

**FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
EN MATERIA DE SALUD MENTAL**

MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

10

**MODULO 10. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE RESPUESTA
AL PROBLEMA DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS
ADICTIVOS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES.**



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 10

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE RESPUESTA AL PROBLEMA DE LA COMORBILIDAD DE TRASTORNOS ADICTIVOS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN MATERIA DE
SALUD MENTAL. MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA
MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES



MODULO 10.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE RESPUESTA AL PROBLEMA DE LA
COMORBILIDAD DE TRASTORNOS ADICTIVOS CON OTROS TRASTORNOS MENTALES.

TABLA DE CONTENIDO

1. Importancia del problema	6
2. Posicionamiento de RIOD sobre la salud mental en consumidores de drogas	7
3. Propuestas de respuesta desde la salud pública y el respeto a los derechos humanos	9
Accesibilidad	10
Detección eficaz	11
Tratamiento basado en el conocimiento científico	11
Integración plena y normalizada en el sistema de salud.	11
Respeto de los derechos humanos	11
4. La salud mental de los cuidadores (Profesionales y colaboradores).	12
1. Evaluación integral:	14
2. Intervención personalizada:	15
3. Manejo del riesgo y prevención de recaídas:	15
4. Educación y empoderamiento del paciente:	15
5. Colaboración interdisciplinaria:	15
6. Formación y supervisión profesional:	15
5. El Plan de bienestar institucional.	15
Bibliografía básica	20

1. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La epidemiología de la comorbilidad entre TUS y otros trastornos mentales (OTM) parece muy dispar. Las cifras variarán dependiendo del recurso en el que se haya hecho el estudio, encontrando la más baja incidencia entre la población general consumidora y la más alta entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

No obstante, incluso entre la población general la posibilidad de padecer un cuadro psiquiátrico entre los consumidores representa una odds ratio más elevada que entre la población no consumidora, alrededor de un 3 o 4. La prevalencia estimada para la comorbilidad entre TUS y OTM es de alrededor del 50%, pero al mismo tiempo indica que esta cifra global se debe tomar con precaución ya que la metodología, sustancias, cuadro psicopatológicos y muestras difieren en los distintos estudios revisados tienen divergencias importantes lo que podría ser un sesgo en esta estimación global.

De cualquier forma, el haber puesto el foco en estos últimos años en esta problemática, ha servido para afinar el diagnóstico e individualizar los tratamientos, lo que representa un cambio en el trabajo de los distintos servicios que atienden las conductas adictivas y la salud mental, donde la diversidad es enorme.

En efecto, la comorbilidad entre TUS y otros trastornos mentales representa un importante reto tanto para el diagnóstico y el tratamiento como para las políticas de drogas, debido principalmente a la alta prevalencia y a la complejidad del tratamiento a partir de los escasos recursos con los que se cuentan para este tipo de pacientes, pudiendo considerarse como claves de futuro en la asistencia a los problemas adictivos. En comparación con los pacientes que sufren solo un trastorno esta comorbilidad se caracteriza por la alta gravedad del cuadro psicopatológico o adictivo.

La relación entre el TUS y los otros trastornos mentales presenta dificultades a la hora de establecer relaciones entre ambos problemas. Se tiene que conocer mejor la relación causa efecto y por otro lado siempre existe el dilema de que es antes si el uso de la sustancia o el trastorno mental, o bien si son dos fenómenos que van a la par. Lo que está claro es que el uso de sustancias produce un impacto negativo en el cuadro psicopatológico que pueda padecer el sujeto agravándolo y complicando mucho más su tratamiento y su pronóstico. Y esto también lo vemos a la inversa, cuando un paciente con un trastorno mental consume el manejo es mucho más abigarrado y las complicaciones y recaídas mucho más frecuentes.

La identificación del cuadro psiquiátrico o su coexistencia con el TUS en ocasiones es complicado, y son muchos los factores genéticos o epigenéticos, además de los factores de vulnerabilidad individuales, tanto en aspectos de “funcionalidad psicológica” como otros de índole social o ambiental. Los trastornos adictivos y también sus comorbilidades, no solo psiquiátricas, tienen una etiopatogenia multicausal y por ese motivo el enfoque terapéutico debe ser siempre multidisciplinar, atendiendo todas las consecuencias provocadas por la conjunción de los cuadros clínicos.

Es importante por tanto estudiar la aparición de comorbilidad psiquiátrica en los usuarios de drogas, tanto para determinar su magnitud como para ayudar a proporcionar un tratamiento adecuado. La correcta detección y tratamiento de los trastornos mentales y del uso de sustancias comórbidos, es uno de los mayores retos a los que se enfrentan los responsables políticos y los profesionales de drogas en los próximos años.

2. POSICIONAMIENTO DE RIOD SOBRE LA SALUD MENTAL EN CONSUMIDORES DE DROGAS

En 2017 la RIOD consensuó un posicionamiento con respecto al problema de la comorbilidad de los TUS con otros trastornos mentales:

POSICIONAMIENTO DE LA RIOD SOBRE LA CONCURRENCIA DE TRASTORNOS ADICTIVOS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES



Debe prestarse especial importancia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de drogas o viceversa, ya que su prevalencia es importante. Las personas con adicción y otro trastorno mental presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, mayores tasas de recaídas, menor adherencia al tratamiento, mayor complejidad en el consumo, mayor riesgo de suicidio, peores condiciones de salud física y una situación laboral precaria, todo lo cual empeora el pronóstico. La presencia de un diagnóstico dual dificulta el tratamiento y determina un peor pronóstico para ambos trastornos, especialmente si alguno de los dos trastornos no es diagnosticado y tratado adecuadamente.

Ha de atenderse a la conceptualización precisa de esta problemática, tanto a las hipótesis etiológicas como a los elementos diagnósticos y a los abordajes terapéuticos. Si bien hay claras evidencias respecto a los efectos que tiene el uso de drogas en el sistema nervioso central, no hay ninguna de que tanto la adicción como otros trastornos mentales sean solamente una enfermedad cerebral crónica. Por el contrario, numerosos estudios evidencian que hay una multiplicidad de factores sociales y culturales que inciden en su origen y complicaciones,

Se recomienda una anamnesis detallada, la utilización de entrevistas semiestructuradas y el uso de marcadores biológicos, y evitar que estas personas queden sin diagnóstico y sin tratamiento.

Existe una importante diferencia entre la elevada prevalencia de estos trastornos comórbidos y la escasa detección de casos en la práctica clínica.

Los diagnósticos deberán realizarse sobre la perspectiva del trastorno y de la problemática en el momento evolutivo de la persona y su contexto, y no únicamente sobre la perspectiva de la enfermedad, recordando especialmente que la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales, enmarcándose en el concepto de salud de la OMS. Es fundamental realizar diagnósticos adecuados, sobre la base de que se requiere de cierto tiempo de evolución para su elaboración. De no hacerlo así existe un claro riesgo de sobrediagnóstico y posterior medicalización

El tratamiento ha de ser individualizado, teniendo en cuenta los recursos asistenciales disponibles y las expectativas del paciente, y considerando la necesidad de intervenciones terapéuticas más intensivas, siendo el apoyo sociofamiliar fundamental.

La remisión clínica, la recuperación del funcionamiento psicosocial previo y la satisfactoria calidad de vida son los principales objetivos terapéuticos. Es imprescindible considerar no solo la dimensión psicopatológica sino también la funcional y las dificultades para conseguir una vida autónoma y satisfactoria. Y también que como el curso puede ser crónico exige múltiples recursos rehabilitadores.

Estas personas, a menudo con un peor pronóstico y un difícil manejo terapéutico, precisan de un sistema asistencial integrado. La existencia de dos redes asistenciales diferenciadas y paralelas supone una grave dificultad para su atención, y existe consenso sobre la mayor efectividad del tratamiento integrado, que precisa que el seguimiento se lleve a cabo dentro de un equipo multidisciplinar que atienda los aspectos psicológicos, médicos y sociales del paciente y su entorno. La separación en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y los otros trastornos mentales favorecen modelos de atención secuencial o paralela, situación que ha generado altos costos de tratamiento y deficiente efectividad en ellos.

Aunque existe poca investigación para determinar qué modelo de tratamiento puede ser el más adecuado, los tratamientos integrados se asocian a resultados positivos en reducción de consumo, mejoría de síntomas psiquiátricos y funcionamiento general, disminución de hospitalizaciones y problemas legales, mayor adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida. Y aunque también existe una falta de consenso en cuanto a las estrategias más adecuadas tanto farmacológicas como psicosociales, se sabe que se benefician con el tratamiento habitual de adicciones y de los otros trastornos mentales.

Un programa de tratamiento eficaz para estas personas debe facilitar el acceso rápido a los profesionales sanitarios, ya que estos pacientes solicitan asistencia con mayor frecuencia que aquellos en los que no existe comorbilidad. Y debe considerar atención especial a aquellos pacientes con mayores dificultades de acceso al tratamiento, poblaciones especiales o de mayor riesgo

El tratamiento para personas con diagnóstico dual debe garantizar una atención de calidad centrada en la rehabilitación de la persona, entendiendo por ello (OMS) lograr la mayor capacidad funcional del paciente la mejora en su calidad de vida. Por ello, en el diseño de políticas públicas de salud, ha de asegurarse la equidad en el acceso a los recursos sociosanitarios.

Ha de existir una integración plena y normalizada en el sistema de salud. La atención que requieren estas personas debe estar incluida dentro de la cartera de servicios sanitarios y estar coordinada con dispositivos de apoyo social, asegurando la continuidad de cuidados. Pero mucho más especialmente con las ONG que intervienen en drogodependencias, donde reciben muchas de estas personas sus tratamientos. El rol de las redes de organizaciones de la Sociedad Civil en el abordaje de esta problemática es fundamental.

El tratamiento ha de incluir apoyo comunitario, incluyendo recursos que faciliten alojamiento, desarrollo vocacional y uso satisfactorio del tiempo libre. Ha de orientarse a largo plazo, garantizando la continuidad de cuidados, con objetivos terapéuticos realistas y bien definidos. Debe ofrecer medicaciones e intervenciones psicológicas mostradamente efectivas y que favorezcan la adherencia al tratamiento. Y, finalmente, considerar entre los objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.

Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo de atención para los pacientes con diagnóstico dual. Los profesionales deben estar capacitados para tratar tanto los trastornos por uso de sustancias como las enfermedades mentales graves.

La supervisión será permanente, adoptando un enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona. Se ha de realizar énfasis en la naturaleza colaborativa del tratamiento, involucrando a familiares y cuidadores. Deben tenerse expectativas realistas, expresando confianza en la eficacia del tratamiento. Ha de adoptarse una actitud de no juzgar, sin confrontaciones.

La atención en salud mental y adicciones deben realizarse desde la perspectiva de género y de derechos humanos, promoviendo la inclusión social de las personas, el mejoramiento en su calidad de vida y la evitación de toda estigmatización social. Para esto se ha de mantener una red asistencial amplia y flexible, con la participación de organizaciones sociales, en permanente evaluación de la calidad de sus servicios y buenas prácticas.

Las políticas y las intervenciones relacionadas con las personas con adicción y otro trastorno mental deben favorecer la inclusión social y no la justificación de la cronicidad ni el reduccionismo conceptual y metodológico.

3. PROPUESTAS DE RESPUESTA DESDE LA SALUD PÚBLICA Y EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS

La recuperación del paciente debe ir encaminada a devolverle su integridad. Por ese motivo el tratamiento estará dirigido por un lado a conseguir la abstinencia a sustancias o al menos a la reducción de consumos y daños, para lo que utilizaremos los elementos farmacológicos al efecto y las intervenciones psicoterapéuticas que tengan una evidencia científica además de las distintas estrategias para su reintegración social, pero en paralelo, al

mismo tiempo deberemos tratar su cuadro psicopatológico de la índole que sea, por lo que no tendrá sentido tratar el uno sin el otro pues la probabilidad de sufrir recaídas en uno de los aspectos mórbidos se incrementaría y caeríamos en un círculo vicioso del que es difícil salir, ya que una vez instaurada la comorbilidad psiquiátrica en un TUS, la recaída en el consumo agrava el cuadro y viceversa, el propio agravamiento clínico podría desencadenar una recaída en el consumo con la consecuente pérdida de control en la patología psiquiátrica presente.

Debemos mejorar el entorno y trabajar con los familiares es indispensable para consolidar la mejoría en estas personas. Será tarea de todos, también, luchar contra el estigma social que le acompaña y que dificulta sus posibilidades de recuperación. Se trata de personas que no deben renunciar a su dignidad como seres humanos y que tienen el derecho a ser atendidos con los mejores recursos y en las mejores condiciones.

El enfoque terapéutico propuesto debe ser multidisciplinar, implicando a profesionales tanto especializados en adicciones como en salud mental, y no exclusivamente médicos, si no también psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.

Aunque sigue existiendo una falta de consenso acerca de la intervención tanto farmacológica como psicosocial, no debemos de dejar de analizar y estudiar las evidencias científicas terapéutica y asistenciales, ya que al final la dificultad la tienen los propios pacientes que no terminan de encontrar el lugar más adecuado para ser atendidos de forma íntegra, y en cambio tienen derecho a la mejor atención posible.

Existen varios modelos asistenciales: el secuencial, en el que primero se trata una patología y luego la otra y en ocasiones desde distintos recursos; el modelo paralelo, en la que se tratan las dos patologías al mismo tiempo, pero desde recursos distintos; y finalmente el modelo integrado, en el que el paciente es atendido de su comorbilidad desde el mismo recurso. Este último es el más efectivo y racional.

Aún existe una falta de consenso en cuanto a las estrategias más adecuadas tanto farmacológicas, psicosociales, como del lugar donde debe realizarse el tratamiento para estas personas, que se benefician con el tratamiento habitual de adicciones y de los otros trastornos mentales, aunque tienen peores resultados.

No obstante, se han planteado unos principios generales que deben regir los tratamientos:

Accesibilidad

Un programa de tratamiento eficaz para pacientes duales debe facilitar el acceso rápido a los profesionales sanitarios, ya que estos pacientes solicitan asistencia con mayor frecuencia que aquellos en los que no existe comorbilidad. Sin embargo, en muchas ocasiones, la atención recibida no es la adecuada, generalmente por dos tipos de barreras: ciertas características de Las personas (Ausencia de conciencia del problema, deterioro cognitivo o síntomas residuales, aislamiento social, miedo al estigma...) y aspectos estructurales

(Accesibilidad de poblaciones más vulnerables, infradiagnóstico, falta de dispositivos y de formación, etc.).

Detección eficaz

El problema fundamental es la tendencia a no diagnosticar el trastorno dual. Generalmente esto ocurre por tendencia a la ocultación, negación y/o minimización del consumo de drogas en enfermos mentales, y no detección de psicopatología en pacientes adictos. Otra dificultad diagnóstica se centra en diferenciar los síndromes clínicos inducidos por drogas de los primarios. Existe una importante diferencia entre la elevada prevalencia de TUS+OTM registrada y la escasa detección de casos en la práctica clínica.

Tratamiento basado en el conocimiento científico

El tratamiento para pacientes con diagnóstico dual debe garantizar una atención de calidad centrada en la recuperación del paciente y apoyada en la evidencia científica. Debe ofrecer medicaciones e intervenciones psicológicas mostradamente efectivas y que favorezcan la adherencia al tratamiento. Y considerar entre los objetivos la reducción de consumo/daños. Ha de favorecerse la evaluación de las intervenciones y las adaptaciones continuas a las necesidades de las personas con comorbilidad.

Integración plena y normalizada en el sistema de salud.

La atención que requieren estas personas debe estar incluida dentro de la cartera de servicios sanitarios públicos, y coordinada con las entidades sociales del sector. Ha de tener una orientación a largo plazo, garantizando la continuidad de cuidados, con objetivos terapéuticos realistas y bien definidos. Y con atención especial a aquellas personas con mayores dificultades de acceso al tratamiento, poblaciones especiales o de mayor riesgo. Debe contemplar el apoyo comunitario, incluyendo recursos que faciliten cubrir necesidades básicas e itinerario formativo-laboral.

Respeto de los derechos humanos

La atención debe hacerse desde la perspectiva de género y de derechos humanos, promoviendo la inclusión social de las personas, la mejora de sus condiciones y calidad de vida, y la evitación de toda estigmatización y marginación. Para esto se ha de darse la participación de organizaciones sociales, en permanente evaluación de la calidad de sus servicios y buenas prácticas.

En definitiva, debemos prestar especial importancia a la coexistencia de trastorno mental más TUS o viceversa, facilitando el diagnóstico y el abordaje terapéutico, procurando ofrecer los mejores servicios y calidad asistencial posible. Para ello, se debe contar con equipos multidisciplinares con enfoque biopsicosocial, y asegurar la equidad y la continuidad de cuidados.

EL FUTURO DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TUS + OTM

La atención a los pacientes con comorbilidad TUS y OTM es un reto sanitario, pues sus características demandan elaborar propuestas asistenciales que respondan a sus múltiples necesidades. Adaptar los recursos sociosanitarios para estas personas ha de ser una prioridad.

Hay que mejorar la capacidad para que los pacientes sean correctamente diagnosticados y tratados, con estrategias de tratamiento adaptadas a ellos.

No son sólo dificultades administrativas las que aparecen en el tratamiento de estos pacientes: existe el riesgo de obviar el problema de adicción o minimizar la psicopatología. Algo importante es modificar la actitud en muchos casos aún preiuciosa de muchos profesionales sociosanitarios.

Hay que hacer hincapié en la doble estigmatización de estas personas (triple en el caso de las mujeres), no solo a nivel social general sino particularmente la que aún persiste en el sistema sociosanitario.

4. LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES (PROFESIONALES Y COLABORADORES)

Un equipo interdisciplinario calificado es esencial para abordar la complejidad de la comorbilidad TUS con OTM. La integración de distintos profesionales permite ofrecer un tratamiento completo, continuo y adaptado a las necesidades del paciente, favoreciendo su recuperación y reinserción social.

Dentro del equipo interdisciplinario hay varios roles

- **Psiquiatra:** Responsable del diagnóstico y tratamiento farmacológico, supervisa la evolución clínica y ajusta la medicación según la respuesta del paciente.
- **Psicólogo:** Aplica terapias basadas en evidencia para modificar patrones de conducta disfuncionales.
- **Trabajadora social:** Evalúa el entorno del paciente y facilita la conexión con recursos comunitarios, asistencia social y programas de rehabilitación.
- **Enfermera especializada:** Supervisa la adherencia a la medicación, detecta signos de descompensación y brinda educación sobre el tratamiento.
- **Terapeuta ocupacional:** Apoya a autonomía y entrena en habilidades de la vida diaria y manejo de ocio.
- **Operador terapéutico:** Acompaña al paciente en su proceso de recuperación, promoviendo su autonomía y facilitando estrategias para la reinserción social.

Para garantizar una atención eficaz, es fundamental establecer reuniones periódicas y mecanismos de supervisión de equipo, los cuales favorecen la coherencia en la intervención, optimizan la toma de decisiones y previenen el desgaste profesional.

Las reuniones periódicas y la supervisión de equipo son fundamentales para garantizar una atención eficaz. No solo mejoran la organización y la calidad del tratamiento, sino que también fortalecen el bienestar del equipo interdisciplinario, previniendo el desgaste profesional y favoreciendo un abordaje más cohesionado y efectivo. Las reuniones cumplen múltiples funciones, entre ellas:

- Facilitar la coordinación del tratamiento, asegurando que cada profesional aporte su perspectiva en el manejo del paciente.
- Evaluar la evolución clínica, permitiendo realizar ajustes oportunos en el plan terapéutico.
- Resolver conflictos o dificultades en la intervención, mejorando la comunicación interna.
- Promover un espacio de aprendizaje continuo, donde se discutan casos clínicos y se compartan nuevas estrategias basadas en evidencia.

Las reuniones en el equipo interdisciplinario pueden ser de diferente tipo:

- Reuniones clínicas: Se centran en la revisión de casos activos, permitiendo analizar la evolución de los pacientes y ajustar estrategias de intervención.
- Reuniones operativas: Están orientadas a la gestión y planificación de actividades del equipo, incluyendo la distribución de tareas y la optimización de recursos.
- Reuniones de supervisión: Espacios destinados a la reflexión sobre la práctica profesional, donde los integrantes del equipo pueden expresar inquietudes, dificultades o dilemas éticos. Su función principal es prevenir el agotamiento profesional y mejorar la calidad de la atención.

Por otro lado, la supervisión del equipo permite mejorar la calidad del tratamiento, ofreciendo una visión externa y objetiva sobre la labor realizada; detectar dificultades en la dinámica de trabajo, fortaleciendo la comunicación y el trabajo colaborativo; y brindar apoyo emocional a los profesionales, evitando el desgaste por la alta exigencia emocional que implica la atención. La supervisión puede ser interna, realizada por un profesional con mayor experiencia dentro del equipo, o externa, llevada a cabo por un especialista ajeno a la organización.

Cuando el equipo de salud cuenta con reuniones estructuradas y espacios de supervisión adecuados, se logra:

- Mayor eficiencia en la coordinación del tratamiento.
- Reducción del margen de error clínico.

- Mayor satisfacción y motivación del personal.
- Mejora en los resultados terapéuticos de los pacientes.

El apoyo continuo a los profesionales integrantes del equipo terapéutico, como médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos en adicciones, terapeutas ocupacionales y otros profesionales, son esenciales para garantizar una atención efectiva y de calidad. Algunos aspectos a considerar en este sentido son:

1. **Formación y actualización:** La complejidad de la comorbilidad requiere que los operadores terapéuticos estén formados en áreas como psicopatología, manejo de sustancias, técnicas de intervención y prevención de recaídas. La formación debe ser continua para incorporar los avances en investigación y las mejores prácticas clínicas.
2. **Supervisión clínica:** La supervisión regular mejora la calidad de las intervenciones al ofrecer a los profesionales la oportunidad de discutir casos complejos, recibir orientación y prevenir el agotamiento profesional.
3. **Redes de apoyo profesional:** Las redes de apoyo permiten a los profesionales compartir experiencias, recursos y estrategias, promoviendo un enfoque colaborativo en el manejo de la comorbilidad. La participación en grupos interdisciplinarios también facilita la coordinación de cuidados entre los distintos servicios de salud. El apoyo continuo a los operadores terapéuticos no solo mejora los resultados clínicos, sino que también contribuye al bienestar y la motivación de los profesionales, reduciendo el riesgo de desgaste emocional.

El manejo de la comorbilidad requiere una visión integral que abarque desde el diagnóstico hasta la prevención de recaídas. La aplicación de lineamientos prácticos, junto con una coordinación efectiva entre servicios de salud y un enfoque centrado en el paciente, puede mejorar significativamente los resultados clínicos. Los profesionales desempeñan un papel esencial en este proceso, y su formación continua es clave para ofrecer una atención de calidad.

Para mejorar la eficacia del tratamiento, los terapeutas y otros profesionales deben seguir ciertos lineamientos prácticos que abarcan tanto el diagnóstico como la intervención y la prevención:

1. Evaluación integral:

- Realizar una evaluación inicial que considere no solo los síntomas psiquiátricos, sino también el historial de consumo de sustancias y el contexto social del paciente.

- Utilizar herramientas diagnósticas validadas, como entrevistas clínicas estructuradas y pruebas toxicológicas, para obtener una visión más completa de la situación clínica.

2. Intervención personalizada:

- Adaptar los tratamientos psicoterapéuticos a las necesidades específicas del paciente, teniendo en cuenta su nivel de motivación y los factores de riesgo presentes.
- Establecer un plan de tratamiento que combine intervenciones farmacológicas y psicossociales, con un seguimiento regular para ajustar las estrategias según la evolución del paciente.

3. Manejo del riesgo y prevención de recaídas:

- Identificar señales tempranas de recaída y trabajar en la construcción de habilidades de afrontamiento.
- Involucrar a la familia y a otros miembros de la red de apoyo del paciente en el proceso terapéutico.

4. Educación y empoderamiento del paciente:

- Implementar programas de psicoeducación que ayuden al paciente a comprender su enfermedad y a participar activamente en su tratamiento.
- Fomentar la toma de decisiones informada y la autoeficacia, promoviendo un sentido de control sobre el proceso de recuperación.

5. Colaboración interdisciplinaria:

- Establecer mecanismos de coordinación entre los distintos servicios de salud, asegurando una comunicación fluida y la continuidad de los cuidados.
- Participar en reuniones periódicas de equipo para revisar casos complejos y compartir estrategias de manejo.

6. Formación y supervisión profesional:

- Mantenerse actualizado en los avances en el diagnóstico dual, a través de programas de formación continua.
- Contar con espacios de supervisión clínica para discutir casos y recibir orientación, lo que contribuye a mejorar la calidad de las intervenciones y a prevenir el desgaste profesional.

5. EL PLAN DE BIENESTAR INSTITUCIONAL.

Tomando en cuenta la importancia que implica trabajar para otros seres humanos en la búsqueda de la disminución del sufrimiento, modelamiento de conductas, mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos y de sus familias, la salud física y emocional de los integrantes del equipo es un elemento que debe ser cuidado y procurado en todo momento, sobre todo por la fineza de la calidad de hacer intervenciones con personas en crisis y mitigar el malestar biopsicosocial de abandonar el consumo de sustancias.

Para la organización, el grado de satisfacción laboral, reflejado por el trato social que se recibe dentro del trabajo, incide directamente en el rendimiento laboral, por lo tanto, es importante que cada colaborador se sienta cómodo en el lugar de trabajo, de acuerdo con sus principios, actividades, valores y objetivos personales. Es necesario hacer énfasis en que la atmosfera dentro del lugar de trabajo debe estar enfocada en el diseño de planes para favorecer el desempeño de cada miembro del equipo y que fortalezca el compromiso y percepción positiva del clima y seguridad laboral.

Para el adecuado cumplimiento del objetivo social, es necesario poder evaluar, periódicamente, las necesidades y quejas subjetivas de los usuarios y de los colaboradores de la institución para obtener los resultados deseados. Es de suma importancia considerar a la Organización Internacional del Trabajo, que menciona que son los gobiernos, empleadores y trabajadores quienes deben hacer un frente común para hacer avanzar la justicia social y el acceso a programas de Trabajo Decente, productivo y que produzca ingresos dignos; también señala que se debe contar con trabajo que no produzca estrés y sea libre de violencia de cualquier tipo (OIT, 2024).

Por otro lado, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre la Agenda 2030 mencionan en el ODS 5, ODS 8 y el ODS 13 que, tanto en la vida fuera de lo laboral y dentro del espacio donde se desarrolla el trabajo, se promueva el trato equitativo, rechazo a los actos machistas y el lenguaje sexista y la defensa de los derechos de la comunidad LGBTQ+ (ODS 5); eliminar “la desigualdad en el mercado laboral (sobre todo en lo que respecta a la brecha salarial entre hombres y mujeres), promover entornos de trabajo seguros y protegidos y mejorar el acceso a los servicios financieros para garantizar un crecimiento económico sostenido e inclusivo”. Así como facilitar el acceso a trabajo digno para los jóvenes (ODS 8); y “mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana e institucional respecto de la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana” (ODS 13).

Se han planteado unas áreas de oportunidad en relación con el bienestar corporativo:

- a) Revisar periódicamente los manuales de procedimientos, código de ética para el personal, valores y principios institucionales.
- b) Revisar los programas de integración de un programa con perspectiva de género en todos los procedimientos institucionales.
- c) Revisar los medios de comunicación de contingencias.
- d) Crear Instrumentos de evaluación de necesidades y quejas subjetivas de los clientes y de los colaboradores de la institución.
- e) Emplear un cuestionario de percepción del clima laboral.
- f) Creación de comités encargados de supervisar el cumplimiento de los acuerdos laborales.
- g) Obtener algún aval ciudadano (externo a la institución) que reporte el cumplimiento de calidad y los proyectos anuales o periódicos.
- h) Revisión de los factores que llevan al ausentismo o presentismo laboral, que provoca disminución en la productividad.

La metodología para llevar un Plan de Bienestar a cabo tiene distintas fases:

1. Informar a los “stakeholders” (socios, trabajadores, clientes y aliados) que se llevará a cabo un Plan de Bienestar explicando la finalidad del Plan y revisando los beneficios que esto brindará.

Se sugiere indagar en síntomas relacionados con la salud mental debido a que se trabaja con personas en crisis, que se encuentran internados por un largo tiempo para modificar su salud, conductas, trabajo con emociones y sentimientos y dificultades en la interacción con el entorno; quienes colaboran son personas que saben (o deben saber) cómo resolver los problemas que presenta la vida y afrontar las dificultades de una manera saludable, con autocuidado, organización, puntualidad y un punto de vista autocrítico y de crecimiento personal. Siempre se ha recomendado que cada colaborador cuente con un terapeuta individual o con un sitio seguro para su proceso personal, ya que la salud mental es elemental para realizar este trabajo.

2. Concretar el diagnóstico del clima organizacional de manera grupal e individual.

Se citará a equipos y personal para la aplicación de herramientas y entrevistas semiestructuradas con la finalidad de evaluar de manera individual a los trabajadores, todo esto en un clima de cordialidad y confidencialidad, explicando la intención de mejora y evitando la percepción de que esté en riesgo su trabajo.

3. Compartir, tras obtener los resultados del diagnóstico de bienestar, en una reunión cerrada con los miembros del equipo en el cual, de manera conjunta, se diseñarán las estrategias, basadas en las capacidades y posibilidades de la institución para definir las propuestas de acción e intervención.

4. Ejecutar el PB en lo grupal e individual y en lo general y particular. Un objetivo principal de este momento se enfoca en la supervisión personal, percepción de las satisfacciones o malestares relacionadas con el clima laboral, el aprendizaje y el cambio de actitudes y creencias. Los elementos que deben considerarse son la comunicación asertiva, la apertura individual a pedir apoyo y la necesidad de cambiar la visión sobre la salud corporativa. Es importante que se fomente la comunicación abierta, la compasión, las relaciones positivas y la interacción social, y una organización que proporcione los recursos necesarios para la formación, la concienciación y las iniciativas de salud mental de los empleados.

Con distintas acciones:

- a) Creación de “Grupos de Supervisión” específico para eliminar el desgaste y expresar los pensamientos, sentimientos y emociones que se ven expuestos ante el trabajo con personas con compromiso de su salud mental; también identificar aspectos individuales a trabajar en sus propios procesos terapéuticos; aclaración de situaciones derivadas de malestar en diversas áreas del trabajo; evitar los chismes o malentendidos.
- b) Capacitación sobre temas de interés, que deban ser revisados para que el personal esté capacitado en sus labores y adquiera crecimiento profesional.
- c) Derivación y referencia a servicios especializados para atender enfermedades físicas derivadas del contexto laboral.

5. Evaluar continuamente la aplicación del PB para corregir y ajustar el PB para su implementación periódica.

6. Comunicar los resultados. Los resultados se observarán en diferentes aspectos que impactan el clima organizacional y a todos sus actores, en los cuales se podrá evaluar la reducción del ausentismo y presentismo; reducción del estrés, mejora a la salud individual a través de tener cambios en los trabajadores con los siguientes cambios:

- I) Mayor participación en la desestigmatización de los trastornos de salud mental.
- II) Aprender a comunicar abiertamente las cuestiones relacionadas con la salud.
- III) Perder el miedo a buscar ayuda para la resolución de problemas.
- IV) Buscar relaciones positivas con compañeros y personas de liderazgo.
- V) Ubicar los recursos disponibles.
- VI) Mayor participación en redes sociales saludables y minimizar el aislamiento.
- VII) Evitar los chismes y otros comportamientos negativos.
- VIII) Haber cumplido con la medicación/consejos/apoyo.
- IX) Comentar con sus superiores cualquier limitación debida a problemas de salud mental y física.
- X) Adopción de comportamientos saludables, como hacer 30 minutos de ejercicio al día, dormir lo suficiente, seguir una dieta sana, evitar el tabaco y minimizar el consumo de alcohol.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Ammendolia, C., C.t., P., Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Hartvigsen, J., Boyle, E., ... Amick III, B. (2016). Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism. *BMC Public Health*, 16(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3843-x>

ONU. (2015). Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Pascual Pastor F, Fernández Miranda JJ, Díaz Fernández S, Sala Añó C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. *Socidrogalcohol*: Valencia, 2017.

RIOD. Guía Triple I: Atención integral, integradora e integrada. RIOD, 2021. Disponible en <https://riod.org/triple-i/>

RIOD. Estigma, consumo de drogas y adicciones. Madrid, 2016. <http://efaidnbmnnnibpca-jpcglclefindmkaj/https://riod.org/wp-content/uploads>

Senic, V. y Marinkovic, V. (2012). Atención al paciente, satisfacción y calidad del servicio en la atención sanitaria. *International Journal of Consumer Studies*, 37(2013), 312–319.

Santa, J. y Sampredo, B. (2012). Clima organizacional en instituciones de atención primaria de salud. *Revista Médica Electrónica*, 34(5), 606–619

Vera-Calzaretta, A., Carrasco-Djer, C., da Costa, S., Pérez-Rovira, D. (2015). Factores psicosociales del presentismo en trabajadores del Sistema de Salud chileno. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 31(2), 119–128. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2015.03.004>

Financiado por:



www.riod.org



RIOD
@RIOD_oficial
@RIOD.redes
@RIOD_oficial