cocaína mostró un valor de $\alpha = ,85$.

Recaída en el consumo. La información relativa al consumo durante el tratamiento fue recopilada a partir de la historia clínica de los pacientes y su autoinforme.

Retención en el tratamiento. Se consideró que un paciente se mantenía en el tratamiento si este seguía acudiendo a las citas. Por el contrario, si un paciente manifestaba su intención de abandonar el tratamiento, o si un paciente

faltaba a una cita y no volvía a contactar con el centro terapéutico durante un periodo posterior a los dos meses de su cita prevista, se consideró que el paciente había abandonado el tratamiento.

Procedimiento

Una psicóloga con experiencia en evaluación realizó entrevistas individuales a los pacientes, en los que se administraba la batería de test para recoger la información. La entrevistadora recibió formación y entrenamiento específico para la administración de estos test.

Las entrevistas se realizaron en salas de los CTA y USMC, donde los pacientes recibían tratamiento. En ellas, la psicóloga informaba al paciente de los objetivos del estudio, del carácter voluntario del mismo y de su independencia respecto al tratamiento que estaban recibiendo. Además, se les indicó que la información recopilada, excepto por autorización expresa de los pacientes, no se incluiría en su historial médico. Posteriormente, se les leía el consentimiento informado y, si estaban de acuerdo con la participación en el estudio, se iniciaba la entrevista.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Huelva y por el Comité de Ética del Hospital Juan Ramón Jiménez, órgano gestor de las USMC que participan en el estudio.

Análisis

Inicialmente se realizó un análisis preliminar de datos para detectar errores de codificación. Igualmente, se contrastó la normalidad de las puntuaciones de severidad de la dependencia, del BSI y sus subescalas, y de la WHODAS 2.0 y sus subescalas, comprobándose que estas no seguían una distribución normal.

Los análisis de asociación entre variables cualitativas han sido realizados a través del test chi-cuadrado de Pearson. Para contrastar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, se ha aplicado la prueba Kruskal-Wallis y se calculó el tamaño del efecto a partir de la V de Cramer. Para detectar cambios estadísticamente significativos entre la evaluación basal y el seguimiento en las variables continuas que no siguen distribución normal se ha aplicado la prueba de Wilcoxon. El cálculo de proporciones entre la evaluación basal y el seguimiento se ha realizado aplicando la prueba de McNemar.

Se aplicó un análisis de regresión logística para conocer las variables explicativas del abandono del tratamiento dentro de cada uno de los grupos.

Por otro lado, los análisis de cambio fiable entre la evaluación basal y el seguimiento se han realizado aplicando

el índice de cambio fiable (ICF) propuesto por Jacobson y Truax³¹. Siguiendo la propuesta de McGlinchey y cols.³², se consideró cambio fiable cuando el RCI tomaba un valor superior a 1,96 o inferior a -1,96. Esto permitió clasificar el cambio observado entre pacientes que mejoran, empeoran o se mantienen en la misma situación tras seis meses de tratamiento.

Los análisis han sido realizados utilizando software estadístico STATA.

Resultados

Comparación basal del consumo de droga, sintomatología psicopatológica y discapacidad funcional

En la Tabla 1 aparece la comparación de los tres grupos de pacientes en las variables de resultados. No se observan diferencias estadísticamente significativas en distrés psicológico ni en discapacidad funcional. Sí se observa un mayor porcentaje de pacientes con problemas por consumo de cocaína y de heroína entre los pacientes que acuden exclusivamente a los CTA. El porcentaje de pacientes con consumo problemático de cannabis es más prevalente en las USMC.

Cuando se analiza el consumo durante el mes previo a la entrevista, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

Retención en el tratamiento y relación con la psicopatología, severidad de la dependencia y discapacidad funcional

Durante el periodo de 6 meses que duró el seguimiento seguían asistiendo a sus citas el 77,4 %, 58,8 % y 52,9 % de los pacientes de CTA, USMC y coordinada respectivamente. Estos porcentajes son estadísticamente diferentes ($\chi^2 = 8,862$; g.l. = 2; $p = ,012$), reflejando un mayor abandono del tratamiento aquellos pacientes atendidos de manera coordinada entre ambos servicios.

El análisis multivariado para predecir el abandono del tratamiento mostró que ninguna de las variables analizadas anteriormente se mostraron explicativas del abandono del tratamiento.

Comparación estadística entre la evaluación basal y el seguimiento

En la Tabla 2 se muestra la comparación entre las evaluaciones basales y el seguimiento en cada grupo.

Entre los pacientes de los CTA no se observan cambios estadísticamente significativos ni en el distrés psicológico,

Tabla 1 Descripción de las puntuaciones basales

	CTA (n=62)	USMC (n=51)	Coor-dinada (n=69)	Chi-cuadrado	p
Síntomas Psicológicos (BSI)					
Somatización (M, (DT))	7,31 (6,77)	6,32 (5,51)	6,13 (6,56)	1,362	,506
Ansiedad (M, (DT))	7,95 (7,30)	7,72 (6,41)	7,56 (6,47)	0,067	,967
Depresión (M, (DT))	9,31 (6,43)	8,92 (6,13)	8,97 (6,91)	0,209	,901
Puntuación total (M, (DT))	24,57 (18,99)	22,96 (15,54)	22,66 (17,29)	0,293	,864
Severidad de la dependencia (SDSS)					
% pacientes con problemas de alcohol	35,5	43,1	43,5	1,045	,593
% pacientes que consumen alcohol en el mes previo	53,2	41,2	44,9	1,773	,412
Severidad de la dependencia al alcohol (M, (DT))	7,05 (9,73)	5,18 (9,77)	7,83 (11,53)	2,676	,262
% pacientes con problemas de cocaína	61,3	25,5	46,4	14,484	,001
% pacientes que consumen cocaína en el mes previo	22,6	21,6	26,1	0,389	,823
Severidad de la dependencia a cocaína (M, (DT))	4,57 (9,83)	6,92 (10,17)	4,66 (9,30)	0,252	,882
% pacientes con problemas de cannabis	22,6	72,5	43,5	28,336	,000
% pacientes que consumen cannabis en el mes previo	29	33,3	17,4	4,396	,111
Severidad de la dependencia a cannabis (M, (DT))	6,71 (12,79)	6,32 (9,58)	6,06 (9,32)	1,710	,425
% pacientes con problemas de heroína	38,7	7,8	23,2	14,603	,001
% pacientes que consumen heroína en el mes previo	3,2	0	1,4	1,823	,402
Severidad de la dependencia a heroína (M, (DT))	2,91 (7,58)	5,50 (6,40)	1,56 (6,25)	1,346	,510

	CTA (n=62)	USMC (n=51)	Coor-dinada (n=69)	Chi-cuadrado	p
Discapacidad funcional (WHODAS 2.0)					
Cognición (M, (DT))	32,18 (25)	40,20 (27,09)	35,68 (27,95)	2,335	,311
Movilidad (M, (DT))	19,46 (25,71)	25,75 (25,59)	22,06 (26,79)	2,690	,261
Cuidados personales (M, (DT))	13,87 (21,98)	17,60 (24,79)	13,64 (19,35)	0,482	,786
Relación con otras personas (M, (DT))	25,54 (27,07)	29,50 (27,72)	26,30 (27,67)	0,793	,673
Actividades de la vida diaria (M, (DT))	28,52 (31,35)	30,0 (29,97)	35,76 (34,87)	1,109	,574
Participación en la sociedad (M, (DT))	30,60 (22,40)	36,58 (25,65)	37,37 (24,47)	2,678	,262
Puntuación total (M, (DT))	25,67 (19,32)	30,74 (19,43)	28,31 (20,63)	2,048	,359

ni en la discapacidad funcional. Sí se observa un incremento estadísticamente significativo en el porcentaje de pacientes que afirman haber consumido cocaína. Por el contrario, se reduce el porcentaje de pacientes que han consumido cannabis.

En los pacientes atendidos en las USMC tampoco se observan cambios estadísticamente significativos ni en el distrés psicológico, ni en la discapacidad funcional. Al igual que en los pacientes en CTA, se observa un incremento en el porcentaje de pacientes que afirman haber consumido cocaína durante el tratamiento.

Finalmente, en los que asisten a la modalidad coordinada se observa un incremento estadísticamente significativo en la escala de ansiedad del BSI, con un tamaño del efecto moderado. No se observan cambios estadísticamente significativos ni en el consumo de drogas, ni en la discapacidad funcional.

Evolución de los pacientes según el RCI

El análisis del cambio fiable del distrés psicológico y la discapacidad funcional refleja que la mayoría de los pacientes muestran puntuaciones similares a la evaluación basal. Entre los pacientes que han experimentado cambios, de manera general se observa que en las USMC el porcentaje de pacientes que han mejorado sus síntomas de distrés psicológico es mayor que quienes han empeorado (excepto en la dimensión de ansiedad). En cambio, entre los pacientes atendidos en los CTA y coordinada solo se observa un porcentaje mayor de pacientes que mejoran en la dimensión de somatización.

Tabla 2	Comparación estadística pre-post											
	CTA (n=41)				USMC (n=25)				Coordinada (n=32)			
	Media (DT) basal	Media (DT) seguimiento	Z/ Chi-cuadrado	Tamaño del efecto ¹	Media (DT) basal	Media (DT) seguimiento	Z/ Chi-cuadrado	Tamaño del efecto ¹	Media (DT) basal	Media (DT) seguimiento	Z/ Chi-cuadrado	Tamaño del efecto ¹
Síntomas psicológicos (BSI)												
Somatización	7,0 (6,56)	7,02 (6,19)	0,320	0,05	7,0 (6,28)	7,64 (5,40)	0,457	0,09	4,78 (5,51)	6,28 (5,92)	1,685	0,30
Ansiedad	7,76 (7,30)	8,46 (7,31)	1,404	0,22	8,04 (6,39)	8,72 (6,62)	0,489	0,10	6,69 (6,24)	8,84 (7,10)	2,570*	0,45
Depresión	9,24 (6,47)	9,90 (6,91)	0,820	0,13	8,88 (6,51)	8,96 (7,44)	0,216	0,04	8,22 (6,68)	8,53 (6,99)	0,031	0,01
Puntuación total	24,0 (19,10)	25,39 (18,89)	1,313	0,21	23,92 (16,45)	25,32 (17,93)	0,081	0,02	19,69 (15,21)	23,66 (17,07)	1,875	0,33
Consumo de drogas en el mes previo												
% pacientes consumen alcohol en el mes previo	47,5	36	0,40	0,09	36	36	0,0	0	43,8	50	0,40	0,09
% pacientes consumen cocaína en el mes previo	25	62,5	13,24**	0,57	8	36	5,44*	0,36	21,9	31,3	1,0	0,16
% pacientes consumen cannabis en el mes previo	35	15	8,0**	0,44	32	24	2,00	0,22	15,6	12,5	0,33	0,09
% pacientes consumen heroína en el mes previo	2,5	0	1,0	0,16	0	0	-	-	0	0	-	-
Discapacidad funcional (WHODAS 2.0)												
Cognición	32,25 (26,58)	36,88 (28,75)	1,480	0,23	41,67 (24,35)	44,17 (24,21)	0,594	0,12	36,94 (28,42)	37,58 (27,11)	0,245	0,04
Movilidad	23,75 (28,80)	25,0 (29,59)	0,065	0,01	33,75 (28,47)	32,0 (31,16)	0,294	0,06	20,97 (23,97)	27,82 (31,03)	1,429	0,25
Cuidados personales	15,75 (25,71)	16,50 (24,97)	0,208	0,03	24,80 (29,74)	25,20 (28,30)	0,285	0,06	13,55 (18,17)	20,32 (27,14)	1,950	0,34
Relación con otras personas	28,33 (29,28)	29,79 (33,59)	0,544	0,08	32,0 (29,04)	33,67 (29,61)	0,261	0,05	28,33 (30,37)	26,67 (27,72)	0,202	0,04
Actividades de la vida diaria	33,59 (35,06)	36,41 (39,30)	0,477	0,07	31,67 (25,99)	42,50 (31,38)	1,501	0,30	34,84 (31,82)	33,87 (36,39)	0,170	0,03
Participación en la sociedad	32,48 (23,84)	38,35 (28,12)	1,637	0,26	36,67 (23,57)	46,0 (25,75)	1,560	0,31	37,93 (23,79)	37,93 (26,87)	0,204	0,04
Puntuación total	27,92 (21,99)	33,04 (25,93)	1,721	0,27	32,99 (19,07)	37,52 (20,96)	1,056	0,21	28,18 (19,76)	28,53 (20,05)	0,349	0,06

¹Tamaño del efecto estimado como "r" o "V de Cramer" * p < ,05; ** p < ,01

En términos de discapacidad funcional también se observa que la mayoría de pacientes no muestran cambios fiables. No obstante, hay mayores porcentajes de pacientes de CTA y de USMC que han visto deteriorado su funcionamiento en las dimensiones evaluadas (a excepción de autocuidados) en el transcurso de los seis meses. En cambio, entre quienes asisten

a la modalidad coordinada hay más pacientes que muestran mejoras en las dimensiones de la WHODAS 2.0 con respecto a quienes empeoran, a excepción de la dimensión autocuidados.

Cuando se comparan las tres modalidades asistenciales, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

Tabla 3 Porcentaje de cambio fiable (pre-post)

	CTA			USMC			Coordinada			Chi cuadrado	g.l.	p
	Mejora	Igual	Empeora	Mejora	Igual	Empeora	Mejora	Igual	Empeora			
Síntomas psicológicos (BSI)												
Somatización	25	57,5	17,5	24	64	12	15,6	68,8	15,6	1,474	4	,831
Ansiedad	12,5	67,5	20	8	80	12	9,4	68,8	21,9	1,533	4	,821
Depresión	17,5	57,5	25	20	64	16	21,9	50	28,1	1,687	4	,811
Puntuación total	10	67,5	22,5	16	68	16	6,3	81,8	12,5	2,906	4	,574
Discapacidad funcional (WHODAS 2.0)												
Cognición	15	62,5	22,5	16,7	58,3	25	22,6	48,4	29	1,508	4	,825
Movilidad	18,4	60,5	21,1	12	68,0	20,0	12,5	59,4	28,1	1,301	4	,861
Cuidados personales	15,0	70,0	15	28,0	52,0	20,0	3,1	65,6	31,2	9,045	4	,060
Relación con otras personas	17,5	60,0	22,5	20,0	56,0	24,0	19,4	71,0	9,7	2,653	4	,617
Actividades de la vida diaria	12,8	71,8	15,4	16,7	54,2	29,2	16,1	77,4	6,5	5,708	4	,222
Participación en la sociedad	12,8	56,4	30,8	16,0	52,0	32,0	24,1	55,2	20,7	2,126	4	,713
Puntuación total	10,5	60,5	28,9	17,4	52,2	30,4	17,9	71,4	10,7	4,419	4	,352

Discusión

El presente estudio se ha centrado en comparar la evolución de pacientes con patología dual que han sido atendidos en centros de adicciones, salud mental o que han recibido una atención coordinada entre ambos. Se esperaba que los pacientes que asistían a la modalidad coordinada tuvieran una evolución más favorable que los pacientes que acudían a cada uno de los servicios de manera independiente, conforme a lo expresado por otros autores^{33,34}. Sin embargo, los resultados de este estudio no apoyan totalmente esta hipótesis. De manera general, no se detectaron cambios estadísticamente significativos en ninguno de los grupos en términos de severidad psicopatológica ni nivel de autonomía. Se observó, por el contrario, un incremento en el consumo de cocaína en los tres grupos. No obstante, este incremento era estadísticamente significativo entre los pacientes que acudían a los servicios de salud mental o de adicciones exclusivamente, y no en entre quienes acudían a la modalidad coordinada. Igualmente, el análisis del cambio fiable mostró una amplia proporción de pacientes en los que no variaba su funcionalidad. Hay que señalar, no obstante, que es en el grupo de pacientes atendidos de manera coordinada en el que se observó un menor porcentaje de pacientes que no presentaban deterioro en las dimensiones de la WHODAS relativas a la relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad.

Existen diferentes estudios que han analizado el impacto de la atención coordinada en pacientes con patología dual. Sin embargo, los resultados son difícilmente comparables entre estudios, tanto por los instrumentos utilizados como por los tratamientos aplicados en cada caso. Teniendo esto presente, autores como Rosenheck y cols.³⁵ y King y cols.³⁶ encuentran en sus estudios mejoras en el estado psicopatológico de los pacientes que acudían a servicios coordinados entre salud mental y adicciones. En cambio, Mangrum y cols.³⁷ analizaron las hospitalizaciones de pacientes que eran atendidos bajo la modalidad integral frente a pacientes que eran atendidos de manera coordinada. Estos autores encontraron en este último grupo un incremento en los días de hospitalizaciones tras un año de seguimiento. Así pues, la literatura especializada muestra resultados dispares que no implican que sean contradictorios. La diversidad de terapias y tratamientos que pueden estar siguiendo los pacientes de cada estudio^{22,38}, probablemente afecte a los resultados encontrados en cada estudio.

Otro de los resultados a destacar es el relacionado con la retención en el tratamiento. Como se ha observado, gran parte de los pacientes abandonó el tratamiento antes de los 6 meses de seguimiento, siendo este porcentaje superior en los pacientes de la modalidad coordinada. La falta de retención y adherencia terapéutica en este grupo ha sido encontrada también en otros estudios^{20,24,36,39} y algunos autores se

han centrado en analizar los factores que subyacen⁴⁰⁻⁴². En este estudio, los autores consideran que las distancias físicas entre los distintos servicios puede ser un motivo que explique que los pacientes abandonen la modalidad coordinada, tal y como ya han señalado otros autores⁴³. Asimismo, aunque los servicios de salud mental y adicciones de este estudio son centros públicos, ambos están gestionados por diferentes instituciones. Por ello, los aspectos burocráticos relacionados con los servicios también pueden estar siendo un hándicap para una atención coordinada efectiva^{44,45}. No obstante, tampoco debe obviarse el hecho de que los profesionales consideran necesario tener una formación especializada para estos pacientes, por la complejidad que su diagnóstico y tratamiento requiere⁴⁶⁻⁴⁸.

Si bien el presente estudio ofrece resultados de interés para la planificación de los servicios asistenciales de pacientes con patología dual, es necesario también tener en cuenta diversas limitaciones. Por un lado, en este estudio se ha realizado un seguimiento a los 6 meses. Algunos autores consideran que el periodo recomendable de seguimiento debería ser superior a un año⁴⁹. Este menor tiempo podría estar explicando por qué en la mayoría de los pacientes no se aprecian cambios significativos en las variables estudiadas. Sin embargo, pone en valor en que durante este periodo de tiempo ya se observó una alta tasa de abandono terapéutico. Por otro lado, en el presente estudio la mayoría de los participantes eran hombres, por lo que la generalización de los resultados debe tener presente este aspecto. Sin embargo, esta distribución del género es representativa de la distribución observada en los centros públicos y concertados de adicciones en España⁵⁰ y similar al de otros estudios desarrollados en nuestro contexto⁵¹.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que el presente estudio ha mostrado que la falta de una integración efectiva de los servicios de salud mental y de adicciones puede conllevar a que los pacientes desistan de la atención coordinada entre estos servicios, con las consiguientes consecuencias negativas que tiene para su salud y su entorno.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por la Fundación Progreso y Salud (convocatoria para proyectos de investigación en Ciencias de la Salud y Biomedicina en Andalucía), proyecto PI-0287-2014.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Grant BF, Chou SP, Saha TD, Pickering RP, Kerridge BT, Ruan WJ, Huang B, Jung J, Zhan H, Fan A, Hasin, DS. Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:911-23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>
- Lai MX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
- Stinson FS, Grant BF, Dawson DA, Ruan WJ, Huang B, Saha T. Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80:105-16. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.009>
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine H, Charlson F, Norman RE, Flaxman A, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos, T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382:1575-86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Baingana F, Al'Absi M, Becker AE, Pringle B. Global research challenges and opportunities for mental health and substance-use disorders. *Nature*. 2015;527:172-7. <https://doi.org/10.1038/nature16032>
- Tirado-Muñoz J, Farré A, Mestre-Pinto J, Szerman N, Torrens M. Dual diagnosis in depression: treatment recommendations. *Adicciones* 2018;1:25-29. <https://doi.org/10.20882/adicciones.868>
- Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, Ferrari A, Hyman, S... Whiteford, H. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet*. 2016;387:1672-85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)
- Karapareddy V. A review of integrated care for concurrent disorders: cost effectiveness and clinical outcomes. *J Dual Diagn*. 2019;15:56-66. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1518553>
- Fantuzzi C, Mezzina R. Dual diagnosis: a systematic review of the organization of community health services. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:300-10. <https://doi.org/10.1177/0020764019899975>
- Szerman N, Parro-Torres C, Didia-Attas J, El-Guebaly N. Dual disorders: addiction and other mental disorders. Integrating mental health. In: Javed A & Gountoulakis K, ed: Switzerland: Springer, Cham; 2019.p.109-27

11. Padwa H, Guerrero EG, Braslow JT, Fenwick KM. Barriers to serving clients with co-occurring disorders in a transformed mental health system. *Psychiatr Serv.* 2015;66:547-50. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400190>
12. Petrakis M, Robinson R, Myers K, Kroes S, O'Connor S. Dual diagnosis competencies: a systematic review of staff training literature. *Addict Behav Rep.* 2018;7:53-57. <https://doi.org/j.abrep.2018.01.003>
13. Sterling S, Chi F, Hinman A. Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Res Health.* 2011;33:338-349.
14. Balhara Y, Lev-ran S, Martínez-Raga J, Benyamina A, Sing S, Blecha L, Szerman, N. State of training, clinical services and research on dual disorders across France, India, Israel, and Spain. *J Dual Diagn.* 2016;12:252-260. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1254309>
15. Burnam MA, Watkins KE. Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care. *Health Aff.* 2006;25:648-58. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.648>
16. McGovern MP, Lambert-Harris C, Gotham HJ, Claus RE, Xie H. Dual diagnosis capability in mental health and addiction treatment services: An assessment of programs across multiple state systems. *Adm Policy Ment Health.* 2014;41:205-14. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0449-1>
17. Staiger PK, Long C, Baker A. Health service systems and comorbidity: Stepping up to the mark. *Mental Health Subst Use.* 2010;3:148-61. <https://doi.org/10.1080/17523281003733514>
18. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J, Berry M, West N. Treatment approaches for dual diagnosis clients in England. *Drug Alcohol Rev.* 2008;27:650-58. <https://doi.org/10.1080/09595230802392816>
19. Charzynska K, Hyldager E, Baldacchino A, Greacen T, Henderson Z, Laijärvi H, Hodges CL, Lack C, Sieroslowski J, Baeck-Moller K. Comorbidity patterns in dual diagnosis across seven European sites. *Eur J Psychiat.* 2011;25:179-191. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632011000400001>
20. Staiger P, Howard A, Thomas AC, Young G, McCabe M. How can mental health and substance use services become dual diagnosis capable? Moving from theory into practice. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(Suppl 2):116. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-S2->
21. Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Fuste G, Daigre C, Ramos-Quiroga J, Casas M. Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40:63-9.
22. Savic M, Best D, Manning V, Lubman DI. Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Substance Abuse Treat Prev Policy.* 2017;12:1-12. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0104-7>
23. Torrens M, Mestre-Pintó J, Domingo-Salvany A. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Lisbon: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. 2015.
24. Roncero C, Palma-Álvarez R, Díaz-Morán S, Grau-López L, Ros-Cucurull E, Álvarez A, Casas M, Daigre C. Cocaine relapse and health-related quality of life: a 23 week study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019;47:37-44.
25. Mancheño-Barba JJ, Navas-León S, Gutiérrez-López ML, de la Rosa-Cáceres A, Cáceres-Pachón P, Lozano, O. M. Analysis of the profiles of patients with dual pathology attending addiction centers, mental health centers and a coordinated services. *Annals Psychol.* 2019;35:233-41. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.345721>
26. Üstün TB. Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. Geneva: World Health Organization. 2010.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^o Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
28. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med.* 1983;3:595-605.
29. Miele GM, Carpenter KM, Cockerham MS, Trautman KD, Blaine J, Hasin DS. Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2000;59:63-75. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00111-8](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00111-8)
30. Dacosta D, Fernández-Calderón F, González-Ponce B, Díaz-Batanero C, Lozano OM. Severity of Substance Use Disorder: utility as an outcome in clinical setting. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43:869-876. <https://doi.org/10.1111/acer.14020>
31. Jacobson NS, Truax P. Clinical Significance: A Statistical Approach to Denning Meaningful Change in Psychotherapy Research. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59:12-19. <https://doi.org/10.1177/1094428106291059>
32. McGlinchey JB, Atkins DC, Jacobson NS. Clinical Significance Methods: Which One to Use and How Useful Are They? *Behavior Therapy.* 2002;33:529-50. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80015-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80015-6)
33. Lesage A, Séguin M, Guy A, Daigle F, Bayle MN, Chawky N, Tremblay N, Turecki G. Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *Can J Psychiatry.* 2008;53:671-678. <https://doi.org/10.1177/070674370805301006>
34. Rush B, Urbanoski K. Seven Core Principles of Substance Use Treatment System Design to Aid in Identifying

- Strengths, Gaps, and Required Enhancements. *J Stud Alcohol and Drugs, Suppl.* 2019; Jan(Sup 18):9-21. <https://doi.org/10.15288/jsads.2019.s18.9>
35. Rosenheck RA, Resnick SG, Morrissey JP. Closing service system gaps for homeless clients with a dual diagnosis: Integrated teams and interagency cooperation. *J Ment Health Policy Econ.* 2003;6:77-88.
 36. King VL, Brooner R, Pelrc J, Kolodner K, Kidorf M. Challenges and outcomes of parallel care for patients with co-occurring psychiatric disorder in methadone maintenance treatment. *J Dual Diagn.* 2014;10:60-67. <https://doi.org/10.1080/15504263.2014.906132>
 37. Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2006;30:79-84. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.004>
 38. Murthy P, Mahadevan J Chand P. Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2019;32:293-99. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000510>
 39. Szerman N, Casas M, Bobes J. Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41:319-29.
 40. Herbeck DM, Fitek DJ, Svikis DS, Montoya ID, Marcus SC, West JC. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict.* 2005;14:195-207. <https://doi.org/10.1080/10550490590949488>
 41. Magura S, Rosenblum A, Fong C. Factors associated with medication adherence among psychiatric outpatients at substance abuse risk. *Open Addict J.* 2011;4:58. <https://doi.org/10.2174/1874941001104010058>
 42. O'Brien A, Fahmy R, Singh SP. Disengagement from mental health services: A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44:558-68. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
 43. Smith LJ, McNamara PJ, King AC. Optimizing follow-up and study retention in the 21st century: advances from the front line in alcohol and tobacco research. *Drug Alcohol Depend.* 2017;175:171-178. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.045>
 44. Sorsa M, Greacen T, Lehto J, Åstedt-Kurki, P. A qualitative study of barriers to care for people with co-occurring disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31:399-406. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.013>
 45. Wiktorowicz M, Abdulle A, Di Pierdomenico K, Boamah SA. Models of Concurrent Disorder Service: Policy, Coordination, and Access to Care. *Front Psychiatry.* 2019;19:10:61. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00061>
 46. Bonnie K. Improving dual diagnosis care in acute psychiatric inpatient settings through education. *Eur Psychiatry.* 2017;41:S467-S468. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.527>
 47. Roncero C, Gómez-Baeza S, Vázquez JM, Terán A, Szerman N, Casas M, Bobes J. (2013). Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41:319-329.
 48. Schwartz A, Frank A, Welsh J, Blankenship K, DeJong S. Addictions training in general psychiatry training programs: current gaps and barriers. *Acad Psychiatry.* 2018;42:642-47. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0950-2>.
 49. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2008;34:123-38. <https://doi.org/10-1016/j.jsat.2007.01.011>.
 50. Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018.
 51. González E, Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Barsurte I. Coexistence between personality disorders and substance use disorder. Madrid study about prevalence of dual pathology. *Actas Esp Psiquiatr* 2019;47:218-28.