



Libro Blanco

Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual

<http://www.patologiadual.es>



SEPD
Adicciones y otros
Trastornos Mentales 



Fundación
PATOLOGÍA DUAL
SEPD



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Saned 2015. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenado o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.

Capitán Haya, 60, 1ª. 28020 Madrid • Tel: 91 749 95 10 • Fax: 91 749 95 00 • E-mail: saned@gruposaned.com

Antón Fortuny, 14-16 Ed. B 2º 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona) • Tel: 93 320 93 30 • Fax: 93 473 75 41 • E-mail: gruposaned@gruposaned.com • www.gruposaned.com.

ISBN: 978-84-96835-82-5

Depósito legal: M-34893-2015

LIBRO BLANCO

RECURSOS PARA PACIENTES
CON PATOLOGÍA DUAL EN ESPAÑA

Resultados de una encuesta a nivel nacional

AUTORES

Pablo Vega (1,2), Nestor Szerman (1,3), Carlos Roncero (1,4,5), Lara Grau-López (1,4,5), Beatriz Mesías (1,2), Carmen Barral (1,4,5), Ignacio Basurte-Villamor (1,3), Laia Rodríguez-Cintas (1,4), José Martínez-Raga (1,6), Núria Piqué (7), Miguel Casas (1,4,5)

1. Sociedad Española de Patología Dual. Londres, 17 28028 Madrid, España.
2. Instituto de Adicciones. C/ Juan Esplandiú, 11-13, 28007 Madrid, España.
3. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Calle Doctor Esquerdo, 46, 28007 Madrid, España.
4. Sección de Adicciones y Patología Dual. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron – Agencia de Salut Publica de Barcelona (ASPB), CIBERSAM. Passeig de la Vall d'Hebrón, 119-129, 08035 Barcelona, España.
5. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Plaça Cívica, 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Barcelona, España.
6. Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica, Hospital Universitario Dr. Peset y Universidad de Valencia, & Universidad CEU-UCH, 46017 Valencia, España.
7. Facultad de Farmacia, Universitat de Barcelona. Joan XXIII, s/n. 08028 Barcelona, España.

PRÓLOGO

Toda la evidencia científica derivada de las investigaciones realizadas en los últimos años señala que los sistemas asistenciales deben adaptarse a las necesidades de los pacientes, optimizando la atención y generando recursos adaptados. Para ello es fundamental, no sólo conocer las necesidades existentes, sino también los recursos que ya están implementados. Conocerlos, facilita la organización o adaptación de los mismos, así como la detección de aquellos que fuera necesario poner en marcha para acometer el global de la demanda.

En línea con lo anterior, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 contempla, como uno de los principios básicos de la atención integral a las adicciones, la existencia de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan y el itinerario terapéutico, todo ello desde el convencimiento de que el conocimiento es la base del desarrollo de los programas de tratamiento de los pacientes.

Desde esta perspectiva, el Libro Blanco que aquí se presenta, como resultado del Estudio sobre Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual, contribuye a dar respuesta, tanto a lo que nos indica la evidencia científica, como a lo establecido en la Estrategia Nacional vigente.

En él, se pone de manifiesto el avance que en los últimos años se ha desarrollado en el ámbito de la patología dual en nuestro país, con servicios que han desarrollado programas y recursos pioneros, pero que, en muchas ocasiones, no son conocidos en su totalidad, ni por los responsables de las diferentes administraciones, ni por los profesionales, lo que indica que aún nos queda camino por delante para poder ofrecer una atención integral de calidad con el máximo nivel de eficiencia y efectividad.

Este Libro Blanco, es producto de la Orden anual de ayudas, a través de las cuales se subvencionan programas prioritarios en el marco del Plan Nacional sobre Drogas y representa asimismo otro de los principios que rigen nuestra Estrategia, el de la Coordinación.

Efectivamente, el Libro Blanco es el resultado del esfuerzo conjunto de diversos integrantes del Plan Nacional sobre Drogas, entendido como el lugar común que aglutina a todos los que trabajan en nuestra sociedad para oponerse a los efectos devastadores de las mismas, ya que refleja el esfuerzo de la Sociedad Española de Patología Dual como promotor y autor del análisis de datos, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como financiador y dinamizador, de los Planes Autonómicos de Drogas encarnados por los Comisionados de Drogas de cada Comunidad Autónoma como informadores, y de profesionales de toda España que han aportado su visión desde las redes de tratamiento en que los pacientes duales son asistidos, todo ello gracias a la financiación proveniente del Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilícito de Drogas y otros Delitos Relacionados.

A todos los participantes quiero expresar mi más sincero agradecimiento. Los resultados obtenidos sin duda permitirán disponer de un diagnóstico adecuado de la situación actual de los recursos, útil para la planificación y para el desarrollo de políticas sanitarias que mejoren las estrategias para el manejo de los pacientes con patología dual y, por consiguiente, contribuirán a mejorar la calidad de vida de éstos, de sus familias y de la sociedad en general.

Francisco de Asís Babín Vich
Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 ¿Qué es la patología dual?	8
1.2 Prevalencia de la patología dual	10
1.3 Diagnóstico de la patología dual	11
1.4 Tratamiento de la patología dual	12
1.5 Líneas estratégicas para el tratamiento del paciente con patología dual a nivel formativo	13
1.6 Recursos específicos para pacientes con patología dual	14
1.7 Necesidad de programas específicos multidisciplinarios	16
2. ESTUDIO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO EN PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS EN EL MANEJO DE PACIENTES DUALES	19
2.1 Justificación del estudio	19
3. METODOLOGÍA	20
3.1 Cuestionario on-line	20
3.2 Diseño del estudio	20
4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA A NIVEL NACIONAL	21
4.1 Perfil de los profesionales participantes	21
4.2 Opinión de los profesionales sobre la necesidad de recursos específicos para pacientes con patología dual en España (Szerman <i>et al</i> , 2014)	23
4.3 Percepción de los profesionales españoles acerca de los recursos específicos para pacientes con patología dual (Roncero <i>et al</i> , 2014)	26
4.4 Diferencias relevantes en la percepción y el grado de conocimiento de los profesionales de las distintas CCAA españolas sobre la existencia de recursos para pacientes con patología dual (Roncero <i>et al</i> , 2015)	27
5. DISCUSIÓN	34
5.1 Percepción de los profesionales sobre la disponibilidad de recursos integrados	34
5.2 Grado de conocimiento de los recursos específicos para patología dual por parte de los profesionales	36
5.3 Inestabilidad laboral entre los profesionales que atienden pacientes con patología dual	37
5.4 Necesidad de recursos ambulatorios específicos	38
5.6 Necesidad de unidades específicas de ingreso hospitalario	38
5.7 Implementación de estrategias específicas para patología dual en España	38
5.8 Puntos fuertes del estudio	39
5.9 Limitaciones del estudio	40
6. CONCLUSIONES	40
6.1 Agradecimientos	41
6.1 Lista de participantes	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades mentales representan casi el 20% del total de enfermedades en Europa y los problemas relacionados con la salud mental afectan a una de cuatro personas en algún momento de su vida (OMS www.euro.who.int).

Se estima que un 27% de la población adulta, entre 18 y 65 años, ha experimentado como mínimo un trastorno mental durante el pasado año, incluyendo trastornos relacionados con el consumo de sustancias, las adicciones, psicosis, depresión, ansiedad y trastornos alimentarios (OMS www.euro.who.int). Estos datos representan un gran número de pacientes con trastornos mentales, con una estimación de 83 millones de personas afectadas en Europa (OMS www.euro.who.int).

A partir de las últimas décadas del siglo pasado, después de siglos de marginación, el enfermo mental ha sido definitivamente integrado en las redes normalizadas de salud (OMS www.euro.who.int). En este proceso, sin embargo, ha persistido una excepción y es el enfermo que sufre de conductas adictivas (Weaver *et al*, 2003).

Las razones históricas son muchas, entre las que destacan una errónea conceptualización de las adicciones, la epidemia de consumo de heroína en los años 80 y la aparente incompatibilidad filosófica entre el campo de la salud mental y el del tratamiento de las drogodependencias (Minkoff, 2001), una de cuyas consecuencias ha sido la resistencia por parte de la red de salud mental en incorporar a su cartera de servicios esta enfermedad. Todo ello generó la creación de redes paralelas al margen del sistema nacional de salud, que se hicieron cargo del abordaje de esta problemática. Como consecuencia, desde el punto de vista médico y social, se contribuye a agravar el estigma y desde un punto de vista de la gestión, genera redes duplicadas, con problemas de eficacia y eficiencia (Weaver *et al*, 2003).

La investigación en neurociencias, y así lo reconoce el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH), ha establecido que toda enfermedad mental es una enfermedad cerebral (Insel *et al*, 2009). El otro gran Instituto público de los EEUU, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) ha indicado que toda adicción es “sin lugar a dudas una enfermedad cerebral y ha desechado para siempre que se trate de un fallo voluntario del carácter” (Volkow, 2001).

¿Qué es la patología dual?

La patología dual se puede definir como la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental (Szerman y

Martínez-Raga, 2015), siendo su prevalencia superior al 50% (Regier *et al*, 1990; Kessler *et al*, 1996; Weaver *et al*, 2003; Kessler, 2004; Adamson *et al*, 2006; Rush y Koegl, 2008; Pulay *et al*, 2010; Swendsen *et al*, 2010; Hasin *et al*, 2011; Roncero *et al*, 2011; Szerman *et al*, 2012; Roncero *et al*, 2013; Szerman *et al*, 2013; Arias *et al*, 2013c; Rodríguez-Llera *et al*, 2002). Pese a los abrumadores datos de los estudios epidemiológicos, tanto en población general como clínica, que indican que su existencia es lo esperable y no una excepción, su presencia ha sido rechazada, negada o no valorada al diseñar programas asistenciales. Los estudios epidemiológicos presentan una dificultad y es que están diseñados para detectar categorías diagnósticas y no diferentes dimensiones de rasgos o estados patológicos de trastornos mentales, lo que indica un más que probable infradiagnóstico. La patología dual conlleva mayores dificultades en su detección, diagnóstico y tratamiento, un mayor uso de recursos, lo que puede comprometer las posibilidades de éxito del manejo de la enfermedad (Roncero *et al*, 2011; Torrens *et al*, 2012; Farren *et al*, 2012; Grau-López *et al*, 2014; Kessler *et al*, 1994; Lana *et al*, 2008).

La relación etiológica que subyace a esta patología dual es compleja y no se ha podido elucidar completamente hasta la fecha, pero se conoce la intervención de factores genéticos, neurobiológicos y medioambientales que contribuyen al desarrollo de estos trastornos, una vez que el individuo se ha expuesto (Volkow, 2004; Volkow, 2007; Arias *et al*, 2013, Szerman y Martínez-Raga, 2015).

Los trastornos o síntomas psiquiátricos asociados al consumo problemático de sustancias y las conductas adictivas, es decir, lo que nos referimos como patología dual, es probable que pertenezcan a los llamados trastornos del neurodesarrollo. Se trata de trastornos que comienzan en edades muy tempranas en el desarrollo y se pueden manifestar como diferentes fenotipos, que adoptan expresiones de diferentes síntomas psiquiátricos, incluyendo la adicción u otras enfermedades mentales a lo largo de la vida (Szerman *et al*, 2013).

Evidencias consistentes demuestran que solo una muy pequeña minoría de individuos expuestos a sustancias con potencialidad adictiva desarrollan conductas adictivas. Desde el punto de vista científico, un nuevo paradigma se presenta para entender las adicciones (Swendsen y Le Moal, 2011). Nos movemos desde el clásico, donde la adicción depende de la exposición frecuente e intensa a sustancias con capacidad adictiva o a conductas recompensantes como el juego, hasta un nuevo paradigma basado en la vulnerabilidad centrada en el individuo, de sujetos que presentan, la inmensa mayoría, otras alteraciones mentales, rasgos o estados de enfermedad mental. El juego patológico pasa a ser valorado en las nuevas clasificaciones de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,



Fifth Edition, DSM5), dentro del capítulo de las adicciones (<http://www.psychiatry.org/practice/dsm>).

Prevalencia de la patología dual

Las evidencias epidemiológicas acumuladas en las últimas décadas indican que los trastornos duales son tan frecuentes que deberían esperarse más que ser considerados como una excepción.

Cuatro encuestas epidemiológicas a gran escala realizadas en población general han evaluado la co-existencia de adicciones y otros trastornos psiquiátricos en EEUU: Epidemiological Catchment Area (ECA) Study (Regier *et al*, 1990), National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler *et al*, 1997), The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (Degenhart *et al*, 2007), y National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Grant *et al*, 2015). Todos ellos coinciden y confirman que los trastornos duales son la norma y no la excepción. Por otro lado, existen muchas evidencias epidemiológicas basadas en la población clínica acerca de las altas tasas de patología dual en los pacientes que buscan tratamiento en las consultas de psiquiatría y adicciones (Roncero *et al*, 2011; Szerman *et al*, 2012; Arias *et al*, 2013). Además, investigaciones epidemiológicas indican también la contribución recíproca en el desarrollo del otro trastorno en esta patología (Compton *et al*, 2005; Kessler, 2004; Volkow, 2007).

Los mayoría de los pacientes con enfermedad mental grave suelen ocultar el sufrir un uso problemático o adictivo a sustancias (Bahorik *et al*, 2014) y, en la mayoría de los casos, se excluye de la valoración la adicción al tabaco. Además, existe una asociación importante entre el diagnóstico de cualquier enfermedad mental y las tasas de transición desde el consumo de sustancias a un trastorno adictivo (Lev-Ran *et al*, 2013; Martínez-Raga *et al*, 2013). También debería considerarse que la patología dual no puede ser abordada de forma óptima utilizando categorías diagnósticas, en lugar de dimensiones de síntomas (que no pueden alcanzar el umbral diagnóstico).

Los estudios epidemiológicos internacionales revelan que la morbilidad de abuso/dependencia a sustancias se da entre el 70 y el 80% en los pacientes con esquizofrenia (Westermeyer *et al*, 2006), más del 60% en los pacientes con trastorno bipolar (Regier *et al*, 1990), más del 70% en los trastornos de personalidad graves (Verheul *et al*, 2001), cifras mayores del 30% en los trastornos por ansiedad y depresión (Compton *et al*, 2007), al igual que ocurre con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Wilens *et al*, 2007).

A estos datos hay que añadir que los estudios epidemiológicos internacionales y nacionales, como el estudio Madrid realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), determinan que un 70% de estos pacientes presentan de forma simultánea o secuencial otro trastorno mental, la patología dual (Arias *et al*, 2013). En la otra cara del espejo encontramos a los pacientes que acuden a los servicios de salud mental y que presentan una incidencia de 29% de abuso y adicción a sustancias (Regier *et al*, 1990), que otros estudios cifran en un 50%, datos generalmente infravalorados (Lev-Ran *et al*, 2013). Los sujetos que presentan trastornos mentales, comparados con la población general sin trastorno mental que usa sustancias, evolucionan desde el uso y abuso de sustancias a la dependencia o adicción. Estos datos epidemiológicos se deben completar con aquellos que indican una elevada prevalencia en esta población, de otros trastornos médicos, metabólicos, infecciosos, neumológicos, neurológicos, oncológicos etc., que al menos duplican a la población general.

Diagnóstico de la patología dual

Es infrecuente (y consideramos que casi imposible) encontrar pacientes que acudan a los servicios ambulatorios de adicciones con problemas únicamente de adicción (Sellman, 2010), y el mero diagnóstico de un trastorno adictivo deja las otras dimensiones psicopatológicas de los trastornos mentales sin detectar, y viceversa.

A menudo es difícil distinguir los síntomas coincidentes de los trastornos adictivos y los otros síntomas de trastornos mentales, lo que comporta grandes dificultades para el diagnóstico. Un diagnóstico psicopatológico dimensional y longitudinal es crítico para asegurar tratamientos adecuados y eficaces.

La valoración de la patología dual, tanto del trastorno como del síntoma, debe empezar lo antes posible, sin la imposición de periodos de espera de abstinencia arbitrarios y sin la obligación de estabilización psiquiátrica, en base la recogida de datos para una historia clínica integrada y longitudinal (Minkoff, 2001).

Los pacientes duales son pacientes que presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, ingresan más, presentan más riesgo suicida (Szerman *et al*, 2013), tienen peor adherencia a los tratamientos, utilizan mayor cantidad de dispositivos sanitarios y sociales. Queda justificado que cada vez se empeñen más esfuerzos, no solo a nivel asistencial, sino también a nivel del diseño y gestión de recursos específicos, para mejorar el abordaje y la atención de estos pacientes.



Tratamiento de la patología dual

Aunque ha aumentado el número de publicaciones y trabajos sobre la patología dual, poco se conoce todavía acerca del manejo y del tratamiento. Los estudios sobre los modelos de abordaje se han realizado con muestras muy pequeñas y heterogéneas. Por ello, es necesario profundizar en este campo con nuevos trabajos que incluyan mayores muestras, grupos de pacientes más homogéneos, seguimientos más prolongados y la inclusión de “grupos control” para poder dilucidar cuál es el mejor tratamiento en la práctica clínica.

Para tratar pacientes con patología dual es crucial entender la limitación de las aproximaciones clásicas para la valoración y abordaje de estos trastornos. Los sistemas de tratamiento separados de adicciones y de otras enfermedades mentales se implementaron en los países industrializados en los años ochenta, probablemente en base a la creencia sobre el origen socio-genético, ambiental y cultural de los trastornos adictivos, sin tener en cuenta la evidencia científica, disponible actualmente, que indica claramente que la patología dual es un enfermedad cerebral con un claro determinante genético. Como consecuencia de la visión clásica, dos sistemas de tratamiento diferentes se superponen y proporcionan servicios separados. Los procedimientos de educación, formación y acreditación difieren en los dos sistemas, al igual que los criterios de elegibilidad de pacientes que reciben estos servicios. Como resultado de ello, dos aproximaciones generales para el tratamiento han predominado: la aproximación secuencial y la paralela, ambas asociadas a una gran variedad de dificultades. Los datos de investigación apoyan la eficacia de los programas de tratamiento integrados para patología dual y estudios controlados han proporcionado sólidas evidencias que apoyan la integración de los servicios (Mueser *et al*, 2003). Datos bibliográficos acumulados durante las dos décadas anteriores indican que estos trastornos responden a tratamientos que están integrados (Greenfield y Weiss, 2015).

La patología dual debe ser considerada y tratada conjuntamente como trastornos primarios cuando coexisten o como trastornos relacionados cuando se presentan secuencialmente. Evidencias empíricas apoyan solo parcialmente, por ejemplo, el tratamiento antidepresivo para pacientes con depresión y adicción al alcohol, mientras que algunos ensayos clínicos han demostrado que es necesario tratar los trastornos duales, depresión y adicción al alcohol al mismo tiempo (Pettinati *et al*, 2010).

El tratamiento psicofarmacológico adecuado es fundamental, por lo que se deben conocer las características, indicaciones, interacciones con las drogas y la eficacia de los fármacos en estos pacientes. También el abordaje debe incluir necesariamen-

te una visión psicosocial, que cubra las distintas necesidades del paciente, ya que pueden ser en ocasiones factores mantenedores, precipitadores o favorecedores de recaídas en el consumo, del abandono del tratamiento, de la descompensación psicopatológica, etc. (Grau-López *et al*, 2014; Roncero *et al*, 2013; Farren *et al*, 2012).

En general, y acorde con la actual visión del empoderamiento del paciente, podría plantearse que la propuesta terapéutica debería incorporar la siguiente pregunta: “si yo fuera un paciente con patología dual, cómo quisiera yo que el sistema sanitario específico tenga en cuenta mis necesidades” y respondiera con una organización acorde.

En ese sentido, el sistema diseñado debería contar como estándar básico el hecho de que sea accesible, integrado, tenga continuidad y sea acorde a las exigencias y conocimientos del estado actual de la ciencia basado en las evidencias.

Son necesarios programas de formación en patología dual, orientados a todo el equipo asistencial, sobre el impacto de valorar y tratar la patología dual, el manejo de psicoterapias específicas y las peculiaridades del tratamiento de estos pacientes, las necesidades residenciales, etc., al mismo tiempo que son necesarias herramientas para evaluar la calidad y las mejoras de estos programas de tratamiento integrado (Grau-López *et al*, 2014; Roncero *et al*, 2013; Farren *et al*, 2012).

Líneas estratégicas para el tratamiento del paciente con patología dual a nivel formativo

Se considera que una de las principales líneas estratégicas se deben dirigir a una adecuada formación e investigación. El estudio epidemiológico realizado en la Comunidad de Madrid (Szerman *et al* 2012; Arias *et al*, 2013), permite inferir parcialmente la existencia del problema, pero las peculiaridades intercomunitarias hacen que se deban realizar aportes pormenorizados de actuación individualizados, con la particularidad común de una labor de coordinación para el tratamiento específico de la patología dual, que dependiendo del caso puede ser interinstitucional, intrainstitucional, a la vez que, intersectorial. Claramente se está hablando de integrar equipos de distinta índole y que requieren una formación específica en patología dual. La naturaleza multifactorial de la patología dual requiere la aportación de especialistas de diferentes disciplinas. Se necesitan programas y actividades formativas dirigidos no solo a los especialistas, sino al equipo como unidad discente.

Se debe potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con patología dual, estable-



ciendo programas de formación continuada sobre esta “nueva” entidad clínica sindrómica llamada patología dual.

El fomento y ordenación de la investigación relacionada con la patología dual permitirá evaluar la eficacia y generar nuevas evidencias para el desarrollo de un sistema modelo y permanentemente actualizado de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados específicos de la patología dual. El continuar este proyecto y ampliarlo con el recientemente iniciado de la “trayectoria e itinerarios” de los pacientes entre los dispositivos sanitarios, puede ser un buen punto de partida para la prevención y planificación adecuada de recursos.

El potenciar la investigación en patología dual, por su alta prevalencia entre las distintas redes asistenciales y al ser considerado dentro de los trastornos mentales graves, debe ser estimado prioritario. Consideramos que la patología dual se debe incluir en las convocatorias de proyectos de investigación, como línea de investigación interdisciplinar prioritaria.

Recursos específicos para pacientes con patología dual

Clásicamente los recursos para el tratamiento de las enfermedades mentales y de las adicciones se organizan de forma paralela o secuencial, lo que se ha asociado a baja adherencia al tratamiento y a un manejo inadecuado de los problemas más frecuentes relacionados con esta comorbilidad (Szerman *et al*, 2013; Arias *et al*, 2013; Torrens *et al*, 2012; Farren *et al*, 2012; Pettinati *et al*, 2013). Por este motivo, la implementación de servicios y recursos integrados específicos para pacientes con patología dual constituye un importante reto para profesionales y gestores en salud (Szerman *et al*, 2013; Kessler *et al*, 1994; Szerman *et al*, 2014).

La distribución habitual de los recursos de salud mental y drogodependencias, explica que el abordaje que tradicionalmente han recibido la mayoría de estos pacientes sea el modelo de tratamiento en paralelo, por un lado el tratamiento desde la red de salud mental y por otro desde los recursos de drogodependencias. Este modelo parece en ocasiones insuficiente para atender las necesidades de estos pacientes, ya que el paciente es atendido simultáneamente en dos dispositivos, habitualmente separados físicamente y por dos equipos, que intentan coordinarse y complementarse (Farren *et al*, 2012).

Sin embargo, además de las dificultades inherentes a estos pacientes, factores como la sobrecarga asistencial dificultan o impiden la coordinación fluida entre los dispositivos de salud, por lo que los pacientes pueden dejar de ser atendidos, o incumplir las indicaciones. Además, en algunas ocasiones los factores burocráticos o administrativos también dificultan el trabajo cooperativo entre los profesionales (Farren *et al*, 2012).

Por eso son cada vez más los estudios que abogan por un modelo de tratamiento integrado, en el que se traten conjuntamente tanto el trastorno mental grave y el trastorno por uso de sustancias, desde una perspectiva integradora con equipos multidisciplinares, con seguimientos y objetivos a largo plazo (Szerman *et al*, 2013; Kessler *et al*, 1994; Szerman *et al*, 2014), tal como se ha descrito anteriormente.

En España existe un único enfermo mental y al menos dos redes de tratamiento (adicciones y salud mental) para estos pacientes, cuya entrada es aleatoria y condicionada a la presencia de un análisis transversal de sus síntomas. Esta situación de dualidad asistencial ha generado una serie de distorsiones:

1. El “síndrome de la puerta equivocada” donde se presenta a un enfermo con apariencia de “dos enfermedades” y con dos redes o puertas asistenciales. Estas redes no tienen ninguna conexión orgánica ni funcional. El paciente no encuentra estas puertas abiertas o disponibles en la mayoría de los casos y deambula entre ambas sin un diagnóstico, y lo que es peor, un tratamiento adecuado.
2. Profesionales excelentes en ambas redes, pero con un déficit notorio en la formación para tratar la patología dual. El profesional de salud mental “ignora las patologías adictivas y las técnicas de tratamiento y viceversa con el profesional de la red de adicciones”.
3. Las redes asistenciales duplican los recursos psicosociales para tratar a los enfermos, que según los estudios científicos no son distintos ni distantes, lo que los convierte en poco eficientes.
4. En el momento actual en más de la mitad de las comunidades autónomas (CCAA) existen una integración funcional de ambas redes asistenciales: Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla-León, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco.

Hasta la fecha, en España, existe una red de tratamiento con peculiaridades asistenciales muy diferenciadas para los pacientes con adicciones a sustancias y con una coordinación escasa con la red de salud mental. La existencia de múltiples dispositivos y programas que deberían actuar sobre un mismo paciente hace que puedan surgir problemas de coordinación o de no delimitación de las responsabilidades so-



bre la atención a este, y que se traduzcan en intervenciones que interfieran entre sí o finalmente acaben en desatención.

La situación actual de ambas redes asistenciales es muy heterogénea. Desde la red de salud mental no hay estrategias específicas ni planes de acción para el tratamiento de estos enfermos, salvo y excepcionalmente, en algunas comunidades en la que la integración funcional ya es un hecho. En otras comunidades se han desarrollado planes de acción específicos, principalmente en las redes de drogas como en el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, el cual ha ido progresivamente diversificando los servicios y programas, con el fin de adaptar la atención a las necesidades de los pacientes.

Entre los colectivos que presentan una mayor dificultad para la adaptación a el tratamiento, se encuentran los pacientes con patología dual, cuyo número, al aumentar la sensibilidad y conocimiento, ha ido incrementándose progresivamente entre los pacientes tratados en la red de drogodependencias, al igual que en la red de salud mental.

La atención de estos pacientes presenta importantes dificultades a la hora de realizar la valoración y el diseño de la intervención; algunas como la complejidad del diagnóstico, la dificultad para prever la sintomatología y evolución del paciente, la implementación de estrategias terapéuticas complejas y un peor pronóstico en tratamientos ambulatorios.

Todo ello generó la necesidad de desarrollar dispositivos específicos que permitieran estabilizar en los pacientes estas patologías que aparecen de forma concomitante al consumo de drogas y facilitar una buena evolución posterior del tratamiento. Estos recursos asistenciales especializados en el tratamiento integral requieren de un proceso de contención y estabilización intensivo de ambos trastornos, a fin de poder facilitar una buena evolución en el tratamiento. Otro de los objetivos básicos de estos recursos es el logro del mayor grado posible de integración en el medio social y laboral de las personas atendidas, de modo que puedan llegar a ser, cada uno en la medida de sus posibilidades, miembros autónomos familiar y socialmente. En este proceso de progresiva autonomía y normalización, la integración social y laboral y todas las acciones encaminadas a lograrlas, constituyen un eje fundamental de intervención.

Necesidad de programas específicos multidisciplinarios

La falta de recursos comunitarios capaces de garantizar la autonomía de los pacientes con patología dual determina que el mantenimiento de los pacientes en la co-

munidad se dé fundamentalmente a costa del esfuerzo de las familias. Se precisa el desarrollo de una gama amplia de recursos para cubrir las necesidades de personas con patología dual y sus familias.

Los equipos multidisciplinarios constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención para los pacientes con patología dual. De esta manera podremos garantizar un tratamiento realmente integral del enfermo con patología dual.

Actualmente empiezan a surgir equipos especializados dedicados a la salud de las personas con patología dual. Estos han surgido por una necesidad de la propia evidencia clínica. Sin embargo, siguen existiendo diversos puntos críticos que podría resumirse en:

- No existe una generalización de modelos de coordinación entre los dispositivos asistenciales a pacientes con trastornos por consumo de sustancias y salud mental, ni un procedimiento reglado para establecer cuál es el grado de responsabilidad, y según qué criterios, de cada uno de los profesionales que pueden actuar sobre un mismo caso.
- El acceso de los pacientes con patología dual al circuito asistencial específico con frecuencia es tardío, y la atención que reciben puede ser insuficiente.
- Siguen siendo escasos los programas específicos multidisciplinarios e intersectoriales para la atención a los problemas de patología dual.
- Hay escasez de dispositivos específicos en patología dual de hospitalización completa y parcial (hospital de día).

En base a esto, se considera que se deben establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a los dispositivos asistenciales a pacientes con trastornos por consumo de sustancias para la detección y tratamiento precoz de la patología dual, además de adecuar los servicios con programas específicos para patología dual y en su defecto generarlos. Es necesario diseñar dispositivos específicos para tratar los pacientes más graves. Estos dispositivos deben incluir unidades de agudos, diferentes de las unidades de desintoxicación existentes y dispositivos para pacientes con patología dual sub-agudos, con ingresos programados que dispongan de un programa integral multidisciplinar y rehabilitador. Es adecuado establecer, para las personas con patología dual en tratamiento, un Plan Individualizado de Tratamiento Integral (PTI). De esta manera, se pueden proporcionar a los pacientes con patología dual un adecuado cuidado de su salud general y establecer el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo los rehabilitadores, suficientes para encarar las necesidades de los pacientes con



patología dual, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinación con dispositivos asistenciales dirigidos a pacientes con trastornos por consumo de sustancias. A la vez, establecer un sistema organizativo para evitar los abandonos y facilitar la adherencia.

En base a esto, es necesario, definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en patología dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial. Los dispositivos específicos y monográficos para pacientes con psicosis, trastornos afectivos, trastornos de déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad graves, adicciones sin sustancias, cuando existan, deberían incorporar profesionales expertos en patología dual.

Los objetivos específicos de los recursos de patología dual deben contemplar:

- Realizar un diagnóstico psicopatológico de la patología dual de los pacientes derivados.
- Abordaje terapéutico integral e intensivo, tanto de la conducta adictiva como de los otros trastornos psicopatológicos, en coordinación con el equipo del centro de atención de referencia.
- Asesoramiento y orientación a los profesionales de otros centros de atención ambulatoria de la red sobre pacientes en tratamiento ambulatorio que se deriven para la continuidad del tratamiento.
- Desintoxicación o retirada de sustancias psicoactivas, cuando proceda.
- Atención integral al paciente desde los ámbitos de salud, psicológico, social, educativo y de inserción social.
- Dispensación de fármacos opioides, nicotina, estimulantes o cualquier otro fármaco que precise para el tratamiento de su patología dual, en coordinación con el médico de referencia en el centro de atención.
- Promoción de la mejora de la capacidad de autocontrol en el paciente.
- Facilitar la adquisición y consolidación de pautas adecuadas de conducta.
- Favorecer la adquisición de hábitos higiénicos y de autocuidado.
- Facilitar el desarrollo de pautas adecuadas de relación con los miembros de la comunidad (demás usuarios).
- Promover la ocupación racional del tiempo libre.
- Favorecer la motivación y adaptación de sus actitudes y conducta para la continuidad del tratamiento.

ESTUDIO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO EN PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS EN EL MANEJO DE PACIENTES DUALES

Justificación del estudio

Las evidencias actuales expuestas anteriormente no han servido para modificar las políticas en salud pública y la realidad asistencial, respecto al manejo de la patología dual en España, que sigue anclada todavía en dos redes totalmente separadas.

Además, no es fácil obtener información sobre las actividades de promoción y prevención de la patología dual en España, donde en los últimos años revela una búsqueda de ensayos clínicos, metanálisis y guías de práctica de escasísima producción científica, casi nula.

En estudios observacionales recientes realizados en España, se ha constatado que, según la percepción de los profesionales implicados, los recursos sanitarios integrados y específicos para pacientes con patología dual son claramente insuficientes (Szerman *et al*, 2014). También se ha observado un escaso conocimiento por parte de los profesionales de los recursos existentes para pacientes con patología dual. En la actualidad se debe destacar la gran importancia de estudiar las percepciones de los profesionales implicados en el manejo de la patología dual (Szerman *et al*, 2014; Roncero *et al*, 2014; Roncero *et al*, 2013; Gajski y Karlovic, 2008). La opinión de los profesionales está recibiendo más atención en los últimos años (Giner *et al*, 2006; Olivares *et al*, 2013), demostrándose ser clave en la planificación y evaluación de las necesidades sanitarias por parte de las autoridades sanitarias (Szerman *et al*, 2014; Roncero *et al*, 2013; Iñiguez *et al*, 2009), aunque podrían existir diferencias en la percepción de este campo por parte de los profesionales, en función de diferentes factores, como la formación, la especialidad o el área geográfica (Szerman *et al*, 2014; Roncero *et al*, 2013).

En este sentido, teniendo en cuenta el sistema sanitario español, con diferencias sustanciales debido a la distribución en CCAA, es importante evaluar el grado de congruencias o incongruencias en el sistema.

En este contexto, se diseñó el presente estudio observacional on-line, con el objetivo de estudiar la percepción y grado de conocimiento sobre los recursos específicos para patología dual de los profesionales que trabajan en las diferentes CCAA de España.



METODOLOGÍA

Entre los meses de febrero y mayo del año 2011, se realizó en España un estudio observacional, transversal y multicéntrico on-line dirigido a profesionales sanitarios implicados en el manejo de pacientes duales en centros asistenciales españoles, con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento y la percepción de los profesionales respecto a la disponibilidad de recursos específicos y necesidades para pacientes con patología dual (mediante comparación con la realidad existente, según los datos proporcionados por los comisionados y gestores responsables de los planes nacionales y regionales sobre drogas).

Cuestionario on-line

Un grupo de diferentes expertos en patología dual procedentes de diferentes vertientes clínicas y académicas diseñaron un cuestionario (http://www.patologiadual.es/profesional_publica.html), que fue distribuido on-line a los diferentes profesionales que atienden pacientes con patología dual en España (disponible en la página web de la SEPD: www.sepd.es).

El cuestionario recogió diferentes preguntas acerca de las percepciones de los profesionales sobre los recursos actuales disponibles para patología dual (como unidades ambulatorias y programas específicos, unidades de hospitalización, unidades de desintoxicación, centros de día, unidades de ingreso de agudos, programas y centros de reinserción laboral o comunidades terapéuticas), incluyendo su opinión sobre la necesidad de la existencia de recursos específicos.

Diseño del estudio

El protocolo del estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona) y los procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo a los estándares éticos de la Declaración de Helsinki. Tras la descripción completa del estudio, los profesionales sanitarios aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio, sin recibir remuneración alguna.

Mediante el envío de 3 e-mails se invitó a todos los miembros de la SEPD y a los profesionales registrados en la base de datos de la SEPD (alrededor de 2.000 profesionales). Además, el cuestionario estuvo disponible para todos los profesionales que trabajan en el campo de las enfermedades mentales o de las adicciones en España a través del acceso a la página web de la SEPD (www.sepd.es).

Para comparar la percepción de los profesionales con los recursos disponibles existentes, entre los meses de junio y julio del año 2012, el cuestionario on-line fue enviado también a los 19 comisionados y responsables de los planes nacionales y regionales de drogas (17 comisionados de las diferentes CCAA y 2 de Ceuta y Melilla).

Para el análisis estadístico se obtuvieron tablas y porcentajes de frecuencia para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas (media, desviación estándar (DE), mínimo y máximo e intervalos de confianza del 95%). El grado de acuerdo entre las percepciones de los profesionales y de los comisionados se expresó como porcentaje de aciertos.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA A NIVEL NACIONAL

Perfil de los profesionales participantes

En el estudio, participaron 659 profesionales sanitarios, 45,1% de hombres ($n = 297$), procedentes de 553 centros de 235 ciudades españolas incluyendo todas las CCAA.

El 95,9% de los centros proporcionó 1 o 2 participantes, el 2,6% proporcionó 3 participantes, el 0,7% proporcionó 4 participantes y solo un 0,04% proporcionó 7 participantes. Las CCAA que aportaron más profesionales fueron Madrid (17,9%), Cataluña (17,1%), Andalucía (15,5%), Comunidad Valenciana (8,6%), Galicia (7,3%), País Vasco (5,8%), Canarias (4,7%), Castilla y León (4,7%) y Castilla La Mancha (4,4%) (**Figura 1**).

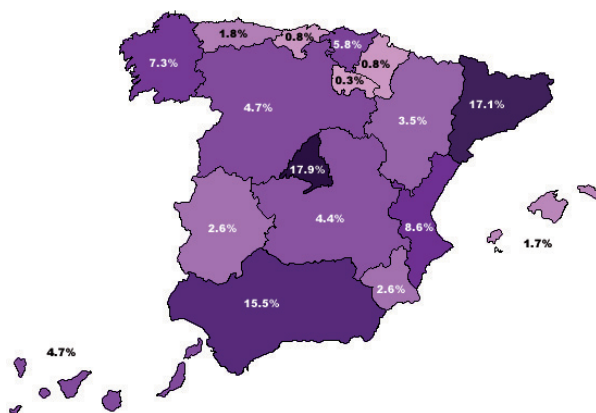


Figura 1. Distribución geográfica de los centros participantes en el estudio.



La mayoría de participantes eran psicólogos (43,4%) o psiquiatras (32,9%), seguidos por médicos de familia/cabecera (14,6%) y médicos con otras especialidades (7,6%). Una baja proporción de profesionales presentaba dos o más especialidades (Tabla 1). En el global de la muestra de participantes, los centros de trabajo mayoritarios fueron los de adicciones o rehabilitación (26,4%), hospitales (25,0%), centros de salud (3,4%) y ayuntamientos (3,3%).

Tabla 1. Características de los profesionales encuestados (n = 659).

Características	n (%)
Género	
Mujeres	362 (54,9%)
Hombres	297 (45,1%)
País de origen	
España	625 (94,8%)
Latinoamérica	22 (3,3%)
Otros países europeos	8 (1,2%)
Otros	4 (0,6%)
Especialidad	
Psicólogo	286 (43,3%)
Psiquiatra	217 (32,9%)
Médico de cabecera	96 (14,6%)
Otras especialidades	50 (7,6%)
Patología dual	10 (1,5%)

De los 19 comisionados participantes, 16 (84,2%) respondieron el cuestionario. En cuatro casos (Aragón, Cantabria y Ceuta y Melilla) no se obtuvo respuesta.

Respecto a las afiliaciones de los profesionales encuestados a sociedades científicas, la mayoría de participantes pertenecía a la SEPD (34,9%) y a Socidrogalcohol (14,6%) y, en menor proporción, a la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) (9,7%), a la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)/Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) (7,7%) y a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (5,0%).

Un 40,5% de los participantes pertenecían a la red de salud mental y un 35,4% a la red de drogodependencias, mientras que un porcentaje menor estaban afiliados a la red unida de drogodependencias y salud mental (13,5%) y a ambas por separado (10,3%). Únicamente un 0,3% no pertenecía a ninguna red.

Opinión de los profesionales sobre la necesidad de recursos específicos para pacientes con patología dual en España (Szerman *et al*, 2014)

Los profesionales encuestados consideraron mayoritariamente que eran necesarios recursos específicos para patología dual.

Una mayoría importante de participantes (93,2%; n = 592) consideraron que eran necesarios recursos específicos para la patología dual, sin diferencias relevantes en función de su afiliación a sociedades científicas. Entre los recursos identificados como necesarios, destacan los recursos intermedios (76,7% de los participantes), unidades de detoxificación de agudos (68,8%) y unidades de rehabilitación de media estancia (64,6%).

El 54,0% de los encuestados consideró que existía integración entre las redes de salud mental y de adicciones, valorándola como buena o muy buena (49,5% de los participantes).

Para un 65,2% de los participantes los recursos específicos para patología dual eran públicos, mientras que un menor porcentaje los consideró semi-privados (39,1%) o completamente privados (27,6%).

Aproximadamente la mitad de los participantes (53,5%) afirmó conocer de forma parcial los recursos específicos disponibles en su CCAA, mientras que un 29,6% afirmó conocerlos en su totalidad.

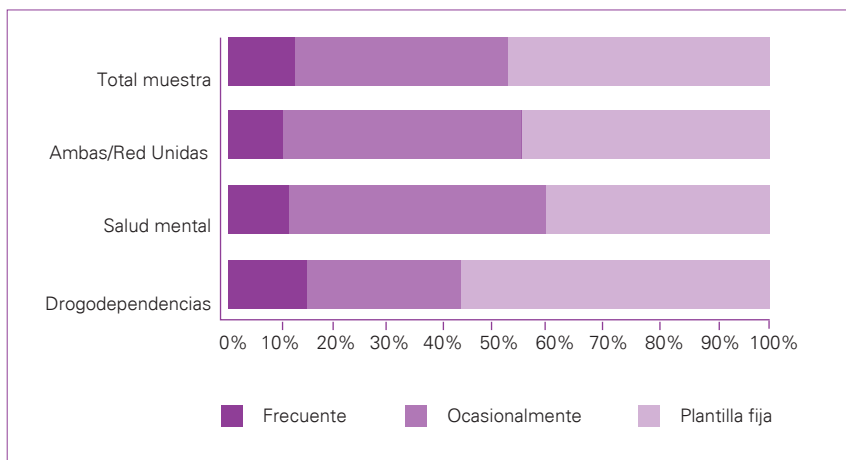
En opinión de los profesionales encuestados, el perfil de profesionales que trabajaban en recursos específicos incluían médicos de cabecera, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales.

En los tres tipos de recursos (salud mental, adicciones e integrados), la rotación laboral fue bastante elevada. Menos de la mitad de los encuestados (48,1%) indicaron baja rotación, mientras que un 39,3% indicaron rotación ocasional y un 12,6% indicó rotación de profesionales frecuente (**Figura 2**).

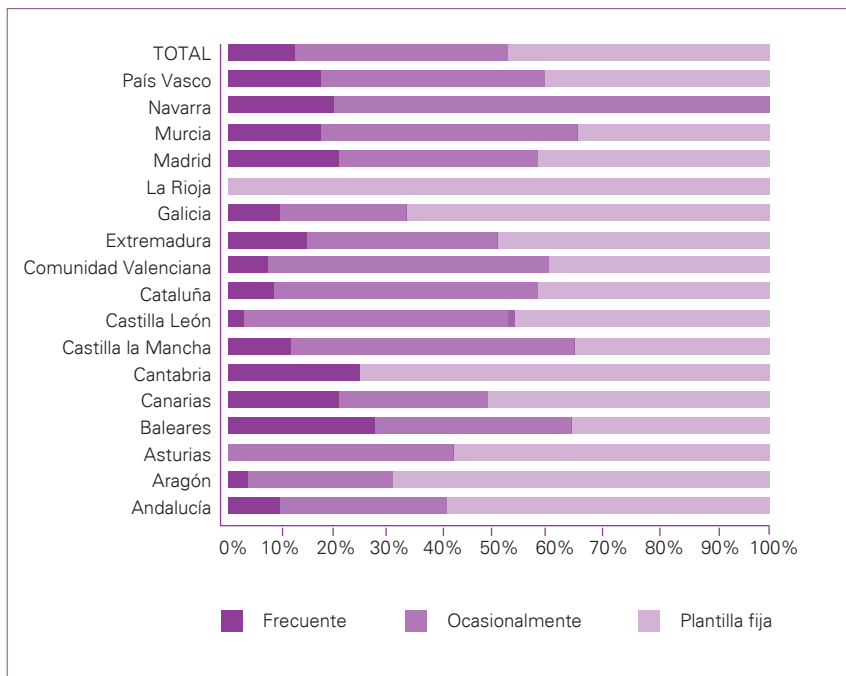


Figura 2. Cambios y/o rotación de profesionales contratados. **A)** por redes **B)** por CCAA.

A)



B)

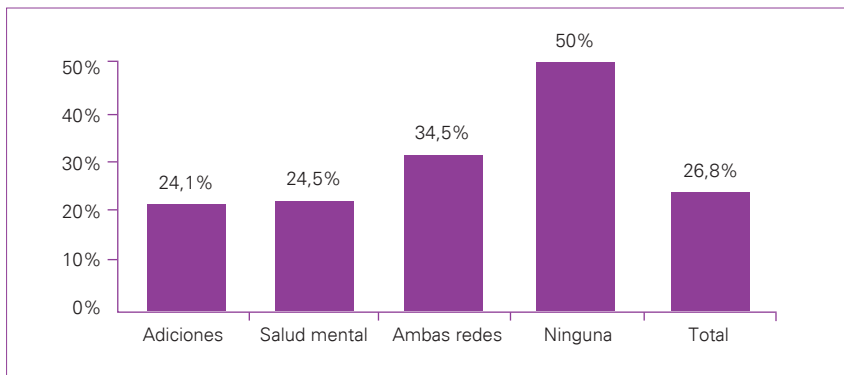


Se registró el mayor nivel de rotación de profesionales en los recursos de salud mental. Más de la mitad de los participantes (56,2%) consideró que el acceso de los pacientes a los recursos individuales eran directos, mientras que un 43,8% consideró que los pacientes accedían a los recursos para patología dual a partir de otros recursos.

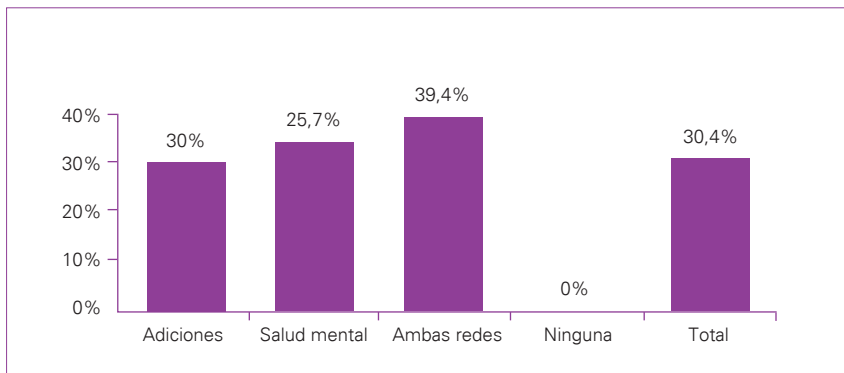
Una proporción baja de participantes consideró que existía el número adecuado de programas ambulatorios para patología dual (26,8%) y unidades específicas de hospitalización (30,4%) (**Figura 3**).

Figura 3. Opinión de los participantes acerca de la **A)** existencia de programas ambulatorios y **B)** unidades específicas de hospitalización.

A)



B)





Por el contrario, el 62,5% de los participantes consideró que existía el número adecuado de unidades de detoxificación para patología dual, con diferencias importantes en función de la red (76,4% en adicciones y 47,7% en salud mental).

Aproximadamente la mitad de los participantes (47,3%) consideró que habían disponibles unidades psiquiátricas de ingreso de agudos, mientras que la disponibilidad de unidades específicas de ingreso para subagudos (1 – 3 meses de estancia) fue considerada en menor proporción (16,9%; cada participante consideró un media de $1,04 \pm 1,54$ unidades en su área).

Cerca de un tercio de los participantes (34,2%) consideró que estaban disponibles los recursos ambulatorios intermedios, con una media de $1,60 \pm 2,74$ unidades en su área. La existencia de hospitales de día para patología dual fue considerada por un 15,5% de los casos, con una media de $0,69 \pm 1,28$ unidades por profesional, mientras que la existencia de centros de día para patología dual fue considerada en un 21,5% de los casos, con una media de $0,75 \pm 1,22$ por profesional.

Los participantes también indicaron una baja disponibilidad de programas específicos de formación (11,6%, con una media de $1,59 \pm 7,27$ unidades por participante en su área) y centros de reinserción laboral (16,7%, con una media de $0,70 \pm 1,44$ unidades/profesional/área), así como de comunidades terapéuticas para pacientes con patología dual (41,9%, media de $0,88 \pm 1,01$ unidades/profesional/área).

En opinión de más de tres cuartas partes de los profesionales encuestados, los cuatro tipos de recursos más necesarios eran: programas ambulatorios específicos (89,0%), unidades de desintoxicación y retirada de sustancias (87,3%), recursos ambulatorios intermedios (85,3%) y unidades específicas de hospitalización (74,5%). No se observaron diferencias en esta consideración en función de la red a la cual pertenecían los profesionales (adicciones o salud mental).

Percepción de los profesionales españoles acerca de los recursos específicos para pacientes con patología dual (Roncero *et al*, 2014)

Conocimiento sobre las redes

Se observó un elevado grado de conocimiento de las redes existentes (existencia de redes separadas y/ unidades unificadas), con un grado de coincidencia entre las percepciones de profesionales y los datos de los comisionados de aproximadamente el 75%.

Conocimiento acerca de los recursos existentes para patología dual

Se registró un nivel bajo de concordancia (cerca del 61 %) entre la percepción de los profesionales y los recursos existentes en cuanto a programas ambulatorios disponibles, así como de unidades de hospitalización específicas.

Un 63,2% de los participantes acertó en la disponibilidad de unidades de desintoxicación específicas, mientras que únicamente un 18,4% de los profesionales indicó de forma correcta su número.

Únicamente un 46,5% de los profesionales demostró estar correctamente informado acerca de la existencia de unidades de ingreso psiquiátrico para agudos, mientras que solo un 2,5% de ellos conocía el número de estas unidades en su área.

Para el resto de recursos, el grado de conocimiento fue el siguiente: unidades de ingreso para subagudos (67,4%), recursos ambulatorios intermedios (48,9%), hospitales de día (58,9%), centros de día (57,9%), talleres (73,1%), centros de reinserción laboral (59,3%) y comunidades terapéuticas para pacientes con patología dual (43,8%).

En general, para los diferentes recursos, los profesionales subestimaron el número de recursos específicos presentes en sus respectivas comunidades. En concreto, se observaron diferencias relevantes en el número de unidades ofrecidas en cada comunidad y el número considerado por el profesional: 4,33 vs 1,6 para unidades de ingresos para sub-agudos; 28,5 vs 2,97 para recursos ambulatorios intermedios; 7,5 vs 1,28 para hospitales de día; 9 vs 1,96 para talleres; 21 vs 13,8 para centros de día; 5,33 vs 2,14 para centros de inserción ocupacional y 7,2 vs 2,4 para comunidades terapéuticas.

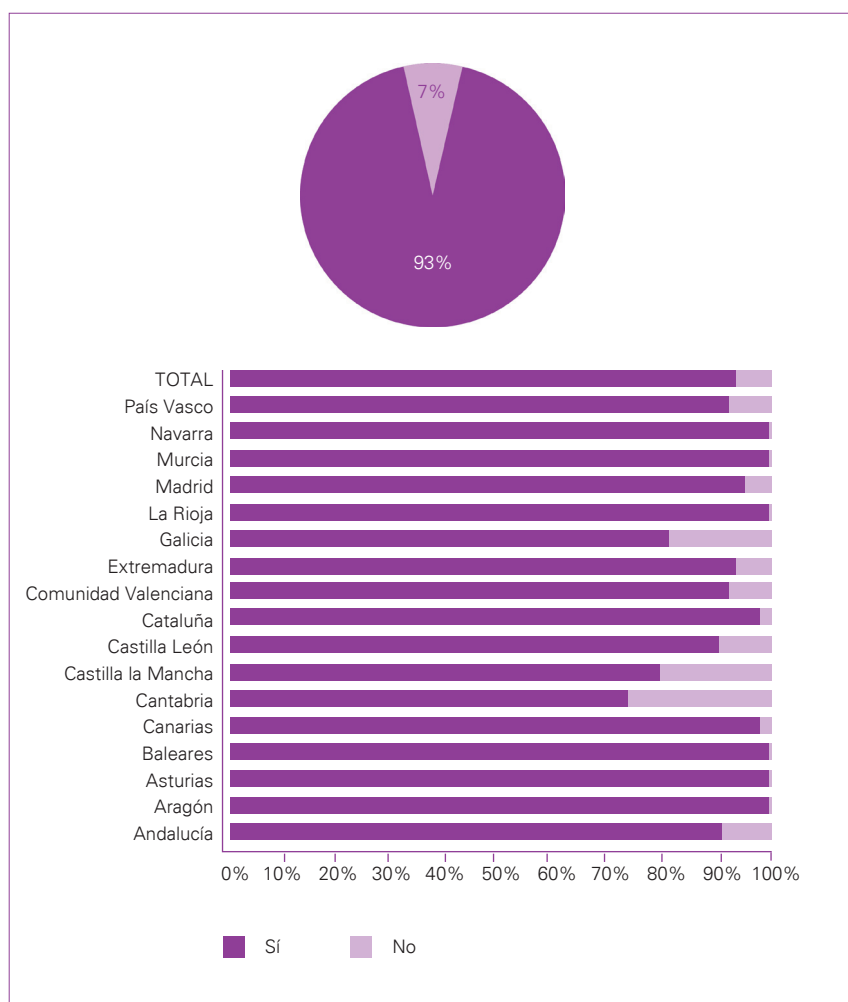
Diferencias relevantes en la percepción y el grado de conocimiento de los profesionales de las distintas CCAA españolas sobre la existencia de recursos para pacientes con patología dual (Roncero *et al*, 2015)

En cuanto a la valoración de la integración entre las redes de salud mental y adicciones, se observaron diferencias entre CCAA, siendo Navarra y el País Vasco las CCAA con mayor conocimiento de la existencia de integración. Cuando estos datos se compararon con los datos aportados por los comisionados, se observó que un 74,5% de los profesionales respondieron en concordancia con la realidad, siendo Baleares, Extremadura, Canarias y Andalucía las comunidades con un mayor grado de conocimiento acerca de la existencia de una única red de salud mental y adic-



ciones. Respecto a la percepción de los profesionales encuestados, la mayoría de participantes (93,2%) opinó que es necesaria la existencia de recursos específicos en patología dual, siendo Aragón, Asturias, Baleares, La Rioja, Murcia y Navarra las comunidades en que el total de profesionales opinó en su favor (Figura 4).

Figura 4. Percepción de los profesionales y grado de conocimiento de los recursos específicos para patología dual. Porcentaje de participantes que consideró como necesaria la existencia de recursos específicos para patología dual.



Entre los recursos específicos necesarios, una mayoría de participantes, en todas las CCAA, indicó como necesarios los centros de desintoxicación para agudos (100% de los participantes en el caso de Cantabria y Navarra). En general, en las diferentes comunidades, los participantes consideraron que la mayoría de recursos específicos eran públicos y minoritariamente privados concertados o privados, con la excepción de La Rioja, en que mayoritariamente consideró que los recursos específicos eran privados-concertados. En el total de la muestra, más de la mitad de participantes (53,5%) afirmó conocer parcialmente los recursos específicos disponibles, mientras que un menor porcentaje (29,6%) afirmó conocerlos totalmente, manteniéndose esta tendencia en la mayoría de las diferentes comunidades.

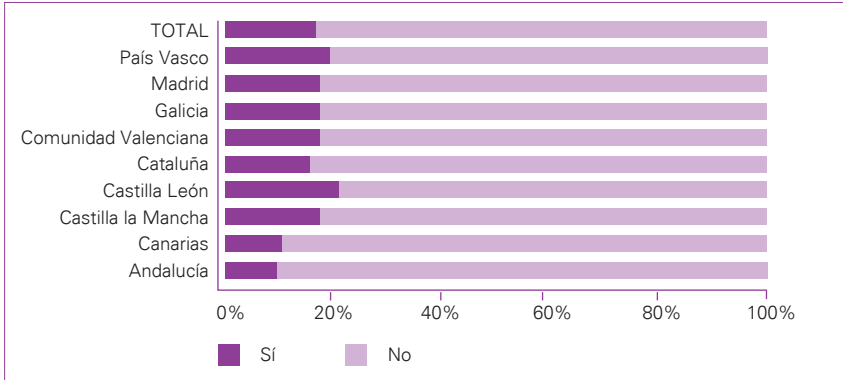
En opinión de los participantes de todas las CCAA, los perfiles profesionales que trabajan en recursos específicos son médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, con la excepción de Cantabria, en que solo se consideraron médicos, psiquiatras y psicólogos como personal implicado. Se observaron diferencias importantes entre comunidades en cuanto a los cambios y/o rotación de los profesionales contratados, siendo La Rioja la comunidad con más percepción de contratación fija y Navarra la comunidad con más percepción de rotación de personal (Figura 2B). Una mayoría de participantes (73,2%) consideró que no existían programas ambulatorios de patología dual, siendo este porcentaje aún mayor en comunidades como Castilla y León (83,3%), Andalucía (84,9%) y Canarias (89,7%). Estas CCAA presentaron también porcentajes elevados de aciertos al comparar estos datos con los de los comisionados (83,3%, 85,0% y 89,7%, respectivamente). El 60,7% del total de los profesionales respondió de forma correcta a esta cuestión, siendo Asturias, Baleares y Navarra las comunidades con mayores porcentajes de profesionales informados (100%). Igualmente, una proporción importante de participantes (69,6%) consideró que no existían unidades de hospitalización específicas, especialmente aquellos participantes que no pertenecían a ninguna red (100%). Por comunidades, en Andalucía se registró el porcentaje más alto de profesionales (92,5%) que desconocían la existencia de este tipo de unidades específicas, seguido por Galicia (90,5%) y País Vasco (83,3%), con porcentajes de aciertos en esta cuestión en estas comunidades (92,5%, 90,5% y 83,3% respectivamente). En total, un 66,3% de los profesionales respondieron en concordancia con lo indicado por los comisionados, siendo Castilla La Mancha (28,0%), Navarra y Castilla León (40,0%), Madrid (40,7%) y Murcia (47,1%) las comunidades con menores tasas de aciertos. Por el contrario, la percepción de los profesionales sobre la existencia de unidades de desintoxicación específicas para patología dual fue más elevada en el total de la muestra (62,5%) y en la mayoría de CCAA. El grado de concordancia entre percepción y realidad fue del 63,2% en el total de la muestra y mayor por comunidades,



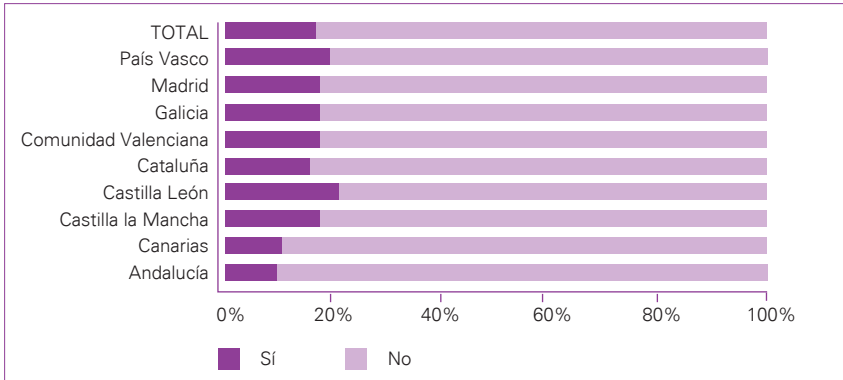
siendo La Rioja la comunidad con un 100% de concordancia, seguido por Baleares (81,8%) y País Vasco (80,6%). En general, se registró una tasa muy baja de conocimiento del número de estas unidades en su zona (18,4% en el total de la muestra). Más igualada estuvo la percepción sobre la existencia de unidades psiquiátricas de ingreso de agudos (para el 52,7% del total, no habían tales unidades), con más desconocimiento en comunidades como Andalucía (74,2%) y Canarias (72,4%), con un bajo nivel de aciertos respecto a los datos de los comisionados en el total de la muestra (46,5%) y en Andalucía (25,8%), a diferencia de La Rioja (100%) y Canarias (72,4%). Para una mayoría de participantes, no existían unidades de subagudos (ingreso de 1 a 3 meses) en su comunidad (83,1%), manteniéndose esta visión en la mayoría de CCAA. El porcentaje de aciertos en esta cuestión fue elevado en el total de la muestra (67,4%) y en las diferentes comunidades, con la excepción de Murcia y Castilla La Mancha. En este tipo de unidades, se observó que, en general, los profesionales sub-estimaron el número de unidades ofrecidas en sus comunidades (4,3 unidades de media en realidad frente a 1,6 unidades de media según percepción). La inexistencia de recursos intermedios (ambulatorios) fue descrita por un 65,8% del total, y por porcentajes más elevados en Madrid (74,0%), Cataluña (73,2%), Canarias (71,4%) y Comunidad Valenciana (70,6%). En Cataluña y Comunidad Valenciana, el porcentaje de aciertos fue elevado (73,2% y 70,6%, respectivamente), pero no en Madrid y Canarias (26,0% y 28,6%, respectivamente). En esta cuestión, se observó un porcentaje de aciertos del 48,9% en toda la muestra, con diferencias importantes entre comunidades. En general, se observó que los profesionales sub-estimaban el número de unidades en cada comunidad (28,5 en realidad frente a 2,97 según percepción). Por lo que respecta a hospitales de día, la inexistencia de estos recursos específicos fue descrita por la mayoría de los participantes (82,8%) y por los profesionales de todas las CCAA (Figura 5A). La misma tendencia se observó para los centros de día específicos, aunque con porcentajes inferiores (78,5% del total) (Figura 5B). El porcentaje de aciertos en ambas cuestiones fue relativamente alto (59,0% para hospitales de día y 57,9% para centros de día), con diferencias importantes entre comunidades (Figuras 5C y 5D). En ambos casos los profesionales sub-estimaron el número de unidades (7,5 vs 1,3 para hospitales de día y 9,0 vs 2,0 para centros de día).

Figura 5. Percepción de los profesionales y grado de conocimiento de los recursos específicos para patología dual. **A)** Porcentajes de participantes que consideró que no existían hospitales de día para patología dual. **B)** Porcentajes de participantes que consideró que no existían centros de día para patología dual. **C)** Grado de conocimiento acerca de la existencia de hospitales de día para patología dual. **D)** Grado de conocimiento acerca de la existencia de centros de día para patología dual.

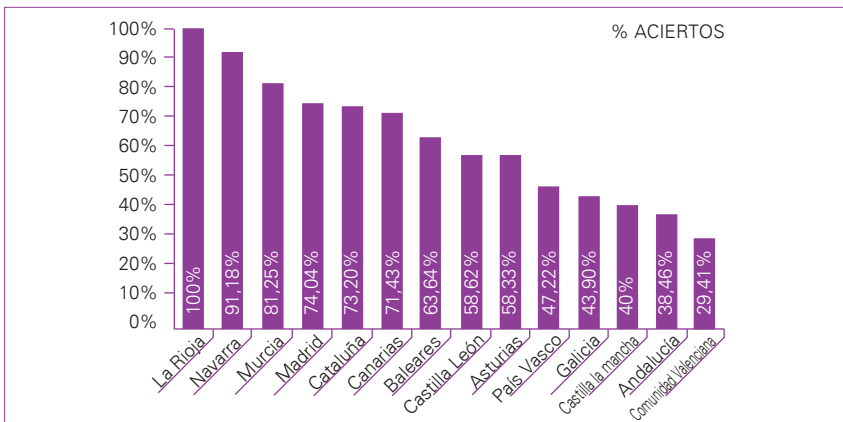
A)



B)

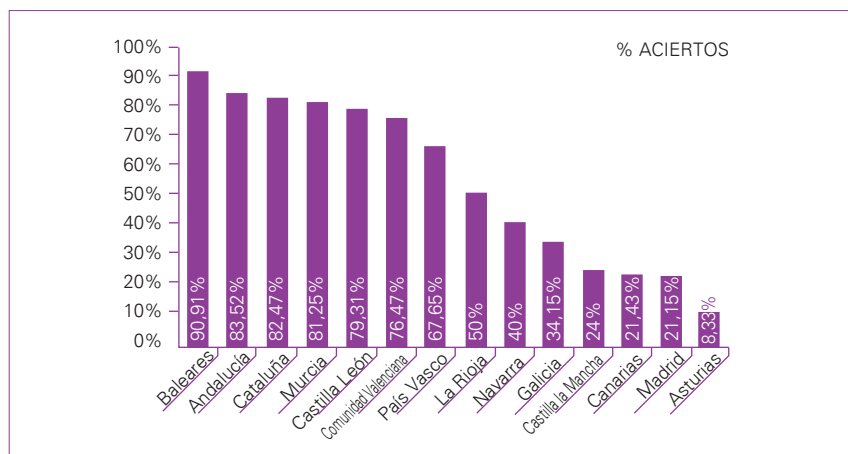


C)





D)

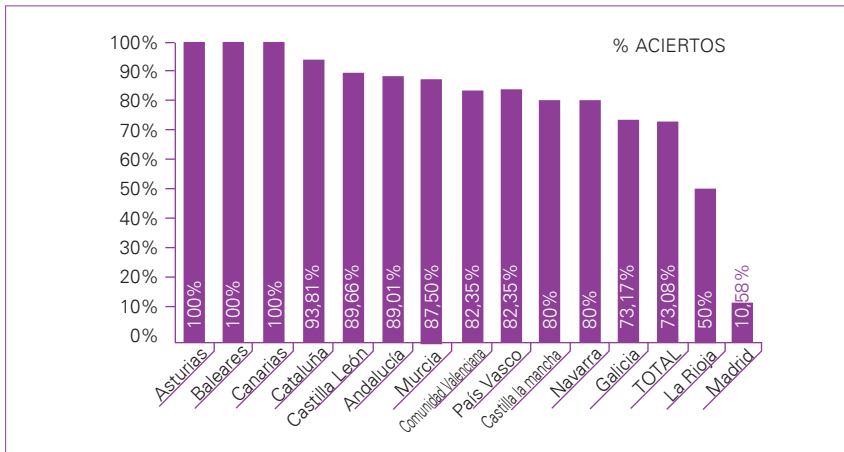


También fue mayoritaria la consideración de que no había talleres específicos para pacientes con patología dual, tanto en el total de participantes (88,4%) como por CCAA. Esta opinión también fue mayoritaria en el caso de los centros de reinserción laboral, en el total (83,3%) y en las diferentes CCAA. El porcentaje de aciertos en el caso de los talleres específicos fue elevado, tanto en el total (73,1%) como en las diferentes comunidades (Figura 6A). En el caso de los centros de reinserción laboral, el 59,3% de los encuestados respondió correctamente, con mayores porcentajes de aciertos en la Comunidad Valenciana (94,1%) y Asturias (91,7%) (Figura 6B). En general, los profesionales encuestados subestimaron el número de estos recursos disponibles (5,3 vs 2,14). Finalmente, respecto a las comunidades terapéuticas que aceptan pacientes con patología dual, se registró más diversidad de opiniones. El 58,1% de participantes del total de la muestra desconocía su existencia, siendo este porcentaje superior en Comunidad Valenciana (66,7%), Madrid (68,3%) y Cataluña (73,2%) y menor en Galicia (39,0%) y País Vasco (38,2%). El porcentaje de aciertos en esta cuestión fue medio en el total de la muestra (43,8%) y por comunidades (Figura 6C). En este recurso, se observó también que los profesionales subestimaban su número (7,2 vs 2,4). No se observaron diferencias relevantes en los porcentajes de aciertos de los profesionales en función de la red, lo que indica que la afiliación a una red integrada no influye en el grado de conocimiento sobre los recursos disponibles para patología dual. Únicamente se detectó un mayor grado de conocimiento sobre la existencia de recursos específicos intermedios en aquellos profesionales pertenecientes a redes no integradas, en comparación con aquellos profesionales de redes integradas (20,0% vs 6,5%, $p = 0,00034$). Finalmente, tampoco se detec-

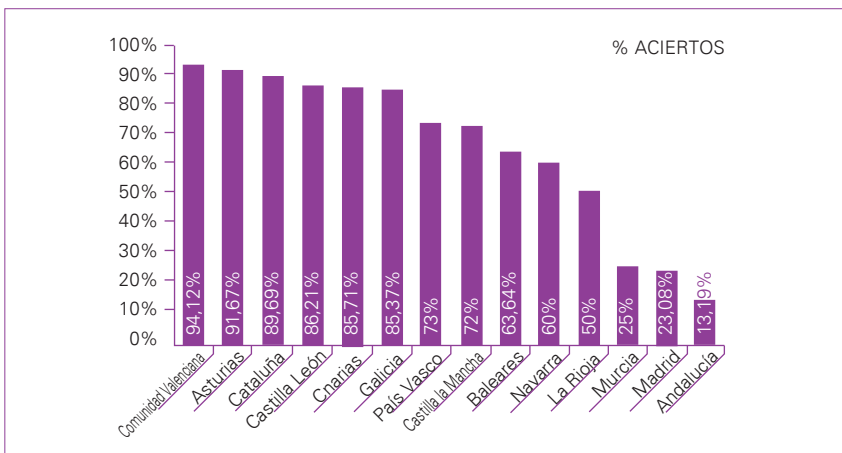
taron diferencias relevantes en el grado de conocimiento de los recursos en función de la formación de los profesionales (psicólogos o psiquiatras frente al resto de profesionales).

Figura 6. Percepción de los profesionales y grado de conocimiento de los recursos específicos para patología dual. A) Grado de conocimiento acerca de la existencia de talleres específicos para patología dual. B) Grado de conocimiento acerca de la existencia de centros de reinserción laboral para patología dual. C) Grado de conocimiento acerca de la existencia de comunidades terapéuticas para patología dual.

A)

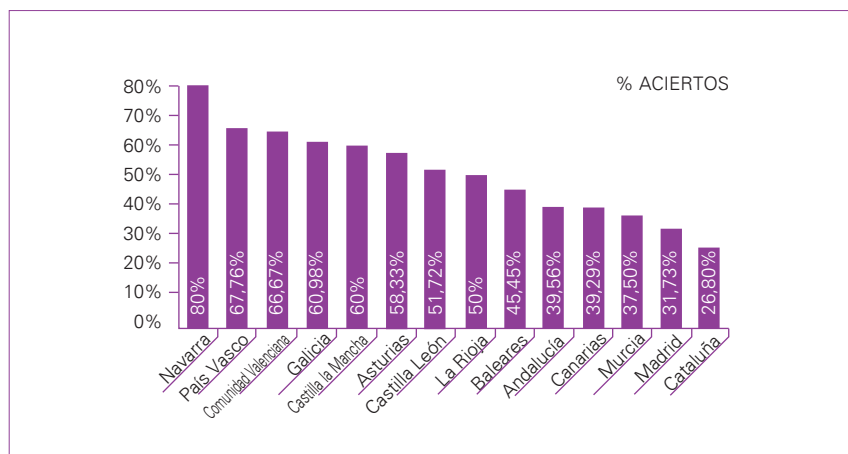


B)





c)



DISCUSIÓN

Con el presente estudio, se presenta por primera vez en España una encuesta a nivel nacional acerca de la disponibilidad de recursos específicos para el tratamiento de pacientes con patología dual. Los resultados obtenidos han mostrado claramente que, según la percepción de los profesionales implicados, los recursos sanitarios integrados y específicos para pacientes con patología dual son claramente insuficientes.

También se ha observado un escaso conocimiento por parte de los profesionales de los recursos existentes, ya que al comparar la percepción de los profesionales con los recursos existentes, de acuerdo con los datos aportados por los comisionados y los directores responsables de los planes sanitarios nacionales y regionales sobre drogas, se han detectado bajos niveles de conocimiento de los diferentes recursos específicos para patología dual (Roncero *et al*, 2014; Szerman *et al*, 2014).

Percepción de los profesionales sobre la disponibilidad de recursos integrados

La percepción de los profesionales sanitarios constituye un aspecto de vital importancia en la atención sanitaria, a nivel de diagnóstico, manejo y tratamiento y para la planificación y evaluación de las necesidades sanitarias, por lo que, en la actualidad,

está recibiendo un interés creciente por parte de los investigadores (Olivares *et al*, 2013; Oller-Canet *et al*, 2011; Velligan *et al*, 2010; Roncero *et al*, 2013; Iñíguez *et al*, 2009; Coll-Vinent *et al*, 2008). A nivel mundial y también en España, sin embargo, el número de estudios que evalúen las percepciones de los profesionales todavía es bajo.

En este sentido, en la actualidad se debe destacar la gran importancia de estudiar las percepciones de los profesionales implicados en el manejo de la patología dual. De hecho, la opinión de los profesionales está recibiendo más atención en los últimos años, demostrándose ser clave en la planificación y evaluación de las necesidades existentes por parte de las autoridades sanitarias, aunque existen diferencias en la percepción por parte de los profesionales que trabajan en este campo, en función de diferentes factores, como la formación, especialidad o área geográfica (Roncero *et al*, 2014; Iñíguez *et al*, 2009).

Los resultados del presente estudio y de estudios previos han evidenciado que los profesionales apoyan la necesidad de implementar recursos integrados para la atención de pacientes con patología dual, considerando su alta prevalencia, su peor pronóstico y evolución y las tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad asociados a esta condición (Grant *et al*, 2004; Roncero *et al*, 2011; Roncero *et al*, 2011; Swendsen *et al*, 2010; Szerman *et al*, 2013; Daigre *et al*, 2013; Grau-López *et al*, 2014).

Mientras que los profesionales cada vez conocen más esta condición y la necesidad de estrategias integradas, la integración todavía se encuentra en vías de implementación en muchos países y se focaliza principalmente en la administración de medicamentos y de psicoterapia (Green, 2006; Hawkins, 2009; Farren *et al*, 2012). Además, a nivel global, existen pocos estudios que hayan evaluado la disponibilidad de recursos sanitarios para el manejo eficaz de los pacientes con patología dual, aunque las evidencias científicas de que se dispone hasta la fecha apoyan la noción de que la mejor manera de tratar a los pacientes con patología dual es mediante recursos integrados (Hawkins, 2009; Farren *et al*, 2012; Pettinati *et al*, 2013).

A nivel de CCAA, no se han detectado grandes diferencias sobre la necesidad de recursos específicos para pacientes con patología dual, en función de las CCAA donde trabajan los profesionales, confirmando los resultados globales acerca de la necesidad de recursos específicos para patología dual en España. Tampoco se han detectado diferencias en función del perfil profesional o de la procedencia y además, en general que los recursos disponibles son subestimados por los profesionales de todas las CCAA.



Grado de conocimiento de los recursos específicos para patología dual por parte de los profesionales

La comparación entre la percepción de los profesionales y los datos procedentes de los comisionados ha permitido obtener el grado de conocimiento de los profesionales en cuanto a recursos específicos para patología dual. Los resultados obtenidos han evidenciado la importante disparidad entre realidad y percepción de los profesionales en este aspecto, con una subestimación sistemática del número de recursos disponibles.

También observamos importantes diferencias entre CCAA, lo que pone de manifiesto la diversidad en el conocimiento de los profesionales acerca de los recursos específicos, reflejar la diversidad de políticas y estrategias sanitarias existentes a nivel autonómico (Gispert y Gine, 2006).

Se ha detectado globalmente un nivel bajo de conocimiento en recursos como comunidades terapéuticas, unidades psiquiátricas de ingreso de agudos, recursos ambulatorios intermedios, centros y hospitales de día y centros de reinserción laboral, no se ha observado una tendencia homogénea en ninguna comunidad, es decir, que las comunidades con mayor porcentaje de aciertos han variado en función del recurso.

Fomentar el conocimiento de los recursos existentes puede favorecer que los clínicos utilicen el más adecuado para el momento evolutivo del paciente, lo que podría ayudar a mejorar la evolución. En este sentido, los resultados del presente estudio pueden ser de gran utilidad, tanto para clínicos y para los gestores del sistema sanitario. Para los clínicos porque aumentar el grado de conocimiento de los recursos existentes en su CCAA y de las diferencias con las limítrofes, le facilitará realizar una mejor elección de los recursos existentes y podrán proponer los que realmente son necesarios. Para los gestores sanitarios encargados de la planificación e implementación de estrategias sanitarias para patología dual puede ser el inicio de un debate sobre la necesidad de armonización en esta materia. Las diferencias registradas en la visión y conocimiento de los profesionales pueden estar relacionadas tanto con diferencias intrínsecas de cada comunidad, como por diferencias en la formación de los profesionales o en las del sistema sanitario. Además, también hay que contemplar que también existen diferencias importantes entre CCAA en cuanto a morbilidad psíquica/ psiquiátrica, consumo de psicofármacos, apoyo social o autopercepción de la salud, según un estudio transversal realizado en casi 30.000 ciudadanos españoles (Ricci-Cabello *et al*, 2010).

En cualquier caso, las diferencias detectadas en recursos, como centros de desintoxicación específicos, centros de día, talleres o comunidades terapéuticas, así como la subestimación de recursos registrada en la mayoría de comunidades, sugieren que es necesario la creación de registros de registros unificados y accesibles a nivel nacional.

Consideramos que la implementación de un registro nacional único sobre este tipo de recursos podría contribuir a evitar la falta de información detectada. Asimismo, consideramos necesaria la implementación de campañas de información y divulgación sobre recursos destinadas a los profesionales en España.

También se puede proponer el desarrollar campañas formativas e informativas para los profesionales sobre los recursos existentes en las distintas CCAA, ya que el desconocimiento de los recursos existentes se presenta en todas las CCAA. No se ha estudiado el grado de conocimiento sobre los recursos en otras CCAA, pero se puede plantear que será igual de parcial o incluso peor que el de los recursos de la CCAA donde se trabaja.

Aunque no podemos realizar comparaciones con otros estudios a nivel internacional, consideramos que los resultados obtenidos son de gran relevancia, ya que ponen de manifiesto que, como consecuencia de la falta de conocimiento de los profesionales, los recursos integrados disponibles actualmente probablemente estén infrautilizados, lo que impide proporcionar un manejo óptimo a los pacientes con patología dual.

Aunque todavía no se hayan abordado las causas de esta falta de conocimiento, se puede sugerir que pueden ser debidas en parte a la falta de difusión y al flujo escaso de información sobre recursos disponibles en cada comunidad.

Al igual que en otros problemas de salud que requieren aproximaciones de atención integradas, los profesionales necesitan conocer los recursos integrados tanto a nivel local como regional, así como los servicios específicos de tratamiento disponibles en cada institución (Hofner *et al*, 2002; Brorekaert *et al*, 2006; Breton *et al*, 2013).

Inestabilidad laboral entre los profesionales que atienden pacientes con patología dual

Entre las diferentes necesidades detectadas en el presente estudio, destaca el elevado grado de inestabilidad laboral y de rotación de los profesionales que trabajan



en recursos integrados, lo que impide alcanzar una correcta formación y experiencia para atender a los pacientes con patología dual. La alta tasa de rotación puede estar causada por factores como el agotamiento laboral (burnout) (Hawkins, 2009; Farren *et al*, 2012; Pettinati *et al*, 2013) y, posiblemente, por la naturaleza de recursos integrados y por las políticas y planes presentes para este tipo de recursos.

Además, en ausencia de una planificación coherente a largo plazo por parte de los gestores de la sanidad, en general, los profesionales altamente motivados que trabajan los recursos integrados suelen buscar estabilidad laboral en otros servicios.

Cabe destacar que, en nuestro estudio, observamos una baja tasa de rotación en aquellos profesionales que pertenecían a ambas redes o a redes integradas, lo que apoya los beneficios de la integración de ambas áreas para una mejor práctica clínica.

Necesidad de recursos ambulatorios específicos

En el presente estudio, los profesionales valoraron que existían pocos recursos ambulatorios, tanto en programas de tratamiento como de recursos intermedios. Las estrategias ambulatorias se han propuesto como un sistema prometedor para el manejo global de los pacientes con patología dual, especialmente en pacientes jóvenes (Hintz y Mann, 2006; Hawkins, 2009). La proximidad y el contacto con las comunidades sanitarias y de vecinos son elementos clave que estos pacientes pueden encontrar en los recursos ambulatorios y que pueden, en algunos casos, ayudar a prevenir ingresos futuros. Igualmente, también observamos una baja presencia de intervenciones complementarias, como programas de formación u ocupacionales.

Necesidad de unidades específicas de ingreso hospitalario

En el presente estudio, se observó la escasez de unidades de ingreso hospitalario destinadas específicamente a las necesidades de los pacientes con patología dual. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de la patología dual en España (Roncero *et al*, 2011; Arias *et al*, 2013), es necesaria la implementación de tales unidades específicas.

Implementación de estrategias específicas para patología dual en España

Los resultados obtenidos en el presente estudio apoyan la necesidad de realizar esfuerzos importantes para implementar estrategias específicas y recursos para el manejo de la patología dual en España. Para hacer frente a esta situación, se propone un Plan Nacional sobre Patología Dual (PNPD) en España, que debería ser

implementado en breve por las autoridades sanitarias españolas, tal como ya se ha realizado en otras áreas.

También sugerimos que este aspecto sea estudiado desde una perspectiva internacional que incluya la experiencia de otros países y poblaciones. Aunque la implementación de estrategias específicas e integradas para patología dual no había sido evaluada hasta la fecha, los resultados obtenidos apoyan la necesidad de desarrollar servicios integrados para pacientes con patología dual.

Ante el bajo grado de conocimiento de los profesionales, consideramos que el desarrollo de un registro sobre recursos integrados disponibles para profesionales sanitarios podría constituir una opción viable para abordar este tema. Tal como han propuesto otros autores, la clasificación de los recursos locales y regionales en base a los parámetros como el tratamiento ofrecido, integrados o no integrados o los profesionales a cargo podría facilitar la identificación rápida de los recursos disponibles por parte de los profesionales en base a las necesidades de los pacientes (Hofner *et al*, 2002; Brorekaert *et al*, 2006; Breton *et al*, 2013).

Puntos fuertes del estudio

Entre los puntos fuertes del estudio, se incluyen el elevado número de profesionales participantes procedentes de todas las CCAA, con una amplia representación de distintos perfiles profesionales. También cabe señalar el elevado número de respuestas obtenidas y la idoneidad de los cuestionarios on-line, diseñados especialmente para el estudio.

Dado que no existe un censo oficial de profesionales que trabajan en adicciones (Casas *et al*, 2009) ni de recursos para patología dual (Roncero *et al*, 2013), no se ha podido estimar la representación exacta de la muestra en la población de profesionales españoles. Se estima que existen entre 900 y 1.000 profesionales sanitarios trabajando en la red de adicciones y cerca de 4.500 - 5.000 psiquiatras en España, incluyendo aquellos en formación (Sociedad Española de Psiquiatría, www.sep.es). Se desconoce, sin embargo, cuantos pueden trabajar en servicios que atienden pacientes con patología dual. Por lo tanto, podemos estimar que participaron en el estudio aproximadamente un 5 – 8% de los profesionales que trabajan en salud mental o adicciones. Cabe señalar que no se observaron diferencias en función de la especialidad de los profesionales.

Consideramos que el presente estudio aporta por primera vez nuevos datos sobre el conocimiento real de los profesionales que atienden a pacientes con patología dual



sobre los recursos específicos disponibles. De hecho, evaluar las percepciones y conocimiento de los profesionales es de vital importancia para el manejo específico de esta patología, ya que los profesionales son los responsables de seleccionar los tratamientos, intervenciones y uso de recursos (Roncero *et al*, 2013).

Cabe señalar también que los datos correspondientes a los recursos reales existentes fueron obtenidos de los diferentes comisionados, que son las autoridades autonómicas mayores en esta materia.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio pueden estar relacionadas con generalizaciones, ya que es posible que los profesionales más motivados fueran los que respondieran a la encuesta. Además, el posible sesgo debido a la sobre-representación de participantes procedentes en un mismo centro no se pudo controlar.

También podría ser posible que algunos profesionales hubieran respondido incorrectamente debido a la falta de la información necesaria.

En cualquier caso, la alta participación registrada nos permite tener una imagen amplia de la situación actual, útil para la planificación de tratamientos y para el desarrollo de políticas sanitarias adecuadas. Son necesarios estudios adicionales, sin embargo, para evaluar las posibles causas de las diferencias detectadas y para seguir la implementación de nuevas estrategias, tales como un registro y un plan nacional para patología dual.

CONCLUSIONES

- La provisión de servicios específicos para pacientes con patología dual representa en la actualidad un importante y continuado reto.
- En opinión de los participantes, existe una escasez de recursos sanitarios específicos para patología dual.
- Existen diferencias relevantes entre la percepción de los profesionales y la realidad en cuanto a recursos específicos disponibles.
- Existe diversidad en el grado de conocimiento de los recursos específicos para patología dual en las diferentes CCAA.
- Los resultados obtenidos apoyan la necesidad de esfuerzos adicionales para el tratamiento de pacientes con patología dual.

- Es necesario un Plan Nacional sobre patología dual en España.
- Es necesaria la implementación de un registro nacional único sobre los recursos disponibles para patología dual.
- Son necesarias estrategias de información y difusión para dar a conocer a los profesionales los recursos específicos disponibles para patología dual.

Agradecimientos

El estudio ha sido promovido por la SEPD, ha contado con la ayuda y soporte económico de Brainpharma de Grupo Ferrer, y ha sido patrocinado por el “Plan Nacional sobre Drogas” (Gobierno de España).

Los autores agradecen la colaboración de la Dra. Anna Campuzano de Ferrer, S.A., y a Grupo Saned, por sus servicios de secretaría técnica y análisis estadístico.

Lista de participantes

Julietta Ruiz McCormick; Arturo Argelaguer Martínez, Nuria Rigau Simón, Bartolomé Marín Romero, Carlos Mizrahi Recasens, Izaskun Elortegi Kaiero, Alejandro Alfonso Sánchez Moraga, Diana Gallo Martínez, Joaquín Martínez Valente, Rafael Villanueva Blandón, Jaime Domper Tornil, Marta Torra Moreno, Carlos Chiclana Actis, Sebastián Navarro Tauste, Patricia Marqués Cabezas, Rosó Duñó Ambròs, Manuel Antonio Valencia Fernández, Laura Blasco Barrena, Raúl Padilla Soldado, Mariana Abeledo Otero, Segundo de Miguel Gimeno, Margot García de Gregorio, Sebastián Mera, María Ruiz Gomes, Juan Manuel Ferrer Angulo, María Lizaur, René Miguel González Rubio, Isabel Piñel Cortés, Aquilino Cuenda Corrales, M^a Ángeles Bravo Álvarez, María de Guía Castro Granados, María José Alemany García, Alfredo Barredo, Juan Alday Muñoz, Paula María Fuertes Silva, José Luis Salazar Sánchez, Iván Ollé i Llopis, Sara Morís González, Marcos López Hernández-Ardieta, Itxaso Oiarzabal Monje, María Suárez Gómez, José Antonio Wanguemert García, Paula Gestoso Campos, Carmen Barral Picado, Josep Lluís Conde Sala, Adrián Neyra Del Rosario, José Miguel Rodríguez Molina, Bayta Díaz Rodríguez, María Dolores Gómez García, Dionisio García Osuna, Juan Francisco Torres Soto, Manuel Arrojo Romero, Raquel Ramírez Larrondo, Iria Espiño Díaz, Carmen Fernández Cabrera, Mercedes Gómez Pérez,



Rafael Tortosa Gómez, Alexandra Glink Lezana, José Luis Montero Horche, Lidia Toribio Martínez, Idoia Zorrilla Larrainzar, Paola Bully Garay, Olga Prieto Blanco, Ángel Gabriel Herrera García, Marina Lamich, José Gabriel Franco Vázquez, Isabel Recio Aroca, Carme Mariscot Bas, Emiliano Rodríguez-Sánchez, Desiderio Mejías Verdú, Concepción Bancalero Romero, Emilio Javier Blanco Bengoechea, Juan José Millán, Josefina Fernández Iglesias, Sergio Ocio, Rebeca Ojea Quintela, Ana Barrera Francés, Miguel Ángel Landabaso Vázquez, Francisco Acosta Artilles, Ana María Bárbano Cruz, Miquel Joan Far Ferrer, José María Salgado Cacho, David Cabrera Lucas, Irene López Romero, Rafael Rodríguez Calzada, Fidel J. García Sánchez, Rafael Gautier Roques, Nicolás Condés Balboa, Samuel Pombo Chorto, Rocio Martínez Higueiras, Amable Manuel Cima Muñoz, Pilar Gardeta Sabater, César Pereiro Gómez, Marta Sabio Gutiérrez, Ana Fernández-Manchón García, María Martínez Díez, Carles Rodríguez i Domínguez, Valentín Estévez Pérez, Estefanía Hidalgo Aldana, Eugenia González Goizueta, Vanesa Ortiz González, M^a Trinidad Gómez Talegón, Rosa María Ventura Broncazo, Cristina Prieto Fernández, Antoni Far i Ferrer, María Jesús Longo García-Peñuela, María Nieves Gómez Llano, Ana M^a Bastida de Miguel, M^a Joaquina Lloreda Morillo, Joan de Pablo Rabazo, Rafael Casas Rivera, Ana María Caaveiro García, Carlos Muñoz Pérez, M^a Dolors Mas Delblanch, Isabel M^a de Haro García, Miriam Aran, Carlos Martín Fernández-Mayoralas, Carlos Calcaño, Iban Onandia Hinchado, Rafael Casquero Ruiz, María Isabel Iglesias Hernández, Belén Rubio Morell, José Luis Castro Feijóo, Carmen Pérez Espino, Sandra Castillo Magaña, Albert Batalla Cases, María Teresa Pérez Castellano, Lorena Casete Fernández, Luis Cordero de Ciria, José B. Morales Ramírez, Leonor Riera Fueyo, Ramón Ángel Rivera Mera, Antonia María Gómez Hinojosa, Pedro Massé García, Eduardo Samper Lucena, Sabela Maceda García, Blanca Castellón Abenia, Eglee Florencia Castillo Oramas, Rafael Campos Cloute, Francisco Rosagro Escámez, Purificación Reguillo Calero, Eduardo Mirón Ortega, María Luisa Gutiérrez López, David Busse Olive, Lorena Pereyra Grustan, Miguel-Ángel Villalba Abarquero, María Dolores Romero Lemos, Margarita M^a Hernanz Manrique, María Pilar Elías Villanueva, Marina González González, Ahinara Mendo Hernández, Cristobalina López Lorente, Pilar Bermejo González, M^a Rosa Sánchez-Waisen Hernández, Jesús Saiz Otero, M^a Yolanda P. Crespo Jiménez, María González Hidalgo, Óscar Garrido Miralles, Julia García White, Joaquín

Descals Gilabert, Cristina Martínez Martínez, Josep Cornellà Canals, Mar Peinado Vergara, Cristina Larrayoz Pérez, Consuelo Llamazares Peña, Amaia Pérez-Izaguirre Urquizu, Jorge Muñoz Ruata, Olga Arbeo Ruiz, Vicente Montero Sierra, Antonia San Martín García, Rafael Coullaut-Valera, María Badenes Mezquita, Izaskun Madinabeitia Cobos, María de Gracia Viseu Pinheiro Lopes Do Rego, M^a Soledad Iglesias Pérez, Miguel Ángel Beltrán Viciano, Juan Miguel Llorente Del Pozo, Juan Ramírez López, Mónica Serrano García, Victoria Panisello Sorribes, M^a Carme Masferrer i Herrera, Miquel Cavalleria Verdaguer, Almudena Hermoso, Barbara Mas Corbella, Antonio García Patiño, Asun Santos Mocoroa, Luis Alfonso Núñez Domínguez, Lourdes Del Rio García, Manuel Fernández Molina, Teresa Orenge Caus, Jose Díaz Morfa, Isabel Moreno García, Beatriz Isabel Peláez Gutiérrez, María Asunción Berrueco Quintero, Francisco Arnau Peiró, Gonzalo Haro Cortés, Helen Dolengevich Segal, Susagna Nevado, Mireia Reyero Salazar, Yolanda Carmona Cifuentes, Eva Amada Povedano Suárez, Astrid Roda de Sola, María Del Sol Roncero Rodríguez, Diana González Cano, Amanda Rodríguez Urrutia, Vicent Balanzá Martínez, Emilia Herrero López, Manuela Reyes Requena, Noemí Vivas Rubio, Esther García Usieto, Silvia Reyes Campos, Marisol Mondragón Egaña, María Calatayud, Miguel Guerrero Díaz, María José Casares López, José Manuel Martínez Delgado, Dolores Velo Camacho, Gregorio Navalón Roberto, Luis Basilio Rodríguez, Bartolomé Pérez Gálvez, Encarnación Gómez Juárez, Alfonso Rodríguez-Palancas Palacios, Francisco Javier Arranz Estévez, Angela Rita Martín Caballero, José Luis Gómez Juárez, Estrella Fátima Rueda Aguilar, Addis Leonor de Álava Celso, José María Sánchez García, Vicente García Vicent, M^a Josefa Campillo Cascales, Isabel Rodríguez García, Rezeda Radjapova Radjapova, José Manuel Fernández Fernández, Miguel Gómez-Calcerrada Berrocal, María José Gómez Del Castillo, Karmele Garay, Irene Milla Melero, María Álvarez Riedweg, José Antonio Segura Zamudio, Laia Miquel de Montagut, Alfredo Gurrea Escajedo, Lourdes Ortigosa Chasco, Isabel González Katarain, María Jesús Mota Rodríguez, Emilio Rato Alario, Castora Silva Silva, Alfonso Pérez Poza, Beatriz Oda Plasencia García de Diego, Rafael García Pérez, Juan Manuel Alonso Ramis, Miquel Monras Arnau, Gideoni Fusté Coetzee, Sebastian Pablo Rodríguez, Daniel Ocaña Rodríguez, Carmen Rubio Otero, Maribel Molina Fernández, Ana Adán Puig, Ana Sánchez, Juana Teresa Rodríguez Sosa, José Luis Álvarez Marqués, Juan Ma-



nuel Miguens Tjarks, Magdalena de Miguel Fernández, Andrés Pérez Barrero, María Del Mar Lázaro Redondo, Carmen Palau Muñoz, Ana Álvarez Navares, Vicente Garijo García, María Inés Padilla Cabrera, Sonia Encabo Franco, Silvia Funes, M^a Del Rosario Demetrio Santana, M^a Paloma Pando Fernández, José Juan Ávila Escribano, Belén Alonso Verdugo, Lidia Sánchez Morales, Alfred Granell Gorrochategui, Ramón Bellot Arcis, Esperanza Bosch Casañas, Juan Carlos Prados Moreno, Pedro Galindo Espada, Patricia Gracia García, Patricia Fadon Martín, Carlos José Pino Serrano, Andrés Arce, Pilar Calvo Estupiñán, Claudia Alejandra Fuentes, Juan Antonio Arance Maldonado, Elena Gómez Crespo, Rocio Caballero Campillo, Josep Oltra Aznar, M^a Amparo Ferreros Villar, Susana Rodríguez Picó, Isabel Hernández Otero, Cristina Eloísa Masini Fernández, M^a Elena Brea Pastor, Marisa Dorado García, Anna Olive Torralba, Verónica Gómez Gómez, Pedro Seijo Ceballos, Nazaret Martínez Mollinedo, María Vázquez Costa, M. Luisa Sanz Aguado, Icíar Álvarez Uría, Raquel Álvarez García, Manuel Pérez Rivas, Cristina Gómez Atienza, Francisco Rodríguez Pulido, José López Delgado, Domingo Robayna Ojeda, Matías Real López, Guadalupe López Cerón, Pilar San Juan, Gerard Mateu Codina, M José Hidalgo Quiles, Mónica Portillo Santamaría, Alejandro Ramírez Reffay, Ana Victoria Paris Fernández, David Cáceres Anillo, Olga Junca Jiménez, Miguel Angel Quintanilla López, José María Vázquez Vázquez, Carmen Tosio, Nora Soria García, Rafael Navarro Pichardo, Inmaculada Gutiérrez Porcel, J. Luis Frias Pulido, Virginia Yera Verruga, Antonio Manuel Rodríguez Cerezo, M^a Luisa Celorrio Bustillo, Carmen Quesada Romero, Angeles Ramón Góngora, Maier Rodríguez Zabaleta, M^a Loreto Medina Garrido, David Barranca Vargas, Luis Pacheco Yañez, Juan Bosco Anguiano Jiménez, Idoia Larrañaga Garate, José María Playà Busquets, M^a Carmen Rodríguez Fernández, Irene Aparicio Salinas, Adriana Massotti León, José Angel Alcalá Partera, Jose María Osuna Fuentes, José A. Juan Berna, María Rosario Consuegra Sánchez, Félix Reina Galán, Ramón Martínez Remacha, Josefina Puig Campañà, Gerardo Aznar Rivera, Pilar Garzón Nacer, Juan Manuel Jiménez Lerma, Carmen Díaz Lorenzana, Juana Palacios Márquez, José Manuel Fernández Fernández, Antonio Jesús Molina Fernández, Ainhoa Garibi Pérez, Joseba Pérez Atxa, Ignacio Basurte Villamar, Juan Antonio Abejón Merchán, Blanca Carcolé Batet, Ignacio González Jiménez, Usue Espinós Ortueta, Raquel Pérez Hernández, Silvia Amparo Navarro Ferragud, José Martínez Raga, Olga

Chapinal Sánchez, José Miguel Cuevas, Barranquero, Iluminada Rubio García, Vicente Fabregat Navarro, Carlota Pilar Rodríguez Zárate, César Negro Albañil, Belén Borjano, Esperanza Manzano Prado, María Lapeña Valencia, Alba de La Caridad Alba Pons, M^a Del Mar Sánchez Fernández, Antonio Terán Prieto, Fernando Gómez-Pamo Guerra Del Río, Beatriz Nogueras, Oskar Clar Corteza, Ana Romaguera Piñol, Ana Cáceres Santos, Belén Orozco Jabato, Oscar David Galera García, Ana Amelia Sánchez Padilla, Asunción Prieto Orzanco, Juan Carlos Hornillo Castro, José Javier Rosa Mestre, José A. Contreras Nieves, Vicente Tomás Gradoli, Ana Aparicio Aparicio, Diego José Moreno Ribas, Celia Gómez Yepes, Francisco Arias Horcajadas, Amparo Lara García, Ohicys Cala Hernández, Antonio Manuel Cabrera Ibarria, Ainhoa Madoz Ibáñez, José María Blanco Loberías, Francisco Vera Izquierdo, María Amparo Malea Fernández, Aránzazu Ferrer Añó, Montserrat Mola Gubert, Ana María Sánchez Viñas, Graciela Adriana Gómez Albarracín, Carlos Salavera Bordás, Antonio Francisco García Atenza, Rosa María Tomé Rodríguez, Mariano Montavez Díaz, Amparo Sánchez Mañez, María Sales Gilabert Fos, Germán Jurado de Flores Yopez, José Luis Sancho Acero, Diana Bachiller Valdenebro, Juan José Molina Castillo, Julio Quiles Lloret, Susana Gómez Baeza, José Morante Del Peral, Mercedes Zurdo Carrión, Marta Pilar Jiménez Cortés, Mar Nieto Riva, Laura Elías Casado, Rafael Goya Moscoso, Joan Alvarós Costa, Carlos Martín Picola, Javier Fernández Aurrecoechea, María Soledad Olmeda García, María Isabel Calvo Ortega, Josep Antoni Ramos-Quiroga, Marc Ferrer Vinardell, Aimée María Ruiz Rodríguez, María Teresa Guillermo Pardenilla, Nicolás Amador Amador, Silvia Piñeiro Carrió, Gemma Isabel San Narciso Izquierdo, Bruno Ribeiro Do Couto, Jesús Salomón Martínez, Carmen Gimeno Escrig, Bartolomé de La Fuente Darder, Jesús V. Cobo Gómez, Pablo Cardona Pintos, Esther Ontanilla Reyes, Marina Comín Zafón, Beatriz Mesías Pérez, Gloria Cordeiro-Crespo Cabral-Campello, Isabel López Escamilla, Letizia Irene Manchado López, Amadeo Martínez Guevara, José Torroba Molina, Miriam Mayoral Morera, M^a Angeles Alonso Urbano, Enrique Marcos González, Lluisa Pilar Puerta Marín, Andrés Martín Joison Rotbard, Roberto Pérez, Lorena Castillo Jiménez, Francisco Herrera Benítez, María Zaida Ramos Marrero, Nuria Seijas Fernández, María Gómez Sousa, Javier González González, Estela Sáez Fuentes, Wilson Nieves Pla, Carmen Sánchez Rivas, Manuel Conde Amado, Alfonso Gil Martínez, José Mar-



tínez, Concha Fernández Ramírez, Iñaki Markez Alonso, Javier Santamaría Gutiérrez, Francisco Javier Trujillo Carrillo, Eva Giralt Martínez, Armando Santiago Masuegli, Carla Ramos Vidal, Ignacio Zaera Cuadrado, José Luis Navarro González, Nieves Domeque Valiente, Miguel Del Nogal, M^a Josefa García Escudero, Juan Jesús Hernández González-Nicolás, Irma Teresa Bracamonte García, M. Carmen García Guijosa, M^a Fernanda Gómez Villaespesa, José Miguel Zoido Ramos, Alejandro Moreno Galindo, Juan Matías Fernández, César Paumard Oliván, Sumpci Guillén Font, Manuel Javier Pretel Pretel, José Miguel Ausejo Sanz, Carlos Iglesias Echegoyen, Paloma Sánchez de La Nieta Aragonés, Celia Del Pino Lidón, Hugo Mongay Sánchez-Gijón, Braulio Del Palacio López, Begoña de Pablo García, Lucía San Narciso Izquierdo, César Lucchetti, Ángel Manuel Turbi Pinazo, Atahualpa Granda Flores, Juan Ángel Correa de La Calle, Marta Fernández de Aguirre Malaina, Beatriz Mesías Pérez, Gustavo Molina Rodríguez, Jaime A. Fernández Fernández, Domingo Panizo Rivas, M^a Del Pilar Moreno Palancar, Francisco Javier Sedano Pérez, Carmen Iglesias Azcue, Gerardo Hernández Vázquez, Lucía Yolanda Armenteros García, Cristina Baliarda Hernández, Gerardo Pacheco Otoya, Marta Vallcanera Cabrera, Roberto Carlos Tapia, Juan A López-Rodríguez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adamson SJ, Todd FC, Sellman JD, Huriwai T, Porter J. Co-existing psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40:164-70.

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. *Adicciones*. 2013c;25(1):118-27.

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Abuse or dependence on cannabis and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology prevalence. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2013a;41(2):122-9.

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babín F. Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology, Mental Health and Substance Use. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2013b;41(2):123-30.

Bahorik AL, Newhill CE, Queen CC, Eack SM. Under-reporting of drug use among individuals with schizophrenia: prevalence and predictors. *Psychological Medicine*. 2014;44(1):61-9.

Breton M, Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Da Silva RB, Prud Homme A. Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? *BMC Health Services Research*. 2013;13:262.

Broekaert E, Vandeveldel S, Soye V, Yates R, Slater A. The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *European Addiction Research*. 2006;12(1):1-11.

Casas M, Arranz FJ, Roncero C. Grupo de estudio sobre intervenciones clínicas en conductas adictivas: GICCA: Documento de conclusiones. Barcelona: Drug Farma; 2009.

Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género of the Hospital Clínic de Barcelona. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22:7-10.

Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66(6):677-85.

Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States.



Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of General Psychiatry. 2007;64: 566-76.

Daigre C, Roncero C, Grau-López L, Martínez-Luna N, Prat G, Valero S, Tejedor R, Ramos-Quiroga JA, Casas M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Cocaine-Dependent Adults: A Psychiatric Comorbidity Analysis. The American Journal on Addictions. 2013;22:466-73.

Degenhardt L, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC. Epidemiological patterns of extra-medical drug use in the United States: evidence from the National Comorbidity Survey Replication, 2001-2003. Drug and Alcohol Dependence. 2007;90(2-3):210-23.

Farren CK, Hill KP, Weiss RD. Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review. Current Psychiatry Reports. 2012;14:659-66.

Gajski A, Karlovic D. Assessment of nurse attitudes on psychiatric patient compliance with pharmacotherapy. Acta Clinica Croatica. 2008;47:149-53.

Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Burón JA, Rodríguez-Morales A, Roca M. Treatment adherence in schizophrenia. A comparison between patient's, relative's and psychiatrist's opinions. Actas Españolas de Psiquiatría. 2006;34:386-92.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of General Psychiatry. 2001;61(8):807-16.

Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. JAMA Psychiatry. 2015; Jun 3.

Grau-López L, Roncero C, Daigre C, Miquel L, Barral C, Collazos F, Casas M. Observation study of pharmacotherapy in a dual diagnosis program. Journal of Addiction Medicine. 2014;8(1):74-5.

Green AI. (2006). Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: Pharmacologic approaches. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67:31-5.

Greenfield SF, Weiss RD. Emerging topics in addiction. Introduction. *Harvard review of Psychiatry* 2015;23(2):61-2.

Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Blanco C, Grand B. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68:1158-67.

Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Blanco C, Grant B. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68:1158-67.

Hawkins EH. A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annual Review of Psychology*. 2009;60:197-227.

Hintz T, Mann K. Co-occurring disorders: Policy and practice in Germany. *American Journal on Addictions*. 2006;15(4):261-7.

Hofner MC, Python NV, Yersin B, Bodenmann P, Schoch M, Golay N. Local resources in management of adult victims of violence and abuse: a method of presentation and diffusion. *Revue Medicale de la Suisse Romande*. 2002;122:649-52.

Insel T. Translating scientific opportunity into public health impact. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66:128-33.

Íñiguez L, Monreal P, Sanz J, del Valle A, Fusté J. An Integrated Analysis of the Perceptions of Health Care Users, Professionals, and Managers in Catalonia [69 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 2009;10:Art. 34. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902340>.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51:8-19.



Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996;66:17-31.

Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1997;54(4):313-21.

Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*. 2004;56:730-77.

Lana F, Fernández San Martín MI, Sánchez Gil C, Bonet E. Study of personality disorders and the use of services in the clinical population attended in the mental health network of a community area. *Actas Españolas de Psiquiatria*. 2008;36:331-6.

Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between life time prevalence of mental illness and the transition from substance use to SUD: results from the NESARC. *The American Journal of Addictions*. 2013;22:93-8.

Martínez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2013;25(3):231-43.

Minkoff K. Program components of a comprehensive integrated care system for seriously mentally ill patients with substance disorders. *New Directions for Mental Health Services*. 2001;(91):17-30.

Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*. 2003;27(3):387-411.

Olivares JM, Alptekin K, Azorin JM, Cañas F, Dubois V, Emsley R, Gorwood P, Haddad PM, Naber D, Papageorgiou G, Roca M, Thomas P, Martinez G, Schreiner A.

Psychiatrists' awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East, and Africa. *Patient Preference and Adherence*. 2013;7:121-32.

Oller-Canet S, Fernández-San Martín MI, García-Lecina R, Castro Rodríguez JI, Font-Canal T, Lacasta-Tintorer D. Do depressed patients comply with treatments prescribed? A cross-sectional study of adherence to the antidepressant treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2011; 39(5):288-93.

Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *The American Journal of Psychiatry*. 2013;170:23-30.

Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, Dundon WD, Xie H, Gallis TL, Dackis CA, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(6):668-75.

Pulay AJ, Stinson FS, Ruan WJ, Smith SM, Pickering RP, Dawson DA, Gant BF. The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence- results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010;108:141-5.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990;264:2511-8.

Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar I. Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos. Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Revista Española de Salud Pública*. 2010;84:29-41.

Rodríguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Hayes N, Vallés N, Torrens M, Alonso J. Prevalencia de patología dual en jóvenes consumidores de heroína: resultados preliminares. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16:33.



Roncero C, Gómez-Baeza S, Vázquez JM. Perception of Spanish professionals on Therapeutic Adherence of Dual Diagnosis Patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2013;41(6):319-29.

Roncero C, Vega P, Martínez-Raga J, Barral C, Basurte-Villamor I, Rodríguez-Cintas L, Mesías B, Grau-López L, Casas M, Szerman N. Professionals' perceptions about healthcare resources for co-occurring disorders in Spain. *International Journal of Mental Health Systems*. 2014;8:35.

Roncero C, Vega P, Grau-López L, Mesías B, Barral C, Basurte I, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga J, Piqué N, Casas M, Szerman N. Relevant differences among Spanish autonomous communities in professionals' perception and degree of knowledge on the existence of resources for dual pathology patients. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2015, (in press).

Roncero C, Fusté G, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Luna N, Eiroa-Orosa FJ, Casas M. Therapeutic management and comorbidities in opiate-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 2011a;13(3):5-16.

Roncero C, Barral C, Grau-López L, Bachiller D, Szerman N, Casas M, Ruiz P. Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders and Their Treatment*. 2011b;10(3):131-54.

Rush B, Koegl CJ. Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53:810-21.

Sellman D. The 10 most important things known about addiction. *Addiction*. 2010;105(1):6-13.

Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*. 2010;105:1117-28.

Swendsen J, Le Moal M. Flaws of drug instrumentalization. *The Behavioral and Brain Sciences*. 2011 Dec;34(6):323-4.

Szerman N, López-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Baca-García E. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance Use & Misuse*, 2012;47(4):383-89.

Szerman N, Martínez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruiz P, Casas M. Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2013; 12(1):1–10.

Szerman N, Veja P, Grau-López L, Barral L, Basurte-Villamor I, Mesas B, Rodríguez-Cintas L, Martínez-Raga L, Casas M, Roncero C. Dual Diagnosis Resource Needs in Spain: A National Survey of Professionals. *Journal of Dual Diagnosis* 2014;10(2):1–7.

Szerman N, Martínez-Raga J. "Editorial", *Advances in Dual Diagnosis* 2015 Vol. 8 Iss: 2.

Torrens M, Rossi PC, Martínez-Riera R, Martínez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use & Misuse*. 2012;47:1005-14.

Velligan DI, Leiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*. 2010;16(1):34-45.

Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*. 2001;16(5):274-82.

Volkow N. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:1181-3.



Volkow ND. The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*. 2014;56:714-7.

Volkow ND. Addiction and Co-occurring mental disorders. Director's perspective. *NIDA Notes*. 2007;21(2).

Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S, Shanahan W, Seivewright N, Ford C. Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team: Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183:304-13.

Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *The American Journal on Addictions*. 2006;15:345-55.

Wilens TE. The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68:4-11.

**Coordinación
y Secretaría Técnica**

saned.
GRUPO

Capitán Haya, 60 1ª plta. 28020 Madrid
Tel.: 91 749 95 00 - Fax: 91 749 95 07