

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES  
EN MATERIA DE SALUD MENTAL

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

9

MODULO 9. INTERVENCIONES EFECTIVAS.  
CIRCUITOS SOCIO SANITARIOS DE COLABORACIÓN.



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 9

# INTERVENCIONES EFECTIVAS. CIRCUITOS SOCIO SANITARIOS DE COLABORACIÓN

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



## MÓDULO 9.

### INTERVENCIONES EFECTIVAS. CIRCUITOS SOCIOSANITARIOS DE COLABORACIÓN

# TABLA DE CONTENIDO

<b>Intervenciones efectivas.</b>	<b>6</b>
<b>1. Intervenciones efectivas en el marco de tratamiento integrado</b>	<b>6</b>
Principios para el tratamiento integrado	7
Elementos para un tratamiento integrado	8
Recursos terapéuticos necesarios	9
<b>2. Intervenciones farmacológicas efectivas</b>	<b>9</b>
Intervenciones farmacológicas efectivas	9
Intervenciones específicas por TM comórbido	10
Intervenciones específicas según TUS +OTM	10
<b>3. Intervenciones psicosociales efectivas</b>	<b>11</b>
Intervenciones psicosociales efectivas	11
<b>Circuitos sociosanitarios de colaboración.</b>	<b>13</b>
<b>1. Definición. Contextualización en el Modelo de la Triple I</b>	<b>13</b>
Circuitos sociosanitarios de colaboración	13
1.1. Enfoques del modelo	14
1.2. Dimensiones del modelo	15
Dimensión integral:	15
Dimensión integradora:	15
Dimensión integrada:	16
<b>2. Red de atención a las adicciones. Niveles y servicios que la componen</b>	<b>16</b>
2.1. Niveles de atención de una red de atención a las adicciones.	17
Centros de salud.	18
Centros especializados de salud mental.	18
Servicios sociales comunitarios.	19
Centros de servicios de orientación laboral.	19
Servicios formativos y de educación.	19
Servicios de mediación comunitaria y centros de escucha.	20
Servicios de apoyo frente a la violencia de género.	20
Servicios de asesoramiento legal.	21
Servicios en el entorno penitenciario.	21
Servicios para la juventud.	21
Servicios culturales, de ocio o deportivos.	21
<b>Bibliografía básica</b>	<b>24</b>

## INTERVENCIONES EFECTIVAS.

### 1. INTERVENCIONES EFECTIVAS EN EL MARCO DE TRATAMIENTO INTEGRADO

Luego de haber recorrido en otro módulo el marco general del tratamiento de los TUS + OTM, modelos componentes y principios del abordaje integral, y los aspectos generales de las intervenciones farmacológicas y psicosociales, se hará referencia a aquellas intervenciones consideradas efectivas en el marco del tratamiento. Efectividad que surge de haber alcanzado los objetivos propuestos, adaptándose de manera eficiente a las necesidades y al contexto de las personas, basadas en la evidencia científica y generando resultados sostenibles.

Para valorar la efectividad de cualquier intervención terapéutica se utilizan los niveles de evidencia científica que tienen y, sobre ellos, se realizan recomendaciones en mayor o menor grado.

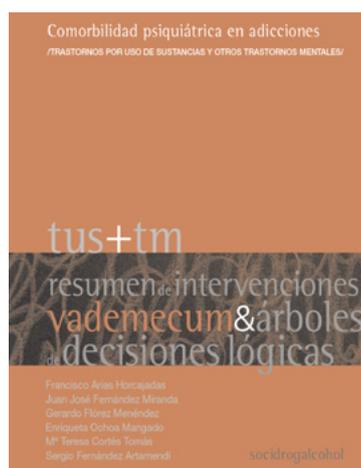
Los criterios utilizados para los niveles de evidencia son:

1. Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.
2. Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
3. Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
4. Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

Y para los grados de recomendación, de acuerdo con los niveles de evidencia descritos:

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A (máxima)	1
B (alta)	2 y 3
C (media)	4

El contenido a desarrollar en cuanto a intervenciones efectivas toma como referencia la guía clínica basada en la evidencia científica de Sociodrogalcohol “Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Resumen de intervenciones. Vademecum. Árboles de decisiones lógicas” (Arias et al, 2020).



En ella, se definen en primer lugar los parámetros que deben enmarcar cualquier intervención efectiva en personas con concurrencia de TUS y OTM:

### Principios para el tratamiento integrado

- La atención a los TUS + OTM ha de ser integrada.
- Los servicios sanitarios integrados en el sistema sanitario y coordinado con los servicios sociales.
- Los especialistas en tratamientos integrados deben estar capacitados para tratar, tanto los trastornos por uso de sustancias, como las enfermedades mentales graves.
- Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo de atención para personas con diagnóstico dual.
- Se requieren múltiples intervenciones, individuales, grupales, de autoayuda y familiares.
- La supervisión será permanente, enfoque holístico y centrado en las necesidades de la persona.

- Tratamiento de naturaleza colaborativa, involucrando a familiares y cuidadores.
- Expectativas realistas, expresando confianza en la eficacia del tratamiento.
- Actitud de no juzgar, sin confrontaciones.
- Intervenciones motivacionales en todas las etapas y una aproximación cognitivo-conductual, con prevención de recaídas.
- El tratamiento debería considerar entre sus objetivos la reducción de consumo/daños, pues en muchos casos facilita la adherencia y puede ser paso previo a la abstinencia.

### Elementos para un tratamiento integrado

- Establecimiento de alianza terapéutica.
- Tratamiento rápido de intoxicación, abstinencia y descompensación psicopatológica.
- Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado.
- Prevención de las recaídas.
- Educación sanitaria individual y familiar.
- Reducción de comorbilidad somática.
- Favorecimiento de la adherencia al tratamiento y la motivación para el cambio.
- Fomento de las actividades ocupacionales y formativo-laborales.
- Mejora del funcionamiento interpersonal.

### Recursos terapéuticos necesarios

- Equipo multidisciplinar especializado en salud mental y adicciones.
- Coordinación con otros dispositivos sociosanitarios.
- Hospitalización completa inicial de 2-4 semanas.
- Hospitalización parcial con seguimiento intensivo.
- Cobertura psicofarmacológica.
- Técnicas cognitivo-conductuales.
- Grupos de prevención de recaídas.
- Grupos psicoeducativos.

---

## 2. INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS EFECTIVAS

En esa misma Guía (Socidrogalcohol, 2020) también se revisa el nivel de evidencia y las recomendaciones consecuentes de los tratamientos farmacológicos para la comorbilidad. A nivel general, se resumen en:

### Intervenciones farmacológicas efectivas

- Los tratamientos utilizados en las personas con patología psiquiátrica y consumo de sustancias comórbido son semejantes a los que se utilizan cuando se presenta una sola patología
- El uso adecuado de medicación incide significativamente en la estabilización de la sintomatología psiquiátrica aguda, mejorando la efectividad del tratamiento integral.
- Considerar la alta sensibilidad a los efectos secundarios que presentan estos usuarios, las interacciones entre psicofármacos y drogas y las altas tasas de incumplimiento.

- Necesidad de dosis de psicofármacos más altas. Considerar la patología orgánica y las repercusiones del tratamiento psico-farmacológico sobre ella.
- Preferencia por psicofármacos con menos efectos adversos, mejor tolerados y que no aumentan o, incluso, pueden disminuir el craving.
- Se recomiendan los nuevos inyectables de larga duración y, en general, todos los fármacos que favorezcan la adherencia
- En cuanto al tratamiento del trastorno por uso de sustancias, se requiere ser flexible en los objetivos, sin renunciar a la abstinencia.
- Ofrecer diversos objetivos (abstinencia o reducción del consumo) mejora el compromiso con el tratamiento y sus resultados. Cualquier cambio en la forma, frecuencia o cantidad de consumo es un cambio positivo.

Se especifican además las intervenciones según el tipo de TUS y también según el otro TM comórbido:

## Intervenciones específicas por TM comórbido

TUS+Psicosis

TUS+Trastornos afectivos

TUS+TA (trastornos de Ansiedad)

## Intervenciones específicas según TUS +OTM

TUA (trastorno por uso de Alcohol)+OTM

TUC (trastorno por uso de Cannabis)+OTM

TUCC (trastorno por uso de Cocaína)+OTM

TUO (trastorno por uso de Opioides)+OTM

TUA&H (trastorno por uso de Ansiolíticos e Hipnóticos)+OTM

TUOS-TUNDP (trastorno por uso de Otras Sustancias ~ Nuevas Drogas)

Psicoactivas)+ OTM

TJ (adicciones comportamentales)+OTM

### 3. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EFECTIVAS

De igual manera, también se hace lo propio con las intervenciones psicosociales efectivas a nivel general (Guía Socidrogalcohol, 2020):

#### Intervenciones psicosociales efectivas

- Componentes esenciales de un abordaje integral de la concurrencia de TUS + OTM.
- Terapias de baja intensidad y exigencia, y poco estructuradas (como las intervenciones motivacionales)
- Combinación de entrevista motivacional (EM), terapia cognitivo-conductual (TCC) e intervenciones familiares.
- Terapia Personal (TP) intervención individual que combina psicoeducación, terapia de apoyo, entrenamiento en afrontamiento de estrés emocional, TCC, habilidades de comunicación, resolución de problemas y terapia ocupacional.
- Programas de contingencias como el Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS) han demostrado su utilidad.
- Estudios sobre intervenciones cognitivo conductuales apoyan su efectividad en la reducción de la sintomatología psiquiátrica en personas con trastornos por uso de sustancias, además de mostrar mejores resultados si se combinan con entrevista motivacional que ha mostrado, a su vez, que se presentan mejoras en la reducción del consumo, así como en la adherencia al tratamiento.

Se hace también una valoración de los niveles de evidencia de las intervenciones psicológicas:

<b>Estadios de cambio, entrevista y terapia motivacional</b>	
<i>Estadios de cambio</i>	Nivel de evidencia 2
<i>Entrevista y terapia motivacional</i>	Nivel de evidencia 1
<b>Terapia cognitivo-conductual</b>	
<i>Entrenamiento en habilidades de afrontamiento</i>	Nivel de evidencia 1
<i>Prevención de recaídas</i>	Nivel de evidencia 1
<i>Manejo de contingencias</i>	Nivel de evidencia 1
<i>Terapia cognitiva</i>	Nivel de evidencia 2
<i>Modelos multicomponentes</i>	Nivel de evidencia 3
<i>Comparación con otros enfoques terapéuticos</i>	Nivel de evidencia 1
<i>Formato individual vs. grupal</i>	Nivel de evidencia 1
<i>Duración del tratamiento</i>	Nivel de evidencia 1
<i>Duración de los efectos</i>	Nivel de evidencia 1
<i>Aplicación a poblaciones especiales: adolescentes</i>	Nivel de evidencia 2
<i>Tratamientos combinados</i>	Nivel de evidencia 1
<b>Terapias familiares</b>	
<i>Terapias centradas en la familia</i>	Nivel de evidencia 3
<i>Terapia familiar estratégica breve</i>	Nivel de evidencia 2
<i>Terapia familiar multidimensional y multisistémica</i>	Nivel de evidencia 2
<i>Terapia conductual familiar y de pareja</i>	Nivel de evidencia 1
<b>Terapias dinámicas</b>	
<i>Terapias analíticas y psicodinámicas</i>	Nivel de evidencia 4
<i>Terapia de soporte expresivo</i>	Nivel de evidencia 4
<i>Terapia interpersonal</i>	Nivel de evidencia 3

## CIRCUITOS SOCIOSANITARIOS DE COLABORACIÓN.

### 1. DEFINICIÓN. CONTEXTUALIZACIÓN EN EL MODELO DE LA TRIPLE I

#### Circuitos sociosanitarios de colaboración

*Conjunto de recursos, acciones y servicios complementarios que se integran de manera coordinada en los procesos de tratamiento de los trastornos por uso de sustancias y otro trastorno mental (TUS + OTM) y en sus distintos niveles de atención, en busca de brindar un abordaje integral y especializado, contemplando la diversidad y necesidades de la persona y su contexto.*

Antes de describir los circuitos sociosanitarios que componen el abordaje de los TUS + OTM, se buscará contextualizar los mismos partiendo de la base conceptual y teórica que arroja el Modelo de la triple I- atención integral, integradora e integrada, desarrollado por la RIOD (2021), siendo los pilares del mismo:

- las concepciones de salud pública y comunitaria:
- los determinantes sociales y culturales,
- el modelo biopsicosocial y educativo.

Entender la salud como un fenómeno individual, no sólo es reduccionista, sino que resulta insuficiente para contextualizar el concepto desde el marco social y cultural que constituye a cada individuo, pues es necesario contemplar los entornos vitales de las personas y cómo diversos factores externos (determinantes sociales) pueden influir en su salud. En lo concerniente a lo social: coexisten dos maneras de concebir la salud: el enfoque de salud pública y el enfoque de salud colectiva.

“El enfoque de salud pública en materia de drogas concibe a la salud como el resultado de la interacción entre el contexto social, las sustancias y la persona que consume drogas, que tiene una adicción o que puede estar en riesgo de desarrollar un consumo problemático. Por su parte, el enfoque de salud colectiva parte de reconocer la existencia de estructuras y relaciones sociales, económicas y culturales que determinan en buena medida las conductas de los grupos sociales, lo cual incluye su estado de salud, sus conductas e, incluso, las enfermedades que les afectan. Por lo tanto, estos enfoques se centran en la promoción de la salud y bienestar de las personas y sus comunidades por medio de la prevención, como forma de minimizar riesgos y costes y maximizar los beneficios en la persona y con ello en la sociedad” (RIOD 2021)

Tal y como señala la Comisión de Trabajo de Salud Pública de la RIOD (2017), conceptualizar el consumo de drogas y sus problemáticas asociadas desde un enfoque de salud pública y comunitaria, debería contemplar estos elementos:

- Los determinantes sociales
- Una atención holística y centrada en la persona
- El respeto absoluto a la dignidad de las personas
- La perspectiva de acción comunitaria
- La garantía de derechos y universalidad de atención de calidad para toda la población afectada por consumos problemáticos de drogas
- El reconocimiento de la reducción de riesgos y daños como estrategia fundamental e integrada
- La familia como entorno inmediato de socialización y vínculo afectivo en su papel preventivo
- La diversidad cultural
- El enfoque de género
- Perspectiva generacional
- La protección y el cumplimiento de los derechos humanos

## 1.1. ENFOQUES DEL MODELO

Este modelo incluye una serie de enfoques:

- enfoque centrado en la persona. Las personas son protagonistas de su tratamiento, son sujetos de derecho y toman decisiones. Respeto a su dignidad y autonomía Atención a sus circunstancias personales, biopsicosociales y educativas (multidimensionalidad). Dimensión social y comunitaria del tratamiento
- enfoque biopsicosocial y educativo. Análisis personalizado desde la complejidad y de factores de riesgo personales, del contexto social y de la(s) sustancia(s) consumida(s) Énfasis en lo educativo (hábitos, autocuidado; intervención comunitaria y transcultural)
- enfoque de salud pública y colectiva Salud como resultado de la interacción social, las sustancias y factores personales Promoción de la salud y prevención para reducir riesgos y costes Protagonismo y protección de/a la comunidad
- enfoque de género. Atención a los condicionantes culturales y sociales que generan desigualdades entre hombres y mujeres. Componentes diferenciales entre hombres y

mujeres en cuanto al tipo de consumo, sustancias, barreras de acceso al tratamiento, penalizaciones sociales. Interseccionalidad en todo el proceso de atención y análisis Transversalización del enfoque en todas las dimensiones del tratamiento

- enfoque de derechos. Respeto de los derechos fundamentales de las personas consumidoras en políticas públicas, servicios, programas y dispositivos enfoque generacional Los consumos varían según la etapa vital, y con ello las necesidades Edad como factor que genera impactos diferenciales causados por el consumo → Adaptación de servicios y tratamiento

Así mismo debe considerarse la transversalidad de las intervenciones en lo personal, comunitario y social y familiar.

## 1.2. DIMENSIONES DEL MODELO

El modelo de la Triple I tiene varias dimensiones:

### **Dimensión integral:**

La dimensión integral del Modelo Triple I alude a un enfoque de intervención y de prestación de los servicios en el ámbito de las drogas y adicciones de carácter holístico, centrado en la persona y con el objetivo de realizar un proceso de atención en el que la persona sea protagonista y parte implicada en el mismo, teniendo en cuenta sus necesidades, pero también sus deseos. Para dar respuesta a esa complejidad, la dimensión integral del Modelo de Atención Triple I se basa en el enfoque biopsicosocial y educativo, puesto que permite integrar todos los factores que afectan a la persona que presenta trastorno por uso de sustancias. Esta atención integral se alcanza realizando un correcto diagnóstico inicial y un plan terapéutico global y personalizado por parte de un equipo profesional multidisciplinar.

Además, mediante herramientas educativas y formativas y con la necesaria implicación en el tratamiento de la persona y de su entorno familiar y comunitario, se consigue, en conjunto, generar elementos protectores en relación a sus trastornos. En función del diagnóstico inicial y del plan terapéutico global y personalizado, la persona pasará por unos servicios u otros, siempre a partir de la opinión y la capacidad de decisión de la persona; de lo contrario, el proceso de adherencia al tratamiento y su éxito puede ponerse en riesgo. Estos servicios deben regirse por unos principios basados en el respeto a las decisiones de las personas usuarias y en la promoción de su autonomía y participación en la sociedad, abiertos asimismo al entorno familiar y comunitario.

### **Dimensión integradora:**

Las personas que presentan TUS + OTS problemático de tienen un mayor riesgo de vulnerabilidad y exclusión social. La Dimensión Integradora del Modelo de Atención Triple I

se refiere a las medidas orientadas a facilitar que la persona que accede a un servicio sobre drogas y adicciones logre su inclusión social, es decir, que sea un miembro activo de la sociedad, con derechos y deberes. Para ello no basta con trabajar individualmente con la persona que presenta un consumo problemático y padecimiento mental, sino que se tiene que incluir en las diversas esferas del tratamiento al entorno familiar y social o comunitario.

### **Dimensión integrada:**

Cuando hablamos de atención integrada en el Modelo Triple I nos estamos refiriendo a la necesidad de articular los servicios y recursos de tal forma que garanticen una intervención coordinada, complementaria, eficaz y eficiente. Se trata de una dimensión compleja, puesto que lleva implícita una articulación de distintos servicios de distintas redes que tienda a asegurar la continuidad de la atención a las personas, ya sea de la atención primaria a servicios más especializados, o de servicios sociales, servicios sanitarios y, desde luego, de una red de atención a las adicciones.

---

## **2. RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. NIVELES Y SERVICIOS QUE LA COMPONENTEN**

El modelo de la Triple I, se materializa en un sistema integrado de servicios y recursos de salud del ámbito público, privado, entidades sociales o una combinación de ellos, diseñado para brindar atención especializada y dar respuesta a las necesidades de las personas que presentan TUS + OTM.

Esta red de atención se basa en un enfoque interdisciplinario, que articula intervenciones médicas, farmacológicas y psicosociales desde diferentes niveles de atención, se construye también, contemplando las necesidades del contexto y está en constante adaptación. Tanto la construcción de la red como su adaptación se basan en el análisis constante de las necesidades de las personas y de la realidad social concreta del entorno. Este análisis debe realizarse desde la sociedad civil y el entorno comunitario, en coordinación con agentes públicos. La clave para todo ello es la proximidad asistencial, que se acerque tanto el análisis como la atención y el tratamiento a la comunidad, lo cual requiere una lógica territorial para dar una mayor accesibilidad.

La filosofía del Modelo Triple I es llegar a incidir en todos los factores de riesgo y cubrir todas las necesidades de las personas, pero hay que partir de las condiciones sociales concretas de cada lugar donde se vaya a crear o a fortalecer una red para plantear los servicios que puedan satisfacer esas necesidades, y siempre con la idea de garantizar el continuum asistencial.

El abordaje integral en el ámbito de la salud implica un conjunto de acciones individuales y colectivas que incluyan a todos los sujetos que participan en los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Supone, entonces, llevar adelante acciones orientadas a la promoción de la salud y la reducción de riesgos y daños, mediante estrategias específicas tanto para el desarrollo territorial como para cada uno de los niveles de atención del sistema de salud (primario, secundario y terciario), de modo que los procesos de salud-enfermedad-cuidado no se limiten o agoten en los ámbitos clásicos del sistema de salud, sino que sean parte de la vida cotidiana de los sujetos. De esta manera se comprende el proceso de salud-enfermedad-cuidado desde el enfoque de derechos para diseñar estrategias que consideren la fragilidad social, política y/o jurídica de las personas y la promoción, protección y/o garantía de sus derechos de ciudadanía (Camarotti y Kornblit, 2015).

De este modo, las necesidades evocadas por los sujetos atraviesan un conjunto de aspectos que trascienden la problemática de consumo (vivienda, trabajo, educación, educación, seguridad, entre otros). Priorizar la voz de los sujetos a la hora de diseñar las intervenciones implica vislumbrar estas necesidades y propiciar acciones para atenderlas, incluyendo de forma activa a las personas en todo el proceso.

Asimismo, el abordaje integral de la problemática requiere comprender su inevitable vinculación con el sufrimiento y el dolor al mismo tiempo que acompañar el proceso de reconstrucción de la red social de apoyo. Las oportunidades de circulación por redes institucionales e intersubjetivas otorgan las herramientas para construir proyectos propios, individuales y colectivos, que reducen el padecimiento de los sujetos que atraviesan dicha problemática.

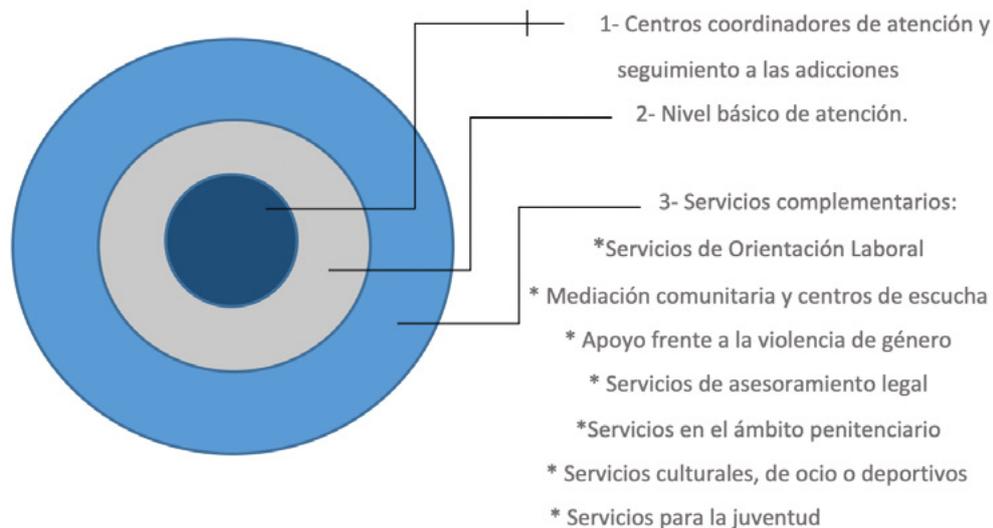
La complejidad de la problemática ligada a históricas vulneraciones de derechos obliga, entonces, a orientar las prácticas hacia propuestas singulares y comunitarias que generen condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos propiciando para ello, de manera comunitaria, una puesta en cuestión de los imaginarios colectivos sobre los consumos y las personas usuarias.

De esta manera, en el marco de una política pública descentralizada, se entiende que los dispositivos territoriales nacionales son efectores de prácticas asociadas a la promoción y la asistencia comunitaria de quienes estén atravesando situaciones de consumo problemático. Resulta evidente, entonces, que el abordaje integral excede a un campo único de conocimientos o instituciones específicas y, en virtud de la complejidad de la problemática, exige un abordaje interdisciplinario e interactoral. (SEDRONAR, 2020)

## 2.1. NIVELES DE ATENCIÓN DE UNA RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES.

Existen tres niveles de atención sanitaria y de rehabilitación funcional: tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial e intervención mínima, ya desarrollados. Además, existen otros recursos, que en general no forman parte de la red específica de atención a las adicciones pero que intervienen coordinadamente en el tratamiento.

Figura 1: Niveles de atención de las adicciones. Fuente: Modelo Triple I RIOD (2021)



A continuación, se describirán los distintos servicios complementarios- circuitos socioasistenciales- que permiten el diseño de un itinerario de tratamiento acorde al modelo de la Triple I, entendiendo que el diseño y su concreción en la realidad podrán variar en consideración de las particularidades de la persona, pero también de su contexto y de las diferentes comunidades. Estos recursos, están dirigidos a las personas que están en tratamiento en la red y buscan facilitar la consecución de un nivel educativo, cultural y de ocio que le permita su desarrollo personal y su incorporación al entorno comunitario. En ocasiones se incluyen en los dispositivos de la red y en otros casos en centros dedicados especialmente a ello. A menudo se trata de asociaciones que no forman parte de la red de tratamiento.

## Centros de salud.

La articulación con centros de salud es de fundamental importancia durante todo el proceso de tratamiento con el fin de garantizar la atención médica integral de los usuarios: incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación frente a cada situación de salud particular. La coordinación con los centros de salud puede constituirse en un aspecto de enorme importancia para la consecución de los objetivos terapéuticos.

## Centros especializados de salud mental.

La articulación con centros especializados en salud mental es fundamental en la comorbilidad, y si bien el tratamiento en el centro de atención estará a cargo de un equipo multidisciplinar especializado en adicciones y salud mental y el abordaje será integral e in-

tegrado, el itinerario del tratamiento debe contemplar esta articulación, ya que es posible que durante el proceso de tratamiento las necesidades del usuario excedan los servicios y la atención que se brindan allí. La reagudización de la sintomatología propia del otro trastorno mental, síntomas graves que pongan en riesgo la vida del usuario, tales como riesgo suicida o autolesivo significativo, entre otros, van a requerir de la intervención de centros especializados de salud mental.

### **Servicios sociales comunitarios.**

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen un recurso muy cercano a las personas, y atienden demandas muy diversas. La articulación con este tipo de servicios facilita, en caso de que la demanda esté relacionada con la problemática del consumo y la salud mental, que se realice una detección precoz y se brinde la información necesaria sobre los recursos especializados, facilitándole el contacto con los dispositivos asistenciales para el inicio del tratamiento integral. Por otro lado, se hace imprescindible la coordinación con estos recursos cuando en los centros de atención de las adicciones se detectan graves carencias sociales que afectan al usuario y a la familia en su conjunto. En los Centros de Servicios Sociales Comunitarios se les proporciona información a los usuarios y a sus familias sobre prestaciones sociales y cualquier tipo de ayudas que puedan mejorar la situación del contexto familiar.

### **Centros de servicios de orientación laboral.**

Los servicios de orientación laboral son fundamentales para posibilitar una reinserción duradera de personas con trastornos por uso de sustancias y otro trastorno mental, tanto por cuestiones sociales como psicológicas. Dada la enorme dificultad para lograr la empleabilidad de estas personas, se considera útil contar con servicios que, en primer lugar, trabajen en desarrollar competencias personales, profesionales y en abordar las carencias formativas de las personas usuarias, con itinerarios personalizados para la búsqueda de empleo, el desarrollo de habilidades tecnológicas, y el trabajo en red para proveer de posibilidades de formación (con redes públicas y cursos subvencionados).

Asimismo, deben llevar a cabo un proceso constante de “sensibilización” del tejido empresarial de la zona en donde se sitúe el servicio/programa/dispositivo, para que sea más receptivo a emplear a personas con este tipo de trastornos. Se trata con ello de adaptar las posibilidades de empleo a la situación de las personas usuarias, por lo que en bastantes ocasiones se buscan empleos con cierto grado de protección, subvención o apoyo.

### **Servicios formativos y de educación.**

Aunque no se puede generalizar, es bastante recurrente encontrar casos de personas con TUS + OTM que han sufrido exclusión del sistema educativo en una edad temprana o que han tenido dificultades sociales. La formación vinculada a la mejora de la empleabilidad

se convierte así en un aspecto clave de inclusión (o de exclusión). En términos de eficacia y para evitar duplicidades, es más conveniente conectar con los servicios educativos y formativos existentes en la zona de intervención de la red de atención a las adicciones que su provisión directa, especialmente en lo referente a la educación formal y la vinculada a la empleabilidad.

Hoy en día existen recursos de educación formal y sobre todo no formal más accesibles que hace años para las personas con estos trastornos, si bien todavía se producen situaciones de estigmatización y de marginación que hacen palpable la necesidad de trabajar estos aspectos también en este sector (principalmente por las instituciones). Por ello, los recursos en el ámbito formativo deben estar orientados al desarrollo de competencias laborales y personales, que proporcionen certificación oficial y ser gratuitos o subvencionados.

### **Servicios de mediación comunitaria y centros de escucha.**

El papel de este tipo de servicios se orienta, por un lado, a la identificación de factores de riesgo en los integrantes de la comunidad con respecto a consumos problemáticos y, en general, de riesgos de vulnerabilidad de cualquier tipo. Por otro lado, se trata de conocer y motivar a las personas que presenten consumos problemáticos a acercarse a los servicios disponibles en la comunidad. Cuando por cuestiones como el tipo de dispositivo o servicio no sea tan fácil o directa la comunicación con la comunidad, un centro de escucha puede contribuir a abordar procesos de exclusión, problemas de consumo, o de otro ámbito que se pueda dar en la comunidad y pueda recibir una respuesta rápida o informe las personas usuarias sobre posibles recursos (UNODC Colombia, 2008).

La existencia de estos servicios de mediación y de escucha comunitaria son una puerta de acceso alternativa a las redes de atención a los consumos problemáticos y a las adicciones, sobre todo donde no existe un ente coordinador.

### **Servicios de apoyo frente a la violencia de género.**

Estos servicios brindan asesoramiento especializado y protección a mujeres y a personas de los colectivos LGTBIQ ante situaciones de cualquier tipo de violencia basada en el género, así como a menores o familiares a su cargo.

En los 80 países de Iberoamérica donde existen, estos servicios suelen estar dentro de la cartera de la red de servicios sociales, y su acceso es libre e inmediato, equipos multidisciplinares conformados por abogados, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros cuyo asesoramiento y acompañamiento contempla, no sólo en lo que a políticas de derecho se refiere, sino también en lo que respecta al impacto psicológico que la violencia de género implica.

## Servicios de asesoramiento legal.

Existe una significativa interacción entre el ámbito de las adicciones y las problemáticas de conflicto con la ley, por ello es imprescindible que existan servicios de asesoramiento legal en una red de atención a las adicciones, que dé asistencia legal gratuita a las personas que la necesiten. Los servicios de asesoramiento legal realizan un proceso de intervención jurídica para las personas usuarias y sus familias en donde se les da información y asesoramiento, se analizan los asuntos legales pendientes en cualquier ámbito (civil, penitenciario, laboral, administrativo), se les orienta sobre otros recursos disponibles en la Red y se realiza una coordinación con otros servicios para mejorar sus posibilidades de reinserción. Ello tiene una incidencia positiva respecto de los objetivos del tratamiento.

## Servicios en el entorno penitenciario.

Estos centros de atención ambulatorios en el ámbito penitenciario son servicios donde se realizan diversas actividades: se diagnostica a la persona, se realizan intervenciones individuales, con la familia o red social más cercana, además de grupos terapéuticos. En estas actividades se diseña un itinerario que abarca tanto la adicción (salud, prevención de recaídas), como el acceso a educación y formación, para facilitar la reinserción. Además, la asistencia de estos recursos puede conectar a las personas usuarias con el resto de servicios de la Red una vez recuperen la libertad, aumentando asimismo las posibilidades de reinserción.

## Servicios para la juventud.

Las causas por la que los jóvenes desarrollan consumos problemáticos de drogas son muy diversas y complejas, existiendo factores de riesgo contextuales, del entorno inmediato (familia, amistades) y factores individuales. Sobre todos ellos se pueden desarrollar acciones preferentemente preventivas, sin perjuicio de que precisen de intervenciones terapéuticas específicas. Dentro de las herramientas preventivas un servicio integrado en la red de atención a las adicciones puede beneficiarse de la oferta cultural, participativa, deportiva y de ocio disponible en el ámbito geográfico de actuación de la Red.

## Servicios culturales, de ocio o deportivos.

Articular las actividades de un servicio de atención a las adicciones con espacios culturales, artísticos, de ocio o deportivos tiene un impacto notable en la salud y en el proceso de recuperación y reinserción social de las personas con trastornos por uso de sustancias y otro trastorno mental. Este tipo de actividades involucran diversas esferas de la persona, y también deberían estar presentes dentro de la oferta en el marco de tratamiento de los distintos dispositivos de atención a las adicciones con comorbilidad, considerando las múltiples afectaciones del estado de salud de la persona.

Este tipo de intervenciones incide de manera directa en:

- Los procesos de socialización: favoreciendo sus estrategias de afrontamiento y sus habilidades sociales.
- la estructuración del tiempo libre: la transformación del ocio de riesgo en ocio saludable favorece la prevención de recaídas, ofreciendo alternativas que benefician los procesos de inclusión social.
- estado de salud integral: el desarrollo de actividades culturales, artísticas de ocio y deportivas tiene una repercusión altamente positiva en la salud física y emocional de las personas



## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Arias Horcajadas F, Cortés Tomás MT, Fernández Artamendi S, Fernández Miranda JJ, Flórez Menéndez G, Ochoa Mangado E. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones Resumen de intervenciones. Vademecum. Árboles de decisiones lógicas. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2020.
- Arias Horcajadas F, Barreiro Sorribas C, Berdullas Barreiro J, Iraurgi Castillo I, Llorente del Pozo JM, López Durán A, Madoz Gúrpide A, Martínez González JM, Ochoa Mangado E, Palau Muñoz C, Palomares Martínez A, Villanueva Blasco VJ. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socidrogalcohol Valencia 2011
- Arias Horcajadas F, Rentero Martín D, Fernández Artamendi S, Balcells Oliveró M. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cannabis y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- Astolf Romero C, Azparren A L, Bordoni MF, Carroli, M, Fernández A, Garbi S, Tejera E, Tufro F. Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública. SEDRONAR Argentina, 2019.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2021): Red de atención pública a las drogodependencias en España. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm>
- Fernández-Miranda JJ, Orengo-Caus T y Díaz-Fernández S. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de opioides y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2019.
- Flórez-Menéndez G, Balcells-Oliveró M y Uzal-Fernández C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de alcohol y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- Guardia-Serecigni, J., y Flórez-Menéndez, G. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de ansiolíticos e hipnóticos y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol. Valencia, 2018.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas : una guía europea, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018, <https://data.europa.eu/doi/10.2810/58034>
- Ochoa-Mangado, E., Molins-Pascual, S., y Seijo-Ceballos, P. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastorno por uso de cocaína y otro trastorno mental comórbido. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol Valencia, 2018. 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 (2023) “Enfoque de base comunitaria en el ámbito de las drogas y las adicciones”. Disponible en [https:// RIOD\\_ENFOQUE\\_COMUNITARIO.VF.pdf](https://RIOD_ENFOQUE_COMUNITARIO.VF.pdf)
- RIOD (2021) Guía Triple I: Atención integral, integradora e integrada. Disponible en <https://riod.org/triple-i/>
- Romaní, O. - RIOD (2019): Un enfoque de salud pública en Materia de Drogas. De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. Disponible en: <https://riod.org/enfoque-de-salud-publica-riod/>

**Financiado por:**



[www.riod.org](http://www.riod.org)

-  [RIOD](#)
-  [@RIOD\\_oficial](#)
-  [@RIOD.redes](#)
-  [@RIOD\\_oficial](#)