

Adicciones y salud mental: necesidad de colaboración e integración de la gestión asistencial

Addictions and mental health: a need for collaboration and integration in healthcare management

José Manuel Bertolín Guillén

Servicio de Psiquiatría y Salud Mental.
Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia, España)

Recibido: 05/06/2019 · Aceptado: 12/06/2019

Resumen

Los trastornos adictivos son trastornos mentales y del comportamiento con frecuente dualidad diagnóstica con otros trastornos mentales. Importa señalar que los trastornos relacionados con sustancias, igual que los no relacionados, así como todos los demás trastornos mentales, pueden ser ingresados hospitalariamente de forma urgente y voluntaria, y de forma ordinaria involuntaria urgente o no urgente, sin mencionar el código penal. Respecto a los ingresos se comentará en este trabajo la inconstitucionalidad del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que no significa su derogación. Se repasarán por su indudable trascendencia, entre otras disposiciones legales, la actual Estrategia Nacional Sobre Adicciones del Ministerio de Sanidad de 2016, el III Plan Estratégico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Conselleria de Sanitat de 2014, y la Ley de Salud de la Comunidad Valenciana del Consell de 2014. Especial relevancia tiene el Decreto 132 de 2010 de la Conselleria de Sanitat en el que se establecen los fines de las unidades de desintoxicación hospitalaria, y se comentará la antigua Orden de 7 de junio de 1997 de la Conselleria de Sanitat así como su contradicción con el posterior y actual Decreto 74 de 2007. Como resumen, se va a enfatizar la necesidad de proporcionar una visión global, coordinada e integrada entre las adicciones y la salud mental más en general, y de favorecer programas terapéuticos simultáneos.

Palabras Clave

Addiction; Addictive Disorder; Mental Health; Psychiatry; Healthcare Management; Hospitalisation.

— Correspondencia a: _____
José Manuel Bertolín
Email: jmbertolin@comv.es



Abstract

Addictive disorders are considered as behavioural and mental disorders frequently presenting diagnostic duality with other mental disorders. It is important to remember that both disorders related to substances and those which are not as well as all mental disorders may require admission to hospital in different ways: voluntary and urgent; urgent or non urgent ordinary involuntary -not considering the penal code. Regarding admissions to hospital, we will commentate on the unconstitutionality of the article 763 of the Civil Procedure Law which does not imply its repealing. The current National Strategy on Addictions by the National Health Ministry of 2016, the III Strategic Plan on Drug Addictions and Other Addictive Disorders by the Autonomous Valencian Community Health Ministry of 2014, and the Health Law by the *Consell* of the Autonomous Valencian Community of 2014 will be also mentioned as they are unquestionably important. The Decree 132 of 2010 by the Autonomous Valencian Community Health Ministry which establishes the purposes for the hospital detoxification units is specially relevant. The Order of 7th July 1997 by the Autonomous Valencian Community Health Ministry as well as its being contradicted by the following and current Decree 74 of 2007 will also be commentated on. To sum up, the need of providing an integrated coordinated and global view for both addictions and mental health in general as well as the need of supporting simultaneous therapeutic programmes will be emphasised.

Key Words

Addiction; Addictive Disorder; Mental Health; Psychiatry; Healthcare Management; Hospitalisation.

INTRODUCCIÓN

Las adicciones a sustancias y a determinadas conductas anómalas comparten las mismas o muy similares bases neurobiológicas y psicopatológicas. Los trastornos adictivos, estén relacionados o no con sustancias, son trastornos mentales (en ocasiones también llamados psíquicos, términos que en adelante usaremos de manera indistinta) y del comportamiento que a menudo, aunque no siempre, se presentan en comorbilidad con otros trastornos mentales. Pero es indudable que la comorbilidad es tan frecuente que debería considerarse como habitual, más que como excepcional. Y como tales trastornos mentales son catalogados los es-

pecíficamente adictivos en las modernas nosotaxias como la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud, de 1992 (y también se dirá lo mismo en la próxima CIE 11), o el DSM-5 de la *American Psychiatric Association*, de 2013.

El vigente «III Plan Estratégico sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos» de la Comunidad Valenciana, de 2014,¹ representa una interesante táctica regional y local, así como una guía de las políticas sanitarias correspondientes, que engarza plenamente con la «Estrategia Nacional

¹ III Plan Estratégico de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Comunitat Valenciana, 2014. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.



sobre Adicciones 2017-2024» (ENA).² Por su parte, la «Ley de Salud de la Comunitat Valenciana», de 2014,³ configura el actual Sistema Valenciano de Salud y desarrolla sus actuaciones y cartera de servicios y, en particular, en el título VI regula la asistencia a las drogodependencias y otros trastornos adictivos. La adicción es definida aquí como un estado psíquico, y a veces físico y social, caracterizado por modificaciones conductuales que incluyen generalmente impulsividad y ciertas estereotipias. Pero, como veremos a continuación, la asistencia a los trastornos adictivos en nuestra comunidad es dispersa y a veces confusa, y precisa de clarificación.

GESTIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA A PACIENTES ADICTOS

La asistencia en asunto de adicciones en la Comunidad Valenciana se dirige desde el Servicio de Gestión de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, que depende de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. En la provincia de Valencia hay, entre otras, una unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH) de 12 camas situada en el Hospital Arnau de Vilanova (HAV) para

2 Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2018. La estrategia es continuación actualizada de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, y entronca con el Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2018.

3 Véase la Ley 8/2018, de modificación de la Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana (artículo único, apartados 61 a 64). Esta última Ley deroga la anterior Ley 1/2003, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunitat Valenciana.

varios departamentos de salud y para los ingresos por trastornos adictivos a sustancias. Pero solo se permiten en ella ingresos programados. A veces se admiten también pacientes de Alcoy (Alicante) y Vinaroz (Castellón), además de todos los pacientes adictos de los hospitales comarcales de la provincia. Por su parte, en la ciudad de Valencia, en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia suele internarse algún paciente para desintoxicación, aunque no todos, en su Unidad de Toxicología Clínica, que es una unidad funcional multidisciplinar creada en 2002 y dependiente del servicio de Medicina Interna. En el Hospital Clínico Universitario de Valencia se ingresan usualmente para desintoxicación los adictos que corresponden solo a ese departamento, en unas 4 camas adjuntas a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica e incluidas orgánicamente en el Servicio de Psiquiatría. En los departamentos de salud correspondientes al Hospital Universitari i Politènic La Fe y el Hospital Universitario Doctor Peset, derivan todos los adictos que han de ingresar a la UDH del HAV.

En la Comunidad Valenciana la hospitalización de los adictos depende necesariamente de la atención especializada, pero la asistencia ambulatoria depende de la atención primaria, con lo que no son infrecuentes los problemas de acuerdos, comunicación y coordinación. Por lo mismo, eso podría dificultar lo dispuesto en los artículos 39.2.y 39.3. de la referida Ley de Salud de la Comunitat Valenciana cuando expresa que los recursos asistenciales y de salud pública deberán estar debidamente coordinados.

Conviene recordar que los ingresos hospitalarios (también llamados internamientos, términos ambos que usaremos asimismo en



adelante de manera indistinta) para tratamiento específico de los trastornos adictivos pueden ser tanto voluntarios como no voluntarios o involuntarios. Curiosamente eso no ocurre actualmente en las UDH de nuestra comunidad autónoma que no admiten como regla general a los segundos. Después veremos que quizá tendrían que denominarse mejor «subunidades», pues debieran depender de un único servicio integrado con la psiquiatría y salud mental y no ser en ciertos casos «unidades» autónomas. Son las UDH, específicamente, las salas hospitalarias monográficas y de elección para cualquier internamiento de cualquier trastorno adictivo debido a drogas, según el capítulo II, artículo 3 del «Decreto 132/2010 de la Conselleria de Sanitat» que, entre otros fines de las UDH pretende el diagnóstico psíquico del paciente. Efectivamente, y en congruencia con lo dicho antes, las adicciones son siempre y por sí mismas trastornos psíquicos que pudieran precisar en algún caso de ingreso involuntario. Así pues, desde la perspectiva normativa y también legal, para la involuntariedad del ingreso hospitalario por adicción a sustancias no se necesita, ni tampoco lo ha pautado nunca nadie con autoridad, que haya comorbilidad simultánea de la adicción con otros trastornos mentales.

Para más abundamiento en la cuestión expuesta, el tipo o variedad de cualquier posible ingreso hospitalario para los pacientes adictos se establece con claridad en el título VI, artículo 63. I, de la antes aludida Ley de Salud de la Comunitat Valenciana, que textualmente señala: «Los tratamientos dirigidos a las personas afectadas por trastornos adictivos tendrán carácter voluntario. No obstante, podrá procederse a su internamiento no voluntario por razones de trastorno psíquico en

los términos previstos en la legislación civil».⁴ Cosa aparte es el internamiento no urgente de adictos si fueran menores de edad no emancipados, ya que en tales casos se habría de realizar siempre en un establecimiento adecuado a su edad y patología, previo informe de los servicios de asistencia al menor. Hay que añadir que en el artículo 5.2.e. del también comentado Decreto 132/2010 ya se garantizaba al usuario la posibilidad de solicitar el alta voluntaria pero, de nuevo, con la excepción de los casos señalados en la legislación. Por lo tanto, el alta hospitalaria voluntaria del adicto podría no ser aceptada por el facultativo responsable, a diferencia de lo que ocurre ahora en ciertas UDH en las que dicha petición de alta se aprueba siempre, como antes habíamos apuntado.

La decisión de cualquier ingreso hospitalario, sea ordinario o urgente, incluyendo en particular a los pacientes con trastornos adictivos, es solamente clínica y por tanto del médico interviniente y que decide. El término «urgencia médica» conlleva obligadamente tanto la inmediatez (es decir, que no admita demora) como el requisito de cuidado médico. Eso diferencia la urgencia de la emergencia, pues se refiere esta última más a algo accidentalmente sobrevenido. Y también difiere la urgencia de la crisis, que se entiende por lo general como un cambio agudo y considerable de un previo estado morboso y no solamente como una situación dificultosa o complicada. Pero la emergencia y la crisis también pueden ser urgencias médicas, por lo que no es infrecuente que se usen como sinónimos. Hay que señalar asimismo que una urgencia de índole psicosocial puede ser o no una urgencia médica.

4 Real Decreto de 24 de julio de 1889 en el que se publica el Código Civil.



GARANTÍA JUDICIAL DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES ADICTOS

Como se comentaba antes el internamiento de un paciente con trastorno adictivo, como cualquier otro paciente con patología psíquica, podrá ser voluntario o involuntario, en este último supuesto bien porque el interesado se oponga o porque no pueda dar un consentimiento válido.⁵ Los criterios que justifican en cualquier caso un internamiento involuntario son los siguientes: en primer lugar, que presente un trastorno psíquico, por ejemplo una determinada conducta adictiva grave, que requiera de tratamiento inmediato. En segundo lugar, que el tratamiento médico deba ser realizado exclusivamente en régimen de hospitalización. Y por último, que el ingreso se realice en beneficio del paciente o se haya acordado como medida de protección para terceras personas. En síntesis, deben cumplirse los requisitos de necesidad y proporcionalidad. Corresponde al médico decisorio del ingreso involuntario probar la existencia en el paciente de un trastorno adictivo tal que se afecte de manera significativa su capacidad para tomar decisiones. Esa será la razón por la que precisamente ese paciente en ese momento deberá ser considerado mentalmente incapaz. Pero, por afectar la supuesta involuntariedad del ingreso a un derecho fundamental del sujeto y como refuerzo de la dignidad de la persona y de la autonomía de su voluntad, la medida se someterá siempre a garantía ju-

5 Según la Ley estatal 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, artículo 763, y la también estatal Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, artículo 9.2.b, con última modificación en 2018.

dicial, que se limitará cuando así convenga a «autorizar» o a «aprobar» dicho ingreso.

Si esa garantía judicial no existiera, no es suficiente con el criterio clínico o médico. Pues en efecto, la «Ley de Enjuiciamiento Civil»⁶ establece que «el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá una autorización judicial». La comisión judicial del lugar en que radique el centro donde se haya producido el ingreso tendrá que valorar la medida. Se compone del juez, de un facultativo que habitualmente es un médico forense que puede estar adscrito a ese juzgado, y por regla general del letrado de la administración de justicia o secretario, que en muchas ocasiones acudirá con el resto de la comisión al lugar del ingreso. Si no hubiera forense o psiquiatra disponibles, alternativamente podría intervenir cualquier otro médico en el ejercicio de sus funciones (distinto al médico que ha propuesto la medida), mediante el correspondiente informe o dictamen. La decisión sobre la legalidad del internamiento se encomienda al juez, sin que pueda ser sustituida por otras autoridades, ni siquiera por el ministerio fiscal. El juez, para autorizar o no el internamiento, se basará en la información que le aporten los facultativos, y éstos a su vez se fundamentarán en la información clínica y en su caso de todo tipo, y en la valoración presencial que ellos mismos realicen en aplicación de la *lex artis ad hoc*. Raramen-

6 Artículo 763, comentado en la precedente nota a pie de página núm. 5. Partes de ese artículo han sido declaradas inconstitucionales por el Tribunal Constitucional (sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional 132/2010). Pero, a fin de no dejar sin contenido alguno la regulación de los internamientos involuntarios, se mantiene parcialmente dicha normativa.



te la autorización judicial se denegará por defecto de contenido clínico del informe de internamiento involuntario. Si se denegara, en general lo será por defectos de forma.

ORGANIGRAMA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS HOSPITALARIOS DE LAS ADICCIONES

Si ese fuera el caso, por lo común el juez de lo civil que intervenga dictará en un auto, y cuando así proceda, la necesidad de ingreso involuntario del paciente adicto en «centro adecuado», sin mayores concreciones. De ahí la trascendencia y necesidad de que quede bien aclarado previamente, sin dudas, cómo deben estar regulados orgánicamente los diferentes servicios médicos hospitalarios. ¿Puede una UDH negarse a aceptar un ingreso urgente voluntario (que no sea judicial o involuntario), o un ingreso ordinario involuntario con autorización judicial pero que no sea urgente?⁷ La respuesta necesariamente vendrá condicionada por la organización y naturaleza funcional y estructural de los servicios y del mismo hospital.⁸

7 La ley no fija un plazo determinado para que una vez decidido por el juez se lleve a cabo finalmente el internamiento ordinario o común involuntario. La prudencia aconseja que el internamiento no se dilate en el tiempo más de lo necesario, so pena de que se modifiquen las circunstancias y pueda no ser necesario. De otra parte, también hay que señalar que en caso de incumplimiento de los plazos y procedimientos legales, es posible iniciar la actuación de «Habeas Corpus», conforme a la Ley Orgánica 6/1984, reguladora de ese procedimiento.

8 Antes de la referida Ley de Salud de la Comunitat Valenciana de 2014, en el Decreto 74/2007 ya se había aprobado la estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en nuestra comunidad. Y en el artículo 28.3. de ese decreto se estableció la necesidad de que haya un jefe de servicio para cada especialidad.

Sin embargo, algunas UDH interpretan unilateralmente y sin acuerdo previo con otros posibles partícipes su rechazo a cualquier ingreso involuntario.⁹ Si la UDH estuviera integrada y formara parte de un único servicio junto con la psiquiatría y salud mental no habría problema, como así debiera ser en todos los casos aunque estén geográficamente separadas ambas unidades o subunidades. En efecto, el asunto de la mejor ubicación intrahospitalaria del paciente que haya de ingresar debería resolverse con el óptimo acuerdo entre los facultativos o en su defecto por la decisión jerárquica de los mismos. Pero si fueran unidades autónomas e independientes podría no haber resolución y tendría que decidir entonces la autoridad hospitalaria que correspondiera: jefe médico de la guardia, director o subdirector médico (que podrían ser en muchos casos de una especialidad y sensibilidad muy diferentes),

En el caso de las adicciones el jefe más lógico ha de ser necesariamente el del servicio de psiquiatría al tratarse de una cuestión de salud mental. En la Orden de 7 de julio de 1997 de la Conselleria de Sanitat, empero, se decía que el coordinador o máximo responsable de cada Unidad de Conductas Adictivas (UCA) -a no confundir con la figura de jefe clínico o de servicio-, dependerá directamente del director de atención primaria, lo que sin duda fue contradicho por el posterior y ya mencionado Decreto 74/2007, decreto que hasta hoy sigue vigente.

9 Como sucede en la actualidad, en concreto, en el departamento de salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria. Este departamento cuenta con una UDH (que es la UDH de más número de camas de todas, y es también oficiosamente y en la práctica unidad de referencia supra o interdepartamental) y dos UCA, todas ellas autónomas también entre sí, es decir, sin la jerarquía científica, asistencial y docente de un jefe de servicio de psiquiatría y salud mental. Según la Memoria Anual de Actividad 2016, del Servicio de Gestión de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, en toda la Comunitat Valenciana en el año 2016 se atendieron en las UDH un total de 592 pacientes, contando con una disponibilidad de 5 UDH distribuidas por las 3 provincias y un total de 28 camas públicas.



u otros, lo que podría dar lugar a decisiones precipitadas e incluso inadecuadas.

Para ir terminado, no hace falta enfatizar que si hubiera necesidad de asegurar al paciente adicto¹⁰ o al entorno institucional durante el ingreso hospitalario se podría recabar la intervención de los agentes de seguridad disponibles en el centro, de acuerdo con la «Ley 5/2014, de Seguridad Privada», principalmente según sus artículos 5 y 32. Eso es así especialmente si se tiene en cuenta que la inmensa mayoría de las UDH están ubicadas en recintos o salas cerrados, pues la peligrosidad en ellos podría ser mayor. Además, si la UDH fuera enteramente independiente, generalmente contará con «médico de conductas adictivas» de guardia,¹¹ al menos en calidad de guardia localizada, y este deberá ser convocado ante cualquier urgencia, emergencia o crisis. Pero si esa UDH estuviera incorporada en un servicio asistencial integrado en salud mental, aunque con Unidad de Hospitalización Psiquiátrica diferenciada y aparte, es el psiquiatra de guardia el que tendría que intervenir, si es que ambas unidades estuvieran ubicadas en el mismo hospital. Y si estuvieran en centros distintos, de ser necesario por la natu-

raleza de la urgencia podría ser convocado, además del médico de conductas adictivas que pudiera estar de guardia localizada, cualquier otro médico especialista del hospital en donde esté la UDH, igual como sucedería para cualquier paciente diferente, sea de la naturaleza que sea.

Hemos visto que los trastornos adictivos y la salud mental están indisolublemente unidos y que deben gestionarse asistencialmente de forma coordinada e integrada. Y esa gestión conjunta ha de afectar por igual tanto a las UCA en su relación con las correspondientes unidades de salud mental (ambos tipos de unidades son solo ambulatorias y de apoyo a la atención primaria), como a las UDH en su relación con las salas o unidades de ingresos psiquiátricos no debidos a drogas (ambas son solo hospitalarias y se incluyen en la cartera de servicios de atención especializada). La comorbilidad psíquica, también llamada dualidad diagnóstica,¹² es casi la norma, pero cuando ambos dispositivos o redes asistenciales (la específica de salud mental sin drogadicciones y la de solo drogadicciones) son completamente autónomos pueden dar lugar a que se oferte una desconcertante trama de servicios, prestaciones, abordajes y filosofías distintos. No tiene, pues, sentido que en algunos lugares de España y concretamente en algún departamento de salud de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de Valencia haya independencia funcional total entre esas perspectivas que han de estar, como se

10 Incluye a cualquier paciente afecto de un trastorno adictivo relacionado o no relacionado con sustancias, tanto si es voluntario o involuntario, judicializado previamente o a posteriori, o no judicializado.

11 La denominación «médico de conductas adictivas» que se recoge por vez primera en el artículo 10 de la antes mencionada Orden de 7 de julio de 1997, parece un eufemismo que pretenda remedar a cualquier especialidad médica oficial, pero sin serlo. Tampoco las adicciones son un área de capacitación específica o subespecialidad reconocida por el Ministerio de Sanidad y Consumo según la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. En España existen, en efecto, un total de 48 especialidades médicas oficiales, a fecha de 2019, según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

12 El concepto de dualidad diagnóstica asume la existencia de al menos dos trastornos de naturaleza relativamente distinta, pero subrayando que el texto se refiere siempre a trastornos mentales. Eso incluye, referido a las adicciones, un heterogéneo grupo de conductas patológicas, que suelen ser altamente disruptivas.



ha repetido aquí muchas veces, forzosamente integradas. De lo que se trata es de evitar los usuales tratamientos secuenciales (en una red después de la otra) o en paralelo (simultáneamente en ambas, con el inevitable solapamiento de recursos, intervenciones y en su caso medicamentos). Se trata, en efecto, de tener una visión global y de favorecer la provisión de programas terapéuticos simultáneos con la participación coordinada del personal sanitario que esté especializado más concretamente en las adicciones o más en la salud mental en general. Todo lo dicho es plenamente acorde con lo que se contempla en la vigente y ya mencionada ENA en su apartado 10.2. Con esta editorial se pretende aclarar algunas ideas de gestión al respecto, a veces olvidadas, y bastante fundamentales en opinión del autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertolín-Guillén, J.M., director. (2009). *Evaluación e intervención en las urgencias psiquiátricas*. Madrid: Elsevier-Doyma.
- Bertolín-Guillén, J.M., tutor. (2010). Alcoholismo y otras adicciones: aspectos éticos y médico-legales. En: *Manual del residente de psiquiatría*. Tomo II. Madrid: EneLife Publicidad S.A. y Editores. p. 1097-1103.
- Bertolín-Guillén, J.M. (2015). Nosotaxia de las llamadas «adicciones conductuales». *Revista Española de Drogodependencias*, 40(4), 30-33.
- Bertolín-Guillén, J.M. y Cuevas, J. (2016). A propósito del cuadragésimo aniversario de la edición ininterrumpida de la Revista Española de Drogodependencias (1976-2016). *Revista Española de Drogodependencias*, 41(2), 5-9.
- Bobes, J.; Casas, M. y Gutiérrez, M., editores. (2011). *Manual de trastornos adictivos*. 2ª ed. Madrid: Adamed.
- el-Guebaly, N. (2004). Concurrent substance-related disorders and mental illness: the North American experience. *World Psychiatry*, 3(3), 182-187.
- McMillan, J.; Lawn, S. y Delany-Crowe, T. (2019). Trust and Community Treatment Orders. *Frontiers in Psychiatry*. [publicado antes de imprimir]
- Rubio, G.; López-Muñoz, F.; Álamo, C. y Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez-Sánchez, J.A., coordinador. (2018). *Medicina legal y forense*. Tomos I y II. 2ª ed. Madrid: Tirant lo Blanch.