

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Evaluación de la efectividad de distintas modalidades de intervención en pacientes con patología dual: un estudio longitudinal

Evaluation of the effectiveness of different intervention modalities in patients with dual pathology: a longitudinal study



**Universidad
de Huelva**

Facultad Educación, Psicología y Ciencias del Deporte

Autor: Sergio Navas León

Tutor: Óscar M. Lozano Rojas

Convocatoria Febrero, 2019

Área de Psicología Experimental. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Facultad de Ciencias de la Educación. Campus "El Carmen". Avda. Tres de Marzo s/n.

Email: sergio.navas@alu.uhu.es

Esta investigación ha sido realizada en el seno del Grupo de Investigación SEJ053 denominado Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales y de la Salud: Aplicaciones y Aprendizaje de la Universidad de Huelva.

AGRADECIMIENTOS

El autor del presente trabajo quiere mostrar su gratitud al Dr. Oscar M. Lozano Rojas, que confió y apostó por mí para llevar a cabo este trabajo y acogerme en el grupo de investigación como uno más.

A mis compañeros y amigos de máster, los cuales han sufrido junto a mi mucho estrés durante estos cursos, pero siempre nos hemos apoyado entre nosotros cuando lo hemos necesitado. Espero que sigan en mi vida por siempre.

Y finalmente, a mis padres, hermanos, amig@s y todos aquellos que me han apoyado de forma incondicional en esta etapa de mi vida.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción.....	6
Metodología.....	9
Diseño.....	9
Participantes.....	9
Instrumentos.....	10
Procedimientos.....	11
Análisis estadístico.....	12
Resultados.....	13
Discusión.....	23
Referencias.....	26
ANEXOS	36

RESUMEN

Introducción: La patología dual se define como la concurrencia en un mismo sujeto de un trastorno mental y de un trastorno por consumo de sustancias. Normalmente, el tratamiento es ofrecido por los servicios de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) o por los Centros de Tratamiento de Adicciones (CTAD). Actualmente, en Andalucía se ha puesto en marcha un modelo coordinado donde las dos redes se encuentran ligadas ofreciendo, a priori, una mejor asistencia para pacientes duales. Aunque la tendencia es hacia este último, aún no existe evidencia suficiente sobre qué modelo de tratamiento es más efectivo. **Objetivos:** Analizar la efectividad de tres modalidades terapéuticas (USMC, CTAD y coordinada) para pacientes con patología dual. **Metodología:** Se diseñó un estudio observacional-longitudinal con dos mediciones espaciadas en 6 meses. Se seleccionaron 182 pacientes onubenses mediante muestreo estratificado procedentes de las USMC, de los CTAD y de la modalidad coordinada. Los participantes fueron diagnosticados de patología dual. Se administró mediante entrevistas individualizadas el cuestionario Brief Symptom Inventory (BSI) así como la WHODAS 2.0 midiendo la discapacidad y la sintomatología psiquiátrica respectivamente. Se realizaron análisis entregrupos e intragrupos no paramétricos. También se halló la significación clínica mediante el método de Jacobson-Truax (en adelante, JB). **Resultados:** Los análisis entregrupos e intragrupos así como el cambio clínico no mostraron diferencias estadísticamente significativas en función de la modalidad asistencial acudida. Por otro lado, los asistentes a una modalidad coordinada mostraron menores tasas de adherencia terapéutica. **Discusión:** La modalidad coordinada no mostró mejores resultados terapéuticos respecto a ambas redes por separado. Podrían revisarse los protocolos de actuación conjunta entre ambas redes asistenciales para aumentar la retención al tratamiento, así como de adaptar los servicios al perfil del paciente. Además, se deberían realizar estudios de réplica en otras partes de Andalucía para corroborar estos hallazgos.

Palabras clave: Comorbilidad Psiquiátrica; Consumo de Drogas; Efectividad de la Intervención; Estudio Longitudinal; Salud Mental.

ABSTRACT

Introduction: Dual pathology is defined as the concurrence in the same subject of a mental disorder and a substance use disorder. Normally, the treatment is offered by the services of the Community Mental Health Unit (USMC) or by the Addiction Treatment Centers (CTAD). Currently, a coordinated model has been launched in Andalusia where the two networks are linked, offering, a priori, better assistance for dual patients. Although the trend is toward the latter, there is still not enough evidence about which treatment model is most effective. **Objectives:** To analyze the effectiveness of three therapeutic modalities (USMC, CTAD and coordinated) for patients with dual pathology. **Methodology:** An observational-longitudinal study was designed with two measurements spaced in 6 months. A total of 182 Huelva patients were selected through stratified sampling from the USMC, the CTAD and the coordinated modality. The participants were diagnosed with dual pathology. The Brief Symptom Inventory (BSI) questionnaire as well as the WHODAS 2.0 were administered through individualized interviews, measuring disability and psychiatric symptoms, respectively. Intergroup and nonparametric intragroup analyzes were performed. Clinical significance was also found by the Jacobson-Truax method (from now on, JB). **Results:** The intergroup and intragroup analyzes as well as the clinical change did not show statistically significant differences depending on the attended care modality. On the other hand, those attending a coordinated modality showed lower rates of therapeutic adherence. **Discussion:** The coordinated modality does not provide better therapeutic results with respect to both networks separately. The protocols of joint action between the two healthcare networks could be revised to increase retention to treatment, as well as to adapt the services to the patient's profile. In addition, replication studies should be conducted in other parts of Andalusia to verify these findings.

Keywords: Psychiatric comorbidity; Consumption of drugs; Effectiveness of the intervention; Longitudinal Study; Mental health.

Introducción

La patología dual hace referencia a la combinación de al menos un trastorno mental y un trastorno por abuso de sustancias en un mismo individuo (Murthy y Chand, 2012). Precisamente, en los últimos años ha crecido el interés en esta temática por su cronicidad y necesidad de servicios médicos especializados (Schoenthaler et al., 2017).

Normalmente, estos pacientes muestran “amplios desajustes en varios dominios de la vida” (Morrens et al., 2011 p.105). Presentan altas tasas de desempleo, marginalización, pobreza, aislamiento, baja adherencia terapéutica, autolesiones, problemas judiciales, falta de vivienda así como escasez de rutinas saludables (Donald, Dower y Kavanagh, 2005; Drake et al., 2001; O’Brien et al., 2004). Además, padecen mayor cronicidad y severidad psicopatológica en comparación con aquellos con un único trastorno (Torrens, Mestre-Pintó, Joan-Ignasi, y Domingo-Salvany, 2015). En consecuencia, la calidad de vida de estos pacientes se ve afectada (Daigre et al., 2017) presentando altas tasas de enfermedades (eg. infección por VIH o Hepatitis) y años de vida perdidos (Whiteford et al., 2013). Por tanto, esta acumulación de variables hacen que el manejo terapéutico sea considerado por los mismos profesionales como desafiante (De Ruyscher, Vanheule y Vandeveld, 2017; Murthy y Chand, 2012) llegando a ser calificado incluso como “imposible” (Dumaine, 2003 p.144).

A nivel epidemiológico, la presencia de la patología dual se encuentra bien documentada entre la población general (Amin-Esmaeili et al., 2016; Grant et al., 2017; Lai, Cleary, Sitharthan y Hunt, 2015; Regier et al., 1990; Stinson et al., 2005). Por ejemplo, en EEUU, la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) en el año 2014 a través de la *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH), reportaron que hasta 7.9 millones de adultos presentaron esta concurrencia durante el año anterior (NSDUH, 2014). En ausencia de este tipo de estudios en Europa, los datos epidemiológicos deben tomarse con cautela ya que difieren en la metodología, muestras empleadas o sustancias a considerar (Torrens et al., 2015). Aun así, en países como Dinamarca, Finlandia, Polonia, Inglaterra o Escocia se estima que de 43 a 120 individuos por cada 100.000 habitantes cumplen el criterio de patología dual (Baldacchino et al., 2009).

Sin embargo, la prevalencia es mayor entre la población clínica que entre la población general (Donald et al., 2005; Lai et al., 2015; Rosenthal, Nunes y Le Fauve,

2012) llegando incluso a ser superior si se incluyen aquellos casos menos graves (Rotsde Vries, van de Goor, Stronks y Garretsen, 2011). De hecho, la *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) informa, en muestras de consumidores de drogas, prevalencias que oscilan entre el 14 % y el 54 % (EMCDDA, 2013).

En España, estudios llevados tanto en salas de emergencia en hospitales (Martín-Santos et al., 2006) como redes ambulatorias de drogas (Martínez-Gras et al., 2016), reflejan prevalencias de un 17% y un 22.8 % respectivamente. En la misma línea, Szerman et al. (2011) hallaron prevalencias en la red de drogas de un 36.78 % y 28,78% en la red de salud mental respectivamente. También diversos estudios llevados a cabo, en redes de drogodependencias, comunidades terapéuticas o programas de desintoxicación han hallado prevalencias relevantes (Araos et al., 2014; Astals et al., 2009; Pereiro, Pino, Flórez, Arrojo y Becoña, 2013; Vergara-Moragues et al., 2012).

En consecuencia, existe un elevado gasto sanitario (Dumaine, 2003; Patel et al., 2016; Toftdahl, Nordentoft y Hjorthøj, 2016) debido a la alta tasa de admisiones por urgencias y recaídas (Donald et al., 2005) llegando a ser calificado como “un problema de salud pública” (Chow, Wieman, Cichocki, Qvicklund y Hiersteiner, 2013 p.151).

Una forma de mejorar la asistencia para este colectivo ha sido a través del estudio de la eficacia de las distintas modalidades de intervención (Donald et al., 2005). Aunque la evidencia apunta a que ambos trastornos se encuentran estrechamente interrelacionados (Cerdá, Sagdeo y Galea, 2008), históricamente los pacientes han recibido para cada trastorno un tratamiento independiente proveniente tanto de las redes de salud mental como de drogodependencias (Mangrum, Spence y Lopez, 2006). Esto ha dado lugar a dos modalidades de tratamiento: secuencial y en paralelo.

La modalidad secuencial consiste en la priorización del que se considera el trastorno primario del paciente (Staiger, Long y Baker, 2010) para que, una vez estabilizado, el paciente pueda ser referenciado en otra red asistencial para tratar el trastorno secundario (Rojas y Peters, 2016). Este modelo se encuentra desaconsejable para tratar la patología dual (Burnam y Watkins, 2006) ya que es difícil para las dos redes asistenciales establecer un consenso sobre cuál es el trastorno primario a tratar así como de los criterios de éxito para referenciar al paciente hacia la otra red (Lieb, 2015). En cuanto a la modalidad paralela, ésta se basa en un tratamiento simultáneo entre las

distintas redes asistenciales alcanzando para ello cierto grado de colaboración (Donald et al., 2005; Torrens et al., 2015).

Como alternativa a ambos modelos, diversos estudios han señalado que una modalidad integrada se encuentra entre la más recomendable para este colectivo (Drake et al., 2001; Drake, O'Neal y Wallach, 2008; Kola y Kruszynski, 2010; Murthy y Chand, 2012; Priester et al., 2016; Schulte, Meier y Stirling, 2011; Torrens, Rossi, Martínez-Riera, Martínez-Sanvisens y Bulbena, 2012). Esto se debe a que el tratamiento viene a ser realizado por un equipo multidisciplinar, en un mismo lugar físico y tratando de forma consistente ambos trastornos por igual (Sinha, Garg y Prakash, 2017). Sus componentes principales residen en un enfoque biopsicosocial, motivacional, asertivo, comprensivo con las necesidades del paciente, basado en la reducción de daños y de tiempo indefinido (Mueser, Noordsy, Drake y Fox, 2003). Sin embargo, su eficacia es aún inconclusa (Donald et al., 2005; Tiet y Mausbach, 2007; Torchalla, Nosen, Rostam y Allen, 2012) por lo que “la evidencia para recomendar un tipo de modalidad sobre otra es pequeña” (Sterling, Chi y Hinman, 2011 p.342)..

En cuanto a España y a las distintas modalidades asistenciales disponibles, generalmente los pacientes con patología dual reciben tratamiento en redes asistenciales independientes (drogodependencias y salud mental) con escasa coordinación entre ellas (Vega et al., 2015). Además, hoy día son inexistentes los estudios en nuestro país que ofrecen datos sobre la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento.

En respuesta a esta situación, en Andalucía, la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS) y la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias (DGSSAD) diseñaron conjuntamente un “Protocolo de Actuación Conjunta” destinadas a la coordinación entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y los Centros de Tratamientos de Drogodependencias (CTAD) (DGAS y DGSSAD, 2012). Esta modalidad coordinada se considera un paso intermedio hasta una completa integración entre ambas redes, requiriendo un menor tiempo de implementación y, por tanto, consumo de recursos (Staiger et al., 2010). Sin embargo, esta iniciativa no llega a todos por igual ya que recae en los mismos pacientes o familiares la decisión de adherirse a una u otra modalidad. Por tanto, en Andalucía existen dos grupos de pacientes: aquellos atendidos de forma coordinada y aquellos atendidos bien por las USMC o bien por los CTAD.

El objetivo del presente estudio es analizar la efectividad tanto de la modalidad secuencial como de la coordinada en pacientes con patología dual. Para ello, se formula la hipótesis de que aquellos pacientes asistentes a una modalidad coordinada mostrarán mayor estabilidad psicopatológica y calidad de vida respecto al grupo de pacientes atendidos exclusivamente por una modalidad secuencial.

Metodología

Diseño

Se realizó un diseño observacional longitudinal. Hubo dos evaluaciones: una evaluación basal y otra trascurridos seis meses.

Participantes

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo aleatorio estratificado. El marco muestral estaba conformado por pacientes atendidos tanto por las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) así como de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones (CTAD) de la provincia de Huelva.

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 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.

Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico: Con el fin de recopilar información sobre los pacientes del estudio. Cada cuestionario se identificó con un código (mantenimiento de la confidencialidad). El cuestionario contenía preguntas sobre la edad, sexo, nivel educativo, estatus socioeconómico, estado marital y situación laboral.

Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Evaluación de la Salud y de la Discapacidad -WHODAS 2.0 12+24 ítems (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, y Rehm, 2010). Es un instrumento genérico, que mide la salud y la discapacidad en la práctica clínica. Capta el nivel de funcionamiento en seis dimensiones: Cognición (6 ítems), Movilidad (5 ítems), Cuidado Personal (4 ítems), Relaciones (5 ítems), Actividades Cotidianas (4 ítems), y Participación (8 ítems). El sistema de puntuación proporciona una puntuación por cada dimensión, así como una general correspondiente a la suma total de ítems. A mayor puntuación mayor discapacidad. El formato de respuesta es tipo Likert puntuándose en función del nivel de discapacidad: Nada (1), Leve (2), Moderado (3), Severo (4) y Extremo (5). La puntuación oscila entre 0 y 100 puntos. Ya que la mayoría de los pacientes estaban en situación de desempleo se eliminaron los ítems asociados a esta dimensión reduciéndose la escala a 32 ítems. Respecto a la consistencia interna, el valor α arrojó un valor de 0.90 considerado como aceptable. Por dimensiones se han encontrado valores de entre $\alpha=0.74$ (Cuidado Personal) y $\alpha=0.87$ (Actividades).

Inventario Breve de Síntomas-BSI-18 (Derogatis y Melisaratos, 1983) siendo desarrollada posteriormente una versión española por Ruiz-Pérez et al. (2001), empleada en este estudio. Escala autoaplicada, que se emplea como screening para la evaluación de síntomas de trastornos mentales y del comportamiento. Cuenta con un índice de severidad global y con tres dimensiones (con 6 ítems cada una): Somatización, Ansiedad y Depresión. El formato de respuesta es tipo Likert: Nada (0), Poco (1), Regular (2), Bastante (3) y Mucho (4). 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 estrés psicológico. Se obtuvieron buenos índices de consistencia interna, arrojando un valor total de $\alpha=0.95$ así como para las dimensiones de Ansiedad ($\alpha=0.90$), Somatización ($\alpha=0.90$) y Depresión ($\alpha=0.88$). En su versión española se han hallado adecuadas propiedades psicométricas tanto de fiabilidad como de validez (Andreu et al., 2008).

Procedimiento

Los test fueron administrados por un psicólogo con experiencia que recibió formación y entrenamiento específico para la administración de las pruebas. Las entrevistas se llevaron a cabo en salas habilitadas en los CTA y USMC donde los pacientes recibían tratamiento. En ellas, el psicólogo 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 informó que todo dato recogido, excepto por autorización expresa, no se vería incluido en su historial médico. Posteriormente, se les invitaba a leer el consentimiento informado para que una vez firmado comenzara el estudio. Una vez finalizada la administración de las pruebas, el psicólogo custodiaba los resultados en un despacho de la Universidad de Huelva siendo posteriormente volcados en una base de datos. Este estudio fue aprobado tanto por la Comisión de Ética de la Universidad de Huelva como de las USMC.

Los datos empleados en este trabajo han sido cedidos por el investigador principal del proyecto PSI2016-79368-R financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad en su convocatoria RETOS.

Análisis de Datos

Se emplearon análisis descriptivos para caracterizar a la muestra. Para las comparaciones entre variables cualitativas se requirió del test de Chi-Cuadrado. Los datos se distribuían de forma no-normal. Por ello, para la relación entre las puntuaciones (totales y por dimensiones) y la variable categórica de pertenencia a una modalidad u otra se empleó para las comparaciones entre grupos e intragrupos el test de Kruskal-Wallis y el test de Friedman respectivamente. Se fijó un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

Como complemento a la significación estadística, para verificar si los cambios en las variables dependientes presentaron significación clínica se calculó el índice de cambio fiable (en adelante, ICF) propuesto por Jacobson y Truax (1991). Para ello, se calculó a través de la siguiente fórmula:

$$RC = \frac{X_2 - X_1}{EED} = \frac{X_2 - X_1}{\sqrt{2(DE_{norma}\sqrt{1-r_{xx}})}} , \quad (1)$$

$$EED = \sqrt{2(EEM)^2} = EEM\sqrt{2} , \quad (2)$$

$$EEM = DE_{norma}\sqrt{1-r_{xx}} . \quad (3)$$

donde X_2 se refiere a la puntuación Post-tratamiento, X_1 puntuación Pre-tratamiento, EED el error estándar de las diferencias, DE_{norma} la Desviación Estándar de la muestra normativa, r_{xx} fiabilidad en el momento pre-test y el EEM el error estándar de medida del instrumento.

Como se desconocen los datos normativos (en este caso en población consumidora) se empleó el criterio “a” descrito por McGlinchey, Atkins y Jacobson (2002). Esto implica que: un RCI $> 1,96$ significa cambio clínico positivo (etiquetado como “Mejora”) donde el paciente vuelve a la población funcional tras el tratamiento; RCI $< -1,96$ un cambio clínico negativo situándose en valores disfuncionales (etiquetado como “Empeora”); y valores entre $-1,96$ y $1,96$ una ausencia de cambio (etiquetado como “Igual”). Este método se aplicó para ambas escalas expresado mediante representaciones gráficas y tablas para facilitar su entendimiento. En ellas, para ver si existen significativas en cuanto al cambio clínico (“Mejora”, “Igual”, “Empeora”) en función de la modalidad asistencial acudida, se calculó el estadístico chi-cuadrado.

Finalmente, el mismo procedimiento se siguió para la adherencia terapéutica (etiquetada como “No acude a citas” -0- y “Acude a citas” -1-) realizándose mediante tablas de contingencia, estableciendo la asociación entre estas variables a través del estadístico chi-cuadrado.

El paquete estadístico SPSS, versión 22.0, fue empleado para analizar los datos.

Resultados

La tabla 1 refleja las características sociodemográficas. En total, participaron 182 pacientes con edades comprendidas entre 19 y 73 años ($M=41,17$; $DT=11,16$). Del total, el 82% fueron hombres ($M=41.31$, $SD=11,05$) y un 16.9% mujeres ($M=40.48$, $SD=11,90$). Respecto al nivel educativo, el 22.5% de sujetos no tenían ningún tipo de estudios, un 45.6% tenían estudios primarios, un 28.6% estudios superiores y solo un 3.3% estudios universitarios. Por otro lado, a nivel laboral, un 8.2% tenían empleo, un 44.5% estaban desempleados, el 3.8% de baja por enfermedad, un 42.3% recibían un subsidio por su condición y un 1.1% se encontraba jubilado. La mayoría de los pacientes estaban solteros (66.5%), seguido de los casados (11.5%), divorciados (12.6%), separados (6%) y viudos (2.7%). No se hallaron diferencias significativas en función de la modalidad acudida.

Tabla 1.

Características sociodemográficas según la modalidad asistencial acudida

	CATD	USMC	Coordinada	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Género: hombre	50 (80.6)	46 (90.2)	55 (79.7)	0.351
Edad (M, de)	42.63 (10.55)	38.29 (12.11)	41.17 (10.73)	0.131
Estado civil				0.113
Soltero/Viudo	45 (72.6)	36 (70.6)	44 (63.8)	
Casado/En pareja	6 (9.7)	9 (17.6)	8 (11.5)	
Separado	5 (8.1)	1 (2.0)	5 (7.2)	
Divorciado	6 (9.7)	5 (9.8)	1 (17.4)	
Nivel Educativo				0.911
Básico	31 (50)	23 (45.1)	29 (42)	
Medio	16 (25.8)	13 (25.5)	23 (33.3)	
Superior	2 (3.2)	1 (2)	3 (4.3)	
Sin estudios	13 (21.0)	14 (27.5)	14 (20.3)	
Situación Laboral				0.127
Trabajando	7 (11.3)	5 (9.8)	3 (4.3)	
Desempleado	34 (54.8)	17 (33.3)	30 (43.5)	
Pensionista	21 (33.9)	29 (56.9)	36 (52.2)	
Ingresos				0.059
Sin ingresos	42 (67.7)	23 (45.1)	40 (58)	
Ingresos no estables	16 (25.8)	17.7 (33.3)	21 (30.4)	
Ingresos estables	4 (6.1)	11 (21.6)	8 (11.6)	

Nota. M= Media; DE= Desviación Estándar; *p<.05

Respecto al motivo de la demanda, un 40.7% de los pacientes presentó problemas con el alcohol, un 45.6% con la cocaína, 44.5% con el cannabis y un 24.2% con la heroína (ver Tabla 2).

Sustancia	CTAD	USMC	Coordinado	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Alcohol	22 (35.5)	22 (43.1)	30 (40.5)	0.649
Cannabis	14 (61.3)	37 (25.5)	30 (46.4)	0.00*
Cocaína	38 (22.6)	13 (72.5)	32 (43.5)	0.00*
Heroína	24 (38.7)	4 (7.8)	16 (23.2)	0.00*

Nota.*p<.05

Análisis estadístico

En la tabla 3 se muestra la comparación de las puntuaciones en sintomatología psiquiátrica y discapacidad entre los tres grupos para los momentos Pre y Post respectivamente. Los análisis no reflejaron asociaciones significativas en función de la modalidad asistencial acudida.

A continuación, en la tabla 4, el análisis intrasujetos reflejó diferencias estadísticamente significativas para la BSI-18 en la dimensión somatización ($\chi^2(1) = 4.546$, $p = 0.033$), y ansiedad ($\chi^2(2) = 5.813$, $p = 0.016$) así como para la WHODAS 2.0 en actividades diarias ($\chi^2(1) = 5.71$, $p = 0.017$) y la puntuación total ($\chi^2(1) = 4.762$, $p = 0.029$). Para ello, se aplicó la prueba post hoc de Wilcoxon con corrección de Bonferroni ($0.05/3$) fijando así el valor en $p < 0.017$. No se hallaron diferencias significativas en función del servicio asistencial exceptuando la dimensión ansiedad para la modalidad coordinada ($Z = -0.257$, $p = 0.010$).

Tabla 3.

Análisis entregrupos

		USMC (M)		CTAD (M)		Coordinada (M)		χ^2		g.l	P	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post		Pre	Post
BSI-18	Somatización	6,32	8,72	7,31	8,46	6,13	8,84	1.362	1.707	2	0.506	0.426
	Ansiedad	7,72	7,64	7,95	7,02	7,56	6,28	0.067	0.133	2	0.967	0.936
	Depresión	8,92	8,96	9,31	9,90	8,97	8,53	0.209	0.875	2	0.901	0.646
	Total	22,96	25,32	24,57	25,39	22,66	23,66	0.293	0.263	2	0.864	0.877
WHODAS 2.0	Cognición	40,20	44,17	32,18	36,88	35,68	36,56	2.33	2	2	0.311	0.368
	Movilidad	25,75	32,00	19,46	25,00	22,06	26,95	2.69	1.408	2	0.261	.495
	C.Personal	17,60	25,20	13,87	16,50	13,64	20,31	0.482	2.231	2	0.786	0.328
	Relaciones	29,50	33,67	25,54	29,79	26,30	28,13	0.793	1.186	2	0.673	0.553
	A. Diarias	30,00	42,50	28,52	36,25	35,76	32,81	1.09	1.897	2	0.574	0.387
	Participación	36,58	46,00	30,60	38,35	37,37	38,71	2.67	1.591	2	0.262	0.451
	Total	30,74	37,52	25,67	32,55	28,31	31,49	2.048	1.92	2	0.359	0.373

Nota. g.l =grados de libertad; *p<.05-Test de Kruskal-Wallis. No se realizaron comparaciones post hoc porque la prueba global no mostró diferencias significativas.

Tabla 4

Análisis intrasujetos

					USMC		CTAD		Coordinada	
		χ^2	<i>P</i>	<i>g.l</i>	<i>P</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>Z</i>
BSI-18	Somatización	4,545	*0.033	1	0.647	-0.457	0.749	-0.320	0.092	-1.685
	Ansiedad	5.813	*0.016	1	0.625	-0.489	0.160	-1.404	*0.010	-2.570
	Depresión	0.429	0.513	1	-	-	-	-	-	-
	Total	3.108	0.078	1	-	-	-	-	-	-
WHODAS 2.0	Cognición	2.844	0.092	1	-	-	-	-	-	-
	Movilidad	0.889	0.346	1	-	-	-	-	-	-
	C.Personal	0.153	0.696	1	-	-	-	-	-	-
	Relaciones	0.778	0.378	1	-	-	-	-	-	-
	A. Diarias	5,71	*0.017	1	0.133	-1.501	0.633	-0.477	0.865	-0.170
	Participación	3.048	0.081	1	-	-	-	-	-	-
	Total	4.762	*0.029	1	0.291	-1.056	0.085	-1.721	0.727	-0.349

Nota. *p<0.5-Test de Friedman. Para las comparaciones post hoc se empleó la prueba de Wilcoxon

Análisis alternativo-Índice del Cambio Fiable

A continuación, se calcularon los siguientes valores representados en la Tabla 3 para calcular el ICF tanto para la BSI como para la WHODAS 2.0.

Tabla 5.
Valores para calcular el ICF

		N	r_{xx}	DE	EEM	EED
BSI	Somatización	98	0,90	6.185	1,62	2,38
	Ansiedad	102	0.901	6.372	1,73	2,58
	Depresión	98	0.886	6.387	1,73	2,46
	Total	98	0.955	16.79	4,56	6,46
WHODAS 2.0	Cognición	95	0.818	26.75	7,27	10,29
	Movilidad	95	0.792	26.05	7,08	10,02
	C. Personal	97	0.743	21.84	5,94	8,40
	Relaciones	96	0.748	27.33	7,43	10,51
	A. Diarias	94	0.877	32.31	8.78	12,43
	Participación	93	0.785	24.18	6,57	9,3
	Total	89	0.926	19.82	5,39	7,62

Por otro lado, se representa gráficamente el cambio clínico para las puntuaciones totales para la WHODAS 2.0 (Figura 1 y 2) y para la BSI-18 (Figura 3 y 4). Para la WHODAS 2.0, se calculó el ICF mediante la diferencia entre la puntuación pre-post dividida por el error estándar de la diferencia (6,46), hallándose que de los 89 participantes que contestaron a la prueba, 11 mostraron alguna mejoría, otros 19 empeoraron y 59 no mostraron cambios respecto a la puntuación total, es decir, se situaron entre las dos bisectrices. La misma lógica para la BSI-18 donde 71 de los pacientes permanecieron sin cambios, 17 empeoraron y 10 mostraron alguna mejoría después del tratamiento. Además, a modo de resumen, en las tablas 6 y 7 se refleja el cambio clínico por dimensiones de ambos instrumentos. Como puede observarse, no se hallaron diferencias significativas en función de la modalidad asistencial acudida. Tanto el ANEXO I como el ANEXO II se refleja el cambio clínico mediante diagrama de barras.

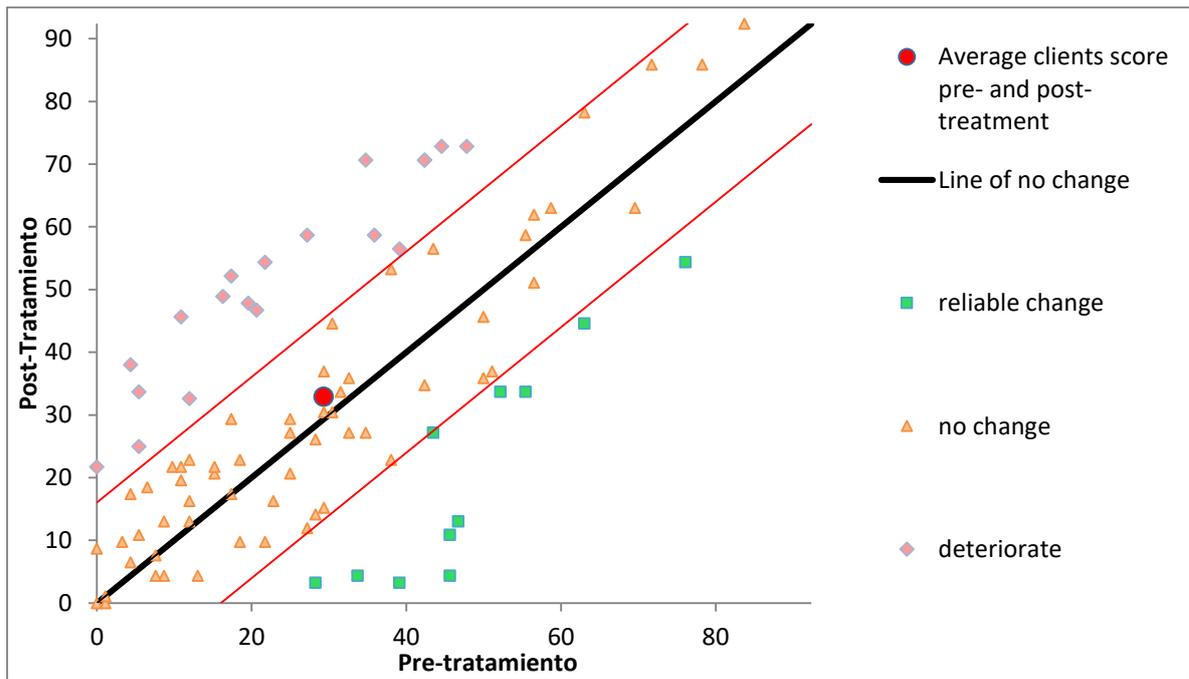


Figura 1. Cambio clínico para la puntuación total de la WHODAS pre-test y post-test.

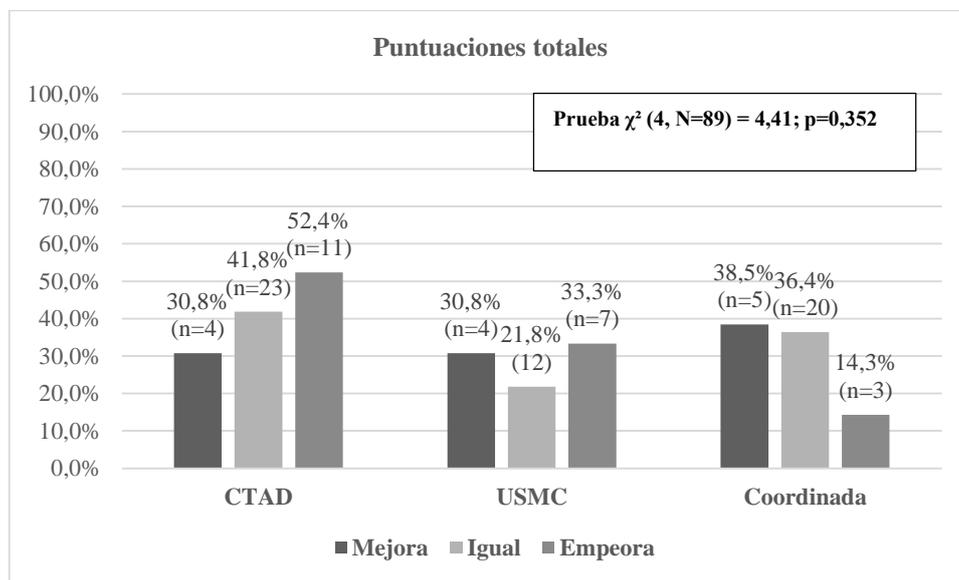


Figura 2. Representación del cambio terapéutico de las puntuaciones totales en función de la modalidad de intervención

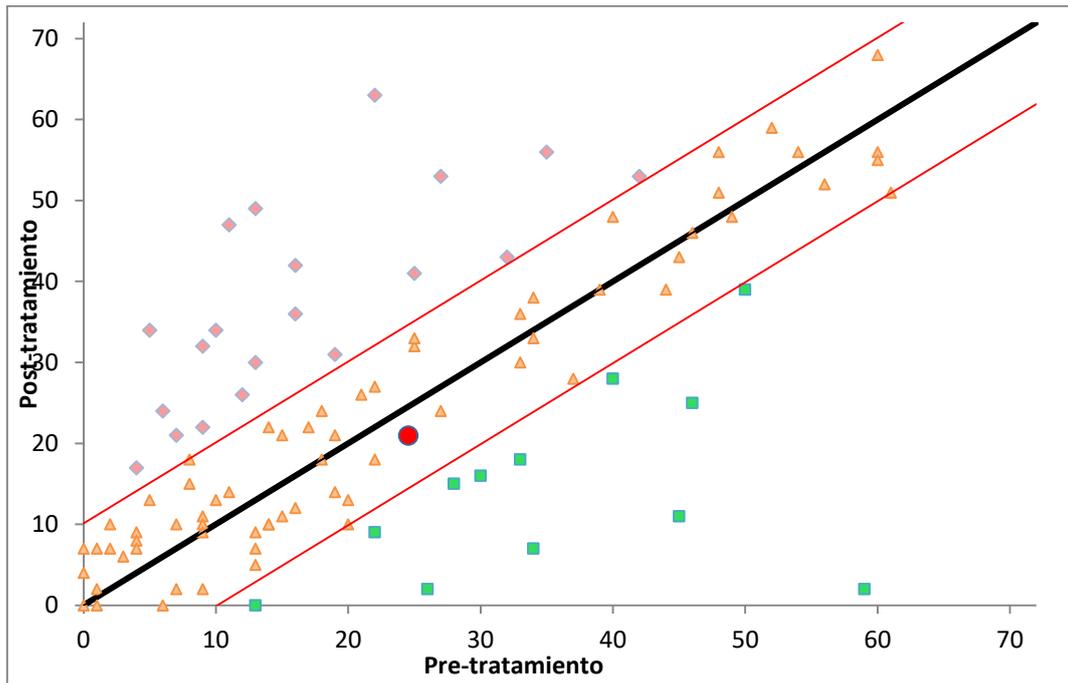


Figura 3. Cambio clínico para la puntuación total de BSI-18 pre-test y post-test.

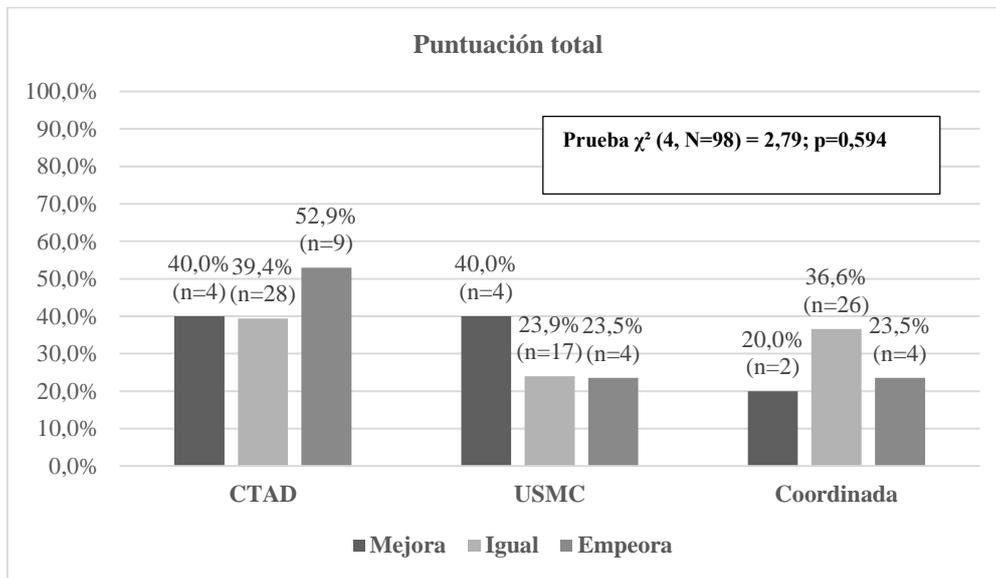


Figura 4. Representación del cambio terapéutico de la puntuación total en función de la modalidad de intervención

Tabla 6.

Porcentaje de cambios por dimensiones para la WHODAS 2.0.

	CTAD		USMC	Coordinada	P
	N	%	%	%	
Cognición	89				0.825
Mejora		35,3%	23,5%	41,2%	
Igual		46,3	25,9	27,8	
Empeora		37,5	25	37,5	
Movilidad	95				0.861
Mejora		50	21,4	28,6	
Igual		39	28,8	32,2	
Empeora		36,4	22,7	40,9	
C. Personal	97				0.06
Mejora		42,9	50	7,1	
Igual		45,2	21	33,9	
Empeora		28,6	23,8	47,6	
Relaciones	96				0.617
Mejora		38,9	27,8	27,8	
Igual		40	23,3	23,3	
Empeora		50	33,3	33,3	
A. diarias	94				0.222
Mejora		35,7	28,6	35,7	
Igual		43,1	20	36,9	
Empeora		40	46,7	13,3	
Participación	93				0.713
Mejora		31,3	25	43,8	
Igual		43,1	25,5	31,4	
Empeora		46,2	30,8	23,1	

Tabla 7

Porcentaje de cambios por dimensiones para la BSI-18

	CTAD		USMC	Coordinada	P
	N	%	%	%	
Somatización	98				0.859
Mejora		40	40	20	
Igual		39,4	23,9	36,6	
Empeora		52,9	23,5	23,5	
Depresión	98				0.594
Mejora		47,6	28,6	23,8	
Igual		38,7	25,8	35,6	
Empeora		46,7	20	33,33	
Ansiedad	98				0,688
Mejora		36,8	26,3	36,8	
Igual		42,9	28,6	28,6	
Empeora		43,5	17,4	39,1	

Relación de la modalidad de intervención y adherencia terapéutica

En la tabla 8 se representa el grado de adherencia por modalidad asistencial acudida. En el CTAD se dan diferencias significativas siendo la modalidad con mayor adherencia terapéutica (70% acude). Sin embargo, tanto para las USMC como para la modalidad coordinada no se dan diferencias significativas donde en esta última, el 47,1% de pacientes no acudieron a sus citas.

Tabla 8.

Adherencia terapéutica por modalidad asistencial acudida

	CTAD	USMC	Coordinado
Adherencia	n (%)	n (%)	n (%)
No acude	14 (22.6)	21 (41.2)	32 (47.1)
Acude	48* (77)	30 (59)	36 (53)
Total	62	51	68

Nota. *p<.05

Discusión

Diversos estudios han señalado la utilidad, a efectos pragmáticos y de optimización de los recursos existentes, de una coordinación eficaz entre los servicios de salud mental y drogodependencias al ofrecer una mejor atención para aquellos pacientes con patología dual (Georgeson, 2009; Weaver, Stimson, Tyrer, Barnes y Renton, 2004). Por tanto, este trabajo tomó como principal objetivo analizar la efectividad tanto de la modalidad coordinada como de las dos secuenciales (USMC y CTAD) bajo la hipótesis de que aquellos pacientes que acudían a ambos servicios de forma simultánea tendrían una mejor evolución clínica. De hecho, se encuadra con los objetivos marcados por el plan de Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA, 2017) y por el III Plan Andaluz de Drogas y Adicciones 2016-2021 (CIPS, 2016) en cuanto a la necesidad de optimizar una coordinación eficaz entre ambas redes asistenciales.

Desde un punto de vista general, los resultados no apoyaron la hipótesis inicialmente planteada. Los pacientes adheridos a una modalidad coordinada no mostraron mejores resultados en cuanto a los indicadores de estabilidad psicopatológica y funcionalidad respecto a los pacientes asistentes a las USMC o CTAD. En la misma línea, el análisis del cambio clínico mediante el método de JB demostró que gran parte de los pacientes no experimentaron cambios significativos en las dimensiones de los dos instrumentos administrados. A pesar de que en España se cuentan con iniciativas de coordinación a nivel autonómico como en Extremadura (CSD, 2012) o de forma más regional en Valencia (SM-UCA, 2012) a día de hoy son inexistentes los estudios de efectividad, por lo cual se carecen de referentes para los resultados hallados. Sin embargo, aunque no del todo comparables, estudios de meta-análisis como el realizado por Hunt, Siegfried,

Morley, Sitharthan y Cleary (2013) reflejaron que los tratamientos no-integrados no mostraron superioridad respecto a los tratamientos estándares, en términos de recaídas, fallecimientos, consumo, calidad de vida o en el funcionamiento global. Aunque los resultados de este trabajo hay que tomarlos con cautela, arrojan cierta incertidumbre sobre estas modalidades (secuenciales y coordinadas en nuestro caso) y su efectividad clínica. Quizás deberían de analizarse hasta qué punto se coordinan ambas redes ya que es común de que persistan diferencias administrativas u organizacionales que impiden una correcta colaboración entre ellas (Burnam y Watkins, 2006; Canaway y Merkes, 2010).

También entre esta población es común la falta de adherencia al tratamiento. Por ejemplo, el Observatorio Nacional de Drogas y Adicciones calculó que en el 2015 un 37,46% de los admitidos a tratamiento ya lo habían hecho de forma previa (OEDA, 2017). En nuestro caso, se reflejó en una alta tasa de abandonos en la modalidad coordinada (47,1%). Normalmente, y como en este estudio, la responsabilidad de adherirse a una u otra red asistencial recae en el propio paciente (Savic, Best, Manning, y Lubman, 2017) provocando así un aumento de las recaídas (Torrens et al., 2012) agravándose al lidiar con dos servicios simultáneos separados físicamente ya que los pacientes suelen encontrar dificultades en gestionarse su propio tratamiento (Donald et al., 2005; Ness, Borg, Davidson y Davidson, 2014). Una de las soluciones puede pasar por analizar el perfil de paciente asistente a los distintos servicios y adecuarlos a sus características (Carou, Romero, y Luengo, 2017) y las barreras organizacionales de las redes asistenciales optimizando por ejemplo la formación de profesionales o los canales de comunicación (Canaway y Merkes, 2010). Por ejemplo, en nuestro país, en una encuesta realizada a profesionales de salud mental se reflejó baja concordancia (61%) entre la percepción de los profesionales y los recursos ya disponibles (Roncero et al., 2014).

Por otro lado, este estudio presenta varias limitaciones. La patología dual implica resultados terapéuticos a largo plazo y el tiempo de seguimiento de 6 meses de este estudio puede considerarse insuficiente (Drake et al., 2008) siendo necesario periodos superiores al año. Además, respecto al cambio clínico la gran mayoría de los pacientes se mantuvieron estables, y sin ser por sí mismo una limitación, posiblemente puntuaron con bajas puntuaciones en la evaluación basal. Una intervención motivacional planificada a niveles tempranos podría haber aumentado las posibilidades para un cambio clínico significativo (Ronk, Hooke y Page, 2016). Respecto a la alta presencia de población masculina, la generalización de los resultados puede verse limitada al contar con escasa

presencia de mujeres. También puede verse afectada por el hecho de que en Andalucía el 74,2% de centros son públicos (CIPS, 2016) hallándose quizás distintitos resultados en centros de titularidad privada.

A pesar de ello este es el primer estudio a nivel nacional que analiza la efectividad de estos servicios para pacientes con patología dual. Además la mayoría de estudios se han realizado con muestras procedentes o bien de la red de salud mental o bien de la de adicciones exclusivamente (San et al., 2016). Por otra parte, a pesar de que el método de JB no es común en psicología (Zahra y Hedge, 2010), puede ser un complemento útil a la significación estadística ya que se focaliza tanto en la validez externa como en la validez interna (Mata et al., 2018). Por ello, se espera animar a futuros estudios de su aplicación en muestras clínicas tal y como se ha venido haciendo ya en pacientes con patología dual (Ronk et al., 2016).

Teniendo en cuenta las limitaciones mencionadas anteriormente, posibles estudios podrían encaminarse en corroborar en el resto de redes asistenciales de Andalucía estos hallazgos y analizar en qué medida puede optimizarse el grado de coordinación entre ambos servicios.

Referencias

- Amin-Esmaeili, M., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Mojtabai, R., ... Motevalian, A. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction*, *111*(10), 1836–1847.
<https://doi.org/10.1111/add.13453>
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Dura, E., Ferrando, M., Murgui, S., García, A. y Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the brief symptoms inventory-18 (BSI-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema*, *20*(4), 844–850. <https://doi.org/10.1037/t00741-000>
- Araos, P., Vergara-Moragues, E., Pedraz, M., Pavón, F. J., Cloute, R. C., Calado, M., ... De Fonseca, F. R. (2014). Comorbilidad psicopatológica en consumidores de cocaína en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, *26*(1), 15–26.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.124>
- Astals, M., Díaz, L., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., Bulbena, A. y Torrens, M. (2009). Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program: An 18-month follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *6*(11), 2822–2832.
<https://doi.org/10.3390/ijerph6112822>
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C., Lack, C., Sieroslavrská, K., Hodges, C. L., ... Baeck-Moller, K. (2009). Epidemiological issues in comorbidity: Lessons learnt from a pan-European ISADORA project. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, *2*(2), 88–100.
<https://doi.org/10.1080/17523280902930130>
- Burnam, M. A., y Watkins, K. E. (2006). Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care. *Health Affairs*, *25*(3), 648–658.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.648>

- Canaway, R. y Merkes, M. (2010). Barriers to comorbidity service delivery: The complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Australian Health Review*, 34(3), 262–268.
<https://doi.org/10.1071/AH08723>
- Carou, M., Romero, E. y Luengo, M. Á. (2017). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones*, 29(2), 113–124.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.889>
- Cerdá, M., Sagdeo, A. y Galea, S. (2008). Comorbid forms of psychopathology: Key patterns and future research directions. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 155–177.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn003>
- Chow, C. M., Wieman, D., Cichocki, B., Qvicklund, H. y Hiersteiner, D. (2013). Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 6(2), 150–168.
<https://doi.org/10.1080/17523281.2012.693130>
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. (2016). III Plan Andaluz sobre Drogas Adicciones 2016 – 2021. Recuperado de:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/drogodependencias_archivos_III_plan_andaluz_drogas_y_adicciones.pdf
- Consejería de Igualdad y Dependencia. (2012). Protocolo de Coordinación y Atención la Patología Dual. Recuperado de:
<http://www.drogasextremadura.com/archivos/Protocolo-de-Coordinaci%C3%B3n-y-Atenci%C3%B3n-a-la-Patolog%C3%ADa-Dual..pdf>
- Daigre, C., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Ros-Cucurull, E., Sorribes-Puertas, M., Esculies, O., ... Roncero, C. (2017). The role of dual diagnosis in health-related quality of life among treatment-seeking patients in Spain. *Quality of Life Research*, 26(12), 3201–3209. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1668-4>

- De Ruyscher, C., Vanheule, S. y Vandeveldel, S. (2017). 'A place to be (me)': a qualitative study on an alternative approach to treatment for persons with dual diagnosis. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, pp. 50–59.
<https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1375461>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2017). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Recuperado de:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory : an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Dirección General de Asistencia Sanitaria y Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. (2012). Protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_Salud_Mental_Drogodependencias_Andalucia_2012.pdf
- Donald, M., Dower, J. y Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1371–1383.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.052>
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., ... Rickards, L. (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469–476.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>

- Drake, R. E., O'Neal, E. L. y Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011>
- Dumaine, M. L. (2003). Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: Implications for social work practice. *Research on Social Work Practice*, 13(2), 142–165. <https://doi.org/10.1177/1049731502250403>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013), Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Georgeson, B. (2009). The Matrix Model of dual diagnosis service delivery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 305–310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01346.x>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., ... Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 911–923. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T. y Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1–261. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub3>. www.cochranelibrary.com
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical Significance : A Statistical Approach to Denning Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1177/1094428106291059>
- Kola, L. A. y Kruszynski, R. (2010). Adapting the integrated dual-disorder treatment model for addiction services. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(4), 437–450.

<https://doi.org/10.1080/07347324.2010.511067>

Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T. y Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>

Lieb, R. (2015). Epidemiological perspectives on comorbidity between substance use disorders and other mental disorders. In G. Dom y F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective* (pp. 3-12). New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing.

Mangrum, L. F., Spence, R. T. y Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(1), 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.004>

Martín-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Ímaz, M. L., Navinés, R., ... Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *Eur. J. Psychiat*, 20(3), 147–156. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632006000300002>

Martínez-Gras, I., Ferre Navarrete, F., Pascual Arriazu, J., Peñas Pascual, J., de Iceta Ruiz de Gauna, M., Fraguas Herráez, D., ... Addiction Psychiatry Investigation Group (GIPA), O. (2016). Psychiatric comorbidity in a sample of cocaine-dependent outpatients seen in the Community of Madrid drug addiction care network. *Adicciones*, 28(1), 6–18. <https://doi.org/10.20882/adicciones.785>

Mata, L. R. F. P. da, Bernardes, M. F. V. G., Azevedo, C., Chianca, T. C. M., Pereira, M. da G. y Carvalho, E. C. de. (2018). Jacobson and Truax Method: evaluation of the clinical effectiveness of a home care program after prostatectomy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2249.3003>

Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. (2017). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf

- Morrens, M., Dewilde, B., Sabbe, B., Dom, G., De Cuyper, R. y Moggi, F. (2011). Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. *European Addiction Research*, 17(3), 154–163. <https://doi.org/10.1159/000324480>
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C. y Jacobson, N. S. (2002). Clinical Significance Methods : Which One to Use and How Useful Are They ? *Behavior Therapy*, 33(4), 529–550. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80015-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80015-6)
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. y Fox, L. (2003). Treatment manuals for practitioners. Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice (D. H. Barlow, Ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Murthy, P. y Chand, P. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 194–200. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328351a3e0>
- National Survey on Drug Use and Health. (2014). Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014. Recuperado de <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf%5Cnhttp://www.samhsa.gov/data/>
- Ness, O., Borg, M., Davidson, L. y Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107–117. <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- O'Brien, C. P., Charney, D. S., Lewis, L., Cornish, J. W., Post, R. M., Woody, G. E., ... Weisner, C. (2004). Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: A call to action. *Biological Psychiatry*, 56(10), 703–713. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.002>
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., ... Whiteford, H. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet*, 387(10028), 1672–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)

- Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M. y Becoña, E. (2013). Psychiatric Comorbidity in Patients from the Addictive Disorders Assistance Units of Galicia: The COPSIAD Study. *PLoS ONE*, 8(6), 1–8.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066451>
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. y Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47–59.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
- Regier, D. a, Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Alcohol and Other Drug Abuse Comorbidity of. *Jama*, 264(19), 2511–2518.
- Rojas, E. C. y Peters, R. H. (2016). Evidence-based practices for co-occurring disorders in offenders. *Addiction Research and Theory*, 24(3), 223–235.
<https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1102896>
- Roncero, C., Vega, P., Martí'nez-Raga, J., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Rodri'guez-Cintas, L., ... Szerman, N. (2014). Professionals' perceptions about healthcare resources for co-occurring disorders in Spain. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(35). <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-35>
- Ronk, F. R., Hooke, G. R. y Page, A. C. (2016). Validity of clinically significant change classifications yielded by Jacobson-Truax and Hageman-Arrindell methods. *BMC Psychiatry*, (187), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0895-5>
- Rosenthal, R. N., Nunes, E. V. y Le Fauve, C. E. (2012). Implications of epidemiological data for identifying persons with substance use and other mental disorders. *American Journal on Addictions*, 21(2), 97–103.
<https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00198.x>
- Rots-de Vries, M. C., van de Goor, I., Stronks, K. y Garretsen, H. (2011). Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 211–219.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00811.x>

Salud Mental de Gandía y UCA-UA Departamento de Salud N°12. (2012). Proceso de Coordinación para la Atención de la Patología Dual. Recuperado de:
<http://www.dep12.san.gva.es/documentos/pdf/PROCESO%20DE%20COORDINACION%20PARA%20PD%20HTAL%20GANDIA%20octubre%202012.pdf>

San, L., Arranz, B., Arrojo, M., Becoña, E., Bernardo, M., Caballero, L., ... Zorrilla, I. (2016). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta. *Adicciones*, 28(1), 3–5. <https://doi.org/10.20882/adicciones.784>

Savic, M., Best, D., Manning, V. y Lubman, D. I. (2017). Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(19), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s13011-017-0104-7>

Schoenthaler, S. J., Blum, K., Fried, L., Oscar-Berman, M., Giordano, J., Modestino, E. J. y Badgaiyan, R. (2017). The effects of residential dual diagnosis treatment on alcohol abuse. *J Syst Integr Neurosci*, 3(4), 1–17.
<https://doi.org/10.15761/JSIN.1000169>

Schulte, S. J., Meier, P. S. y Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11(1), 64.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-64>

Sinha, P., Garg, A. y Prakash, O. (2018). Integrated Treatment For Dual Diagnosis : The Journey So Far. *MJP Online Early*, 26(1). Recuperado de
<http://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/view/408/328>

Staiger, P. K., Long, C. y Baker, A. (2010). Health service systems and comorbidity: Stepping up to the mark. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 3(2), 148–161. <https://doi.org/10.1080/17523281003733514>

Sterling, S., Chi, F. y Hinman, A. (2011). Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 211–219.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00811.x>

- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B. y Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 105–116. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.009>
- Tiet, Q. Q. y Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 513–536. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00336.x>
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M. y Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 129–140. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1104-4>
- Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H. y Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 65–77. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.001>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, Joan-Ignasi y Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. <https://doi.org/10.2810/532790>
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., y Bulbena, A. (2012). Psychiatric Co-Morbidity and Substance Use Disorders: Treatment in Parallel Systems or in One Integrated System? *Substance Use y Misuse*, 47(8–9), 1005–1014. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663296>
- Ustun, Tevfik Bedirhan, Kostanjsek, N, Chatterji, S, Rehm, J y World Health Organization. (2010). Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) / edited by T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J.Rehm. Geneva : World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43974>

- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, B., ... Casas, M. (2015). *Libro Blanco Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. Sepd*. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., M. Lozano, O., Betanzos Espinosa, P., Fernández Calderón, F., Bilbao-Acebos, I., ... Verdejo García, A. (2012). Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: Substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.043>
- Weaver, T. I. M., Stimson, G., Tyrer, P., Barnes, T. y Renton, A. (2004). What are the Implications for Clinical Management and Service Development of Prevalent Comorbidity in UK Mental Health and Substance Misuse Treatment Populations? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11(4), 329–348. <https://doi.org/10.1080/09687630410001687851>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

ANEXO I

Gráficas del cambio clínico por dimensiones de la WHODAS 2.0 en función de la modalidad de intervención a la que acude el paciente:

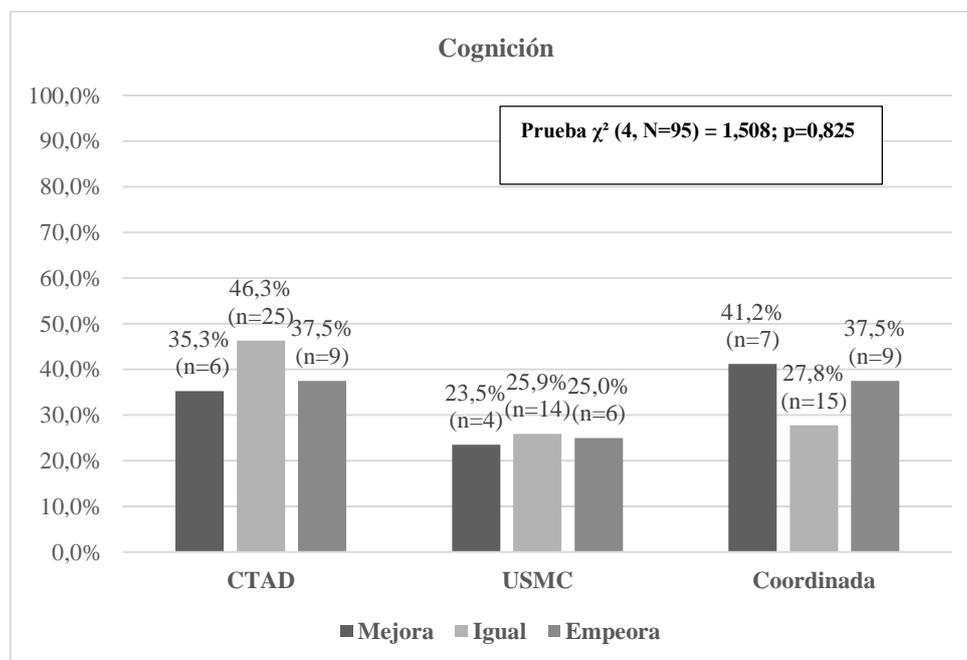


Figura 1. Representación del cambio terapéutico de la variable Cognición en función de la modalidad de intervención.

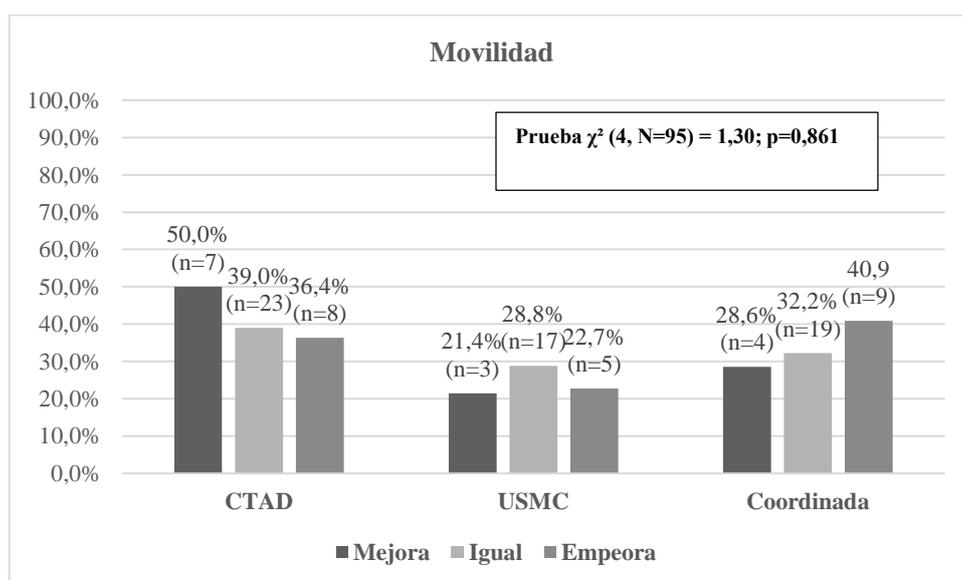


Figura 2. Representación del cambio terapéutico de la variable Movilidad en función de la modalidad de intervención.

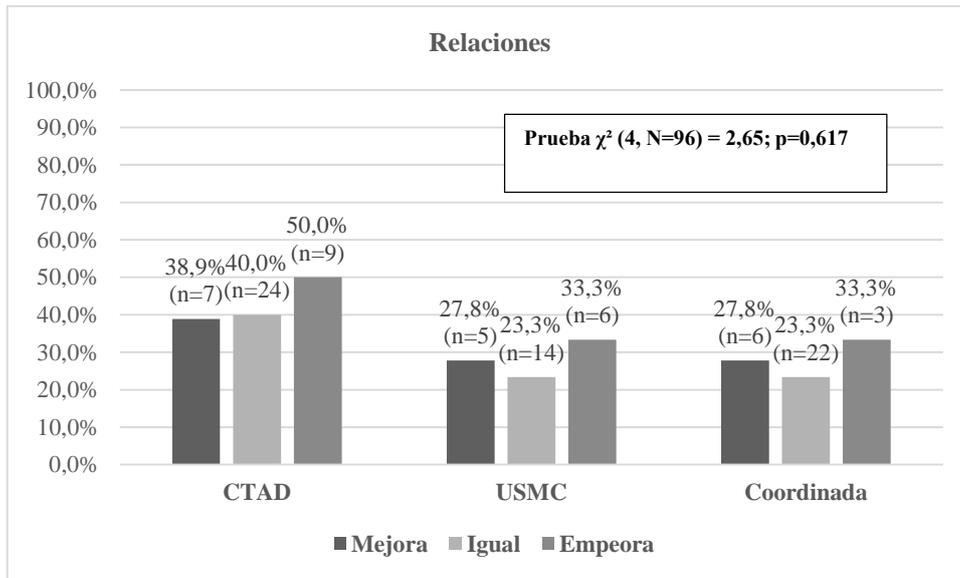


Figura 3. Representación del cambio terapéutico de la variable Relaciones en función de la modalidad de intervención.

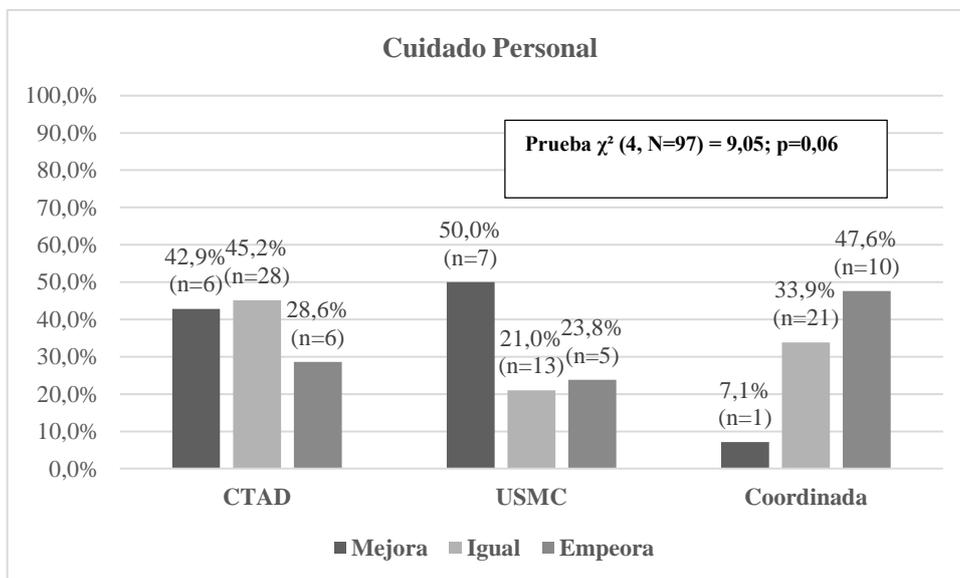


Figura 4. Representación del cambio terapéutico de la variable Cuidado Personal en función de la modalidad de intervención.

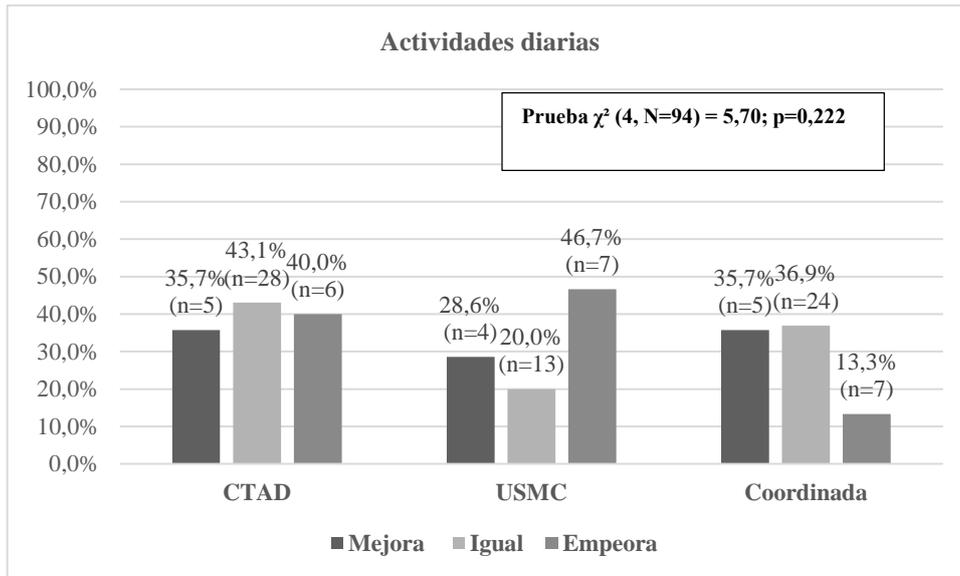


Figura 5. Representación del cambio terapéutico de la variable Actividades diarias en función de la modalidad de intervención.

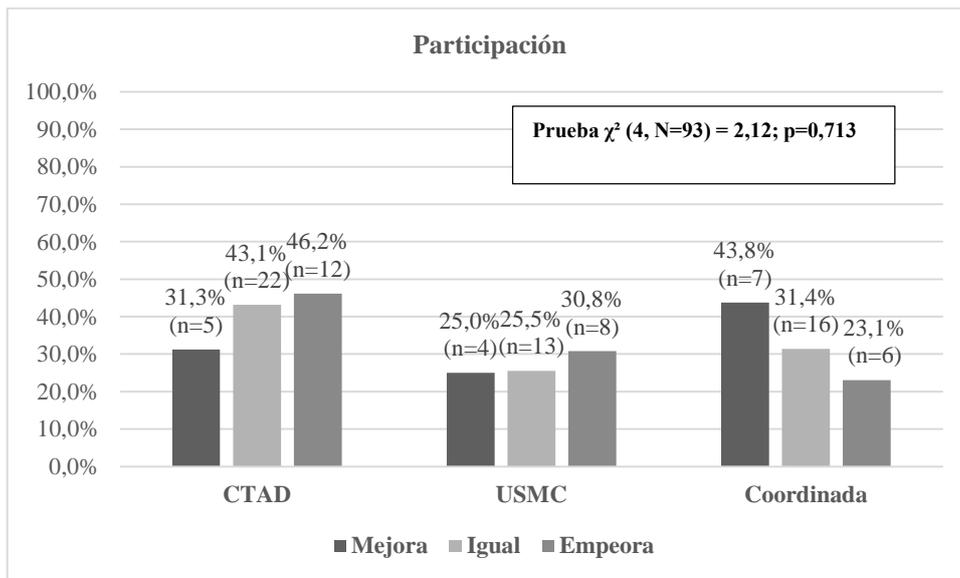


Figura 6. Representación del cambio terapéutico de la variable Participación en función de la modalidad de intervención.

ANEXO II

Gráficas del cambio clínico por dimensiones de la BSI-18 en función de la modalidad de intervención a la que acude el paciente:

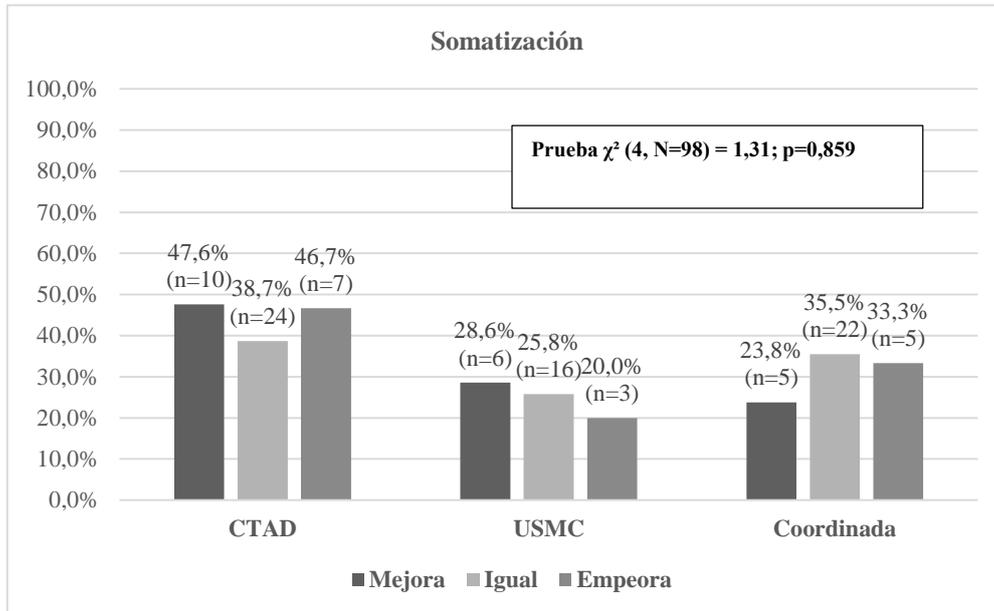


Figura 7. Representación del cambio terapéutico de la dimensión Somatización en función de la modalidad de intervención

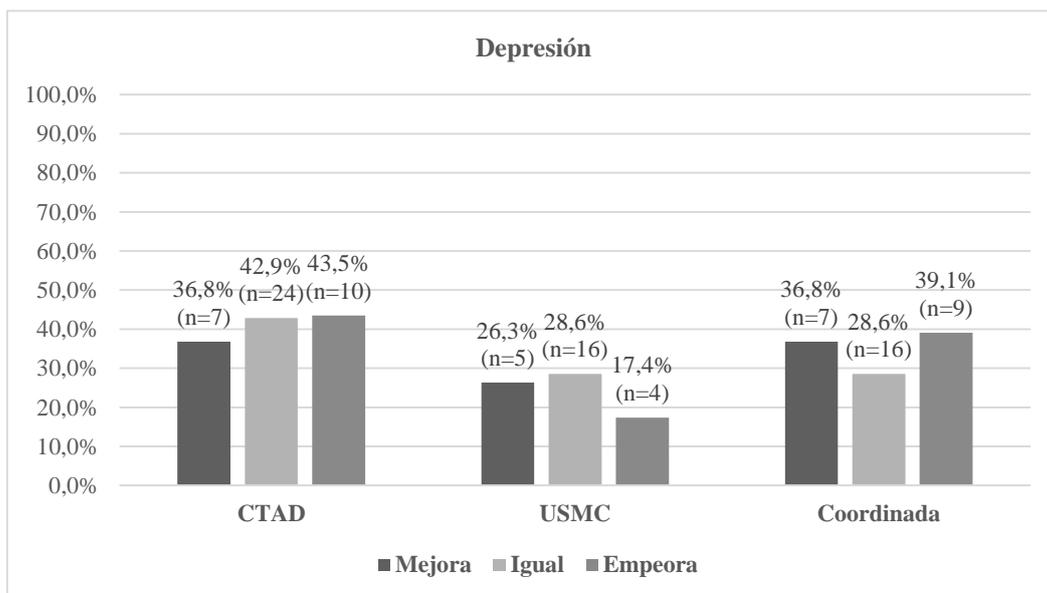


Figura 8. Representación del cambio terapéutico de la dimensión Depresión en función de la modalidad de intervención

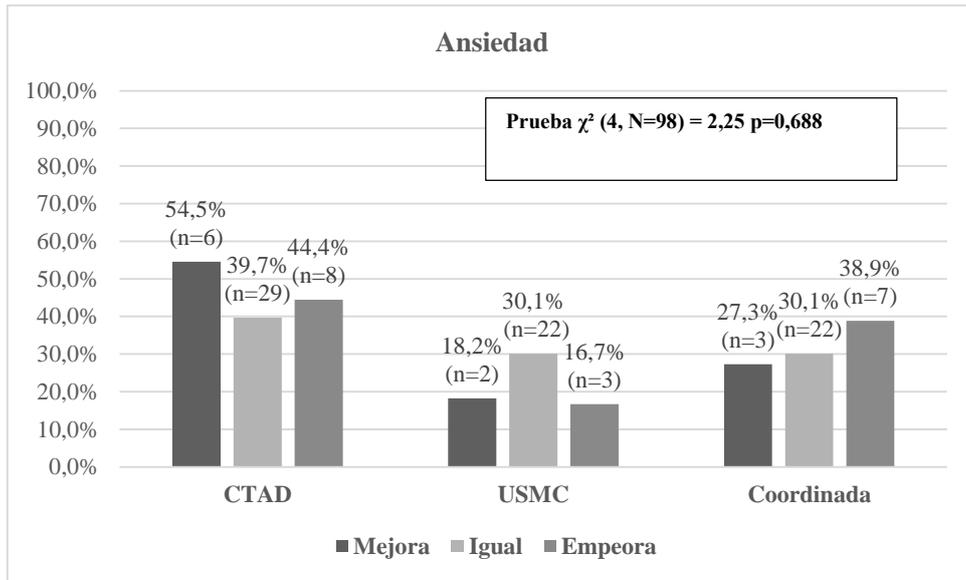


Figura 9. Representación del cambio terapéutico de la dimensión Ansiedad en función de la modalidad de intervención