

Más allá del tratamiento: **acompañar** procesos de **cambio** en personas con trastorno **mental** asociado

“Las personas no son sus diagnósticos”, principio central del enfoque de recuperación en salud mental (Anthony, 1993).

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas reconocer sus capacidades, afrontar las tensiones habituales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad (World Health Organization, 2004). Esta definición sitúa la salud mental en un continuo donde convergen dimensiones emocionales, psicológicas y sociales.

Desde esta perspectiva, las adicciones no pueden entenderse como un problema exclusivamente relacionado con el consumo. Con frecuencia coexisten con otros trastornos mentales, configurando cuadros de elevada complejidad clínica. Esta coexistencia, denominada comorbilidad o patología dual, incrementa la complejidad terapéutica y ha reactivado el debate sobre su conceptualización y sus implicaciones organizativas (Szerman et al., 2017; Fernández-Artamendi et al., 2024).

Las personas afrontan simultáneamente las consecuencias del consumo y las derivadas de otros trastornos mentales, que influyen en la estabilidad emocional, el ritmo del proceso y la capacidad de sostener intervenciones prolongadas, con impacto también en el entorno familiar y relacional. Esta situación compromete la adherencia y continuidad terapéutica, reforzando la necesidad de respuestas integradas y sostenidas (Drake et al., 2020).

Durante años, la atención se organizó en redes diferenciadas de salud mental y adicciones, con escasa coordinación, lo que favoreció derivaciones reiteradas y dificultades de acceso, fenómeno descrito como “síndrome de

la puerta equivocada” (Szerman et al., 2017). En el ámbito internacional se ha señalado la necesidad de modelos integrados y definiciones estandarizadas que reduzcan fragmentación y estigma (Szerman et al., 2022).

Ante este escenario, desarrollar modelos integrados que aborden de forma conjunta la adicción y la salud mental se ha convertido en una necesidad, incorporando de manera estructural las dimensiones clínica, psicológica y social en un mismo dispositivo asistencial (Mueser et al., 2003).

La respuesta de Proyecto Hombre Salamanca ante la creciente presencia de personas con trastorno por uso de sustancias y salud mental asociado se ha construido de manera progresiva, a partir de la experiencia y la evaluación continua del propio recurso.

En 2010 se inició una etapa de especialización dentro del modelo existente. Se incorporó una mayor diferenciación en la intervención con personas que presentaban sintomatología psiquiátrica relevante. Este primer paso no supuso aún una estructura independiente, pero sí un cambio significativo en la práctica profesional: mayor coordinación con psiquiatría y medicina,

seguimiento farmacológico más estructurado, ajustes metodológicos en el trabajo grupal y adaptación de ritmos y niveles de exigencia.

En 2011 esta evolución se concretó en la puesta en marcha de una Comunidad Terapéutica específica orientada a personas con patología dual, que se denominó “Programa Timón”. Compartía entorno con personas con problemas de alcohol, pero contaba con un planteamiento metodológico propio, ajustado a perfiles de mayor vulnerabilidad clínica. Esta etapa permitió consolidar una base técnica sólida en la intervención con comorbilidad, reforzando el seguimiento individualizado y la supervisión psiquiátrica.

Con el tiempo, la coexistencia de dispositivos diferenciados mostró también algunas limitaciones. La segmentación dificultaba transiciones fluidas entre perfiles, reducía la flexibilidad interna del recurso. Además, podía reforzar la percepción de circuitos paralelos en función del diagnóstico, generando dinámicas de diferenciación y comparación poco compatibles con la cohesión comunitaria.

Tras un proceso de revisión interna, en 2018 se decidió reorganizar el modelo. Las estructuras existentes se integraron en una única Comunidad Terapéutica con dos líneas de intervención adaptadas a diferentes niveles de apoyo, pero enmarcadas en un mismo espacio comunitario y bajo principios compartidos.

Este cambio permitió mantener la especialización desarrollada desde 2010 dentro de un mismo

entorno comunitario, evitando separar a las personas en circuitos diferentes según su diagnóstico. El criterio dejó de basarse exclusivamente en una categoría diagnóstica y pasó a centrarse en las necesidades concretas, la estabilidad clínica y el momento evolutivo de cada persona. Además, la integración facilitó el tránsito entre líneas sin necesidad de derivaciones externas.

Desde esta reorganización, la Comunidad Terapéutica ha atendido a más de 100 personas dentro de esta línea especializada (Línea Huertas). Esta línea se caracteriza por una mayor adaptación metodológica a las características personales, clínicas y cognitivas, incorporando objetivos y ritmos ajustados a cada proceso.

Entre 2019 y 2025 se registraron 771 atenciones en la Comunidad Terapéutica. De ellas, 349 correspondieron a personas con trastorno mental diagnosticado, mientras que 147 atenciones se realizaron dentro de la línea especializada.

La diferencia entre el porcentaje total de personas con trastorno mental y el porcentaje ubicado en la línea especializada es significativa. En 2019, por ejemplo, la línea Huertas representó el 25,2% de las atenciones, mientras que el 37,4% del total correspondía a personas con trastorno mental diagnosticado. Este patrón se mantiene en los años posteriores, lo que confirma que una parte importante de las personas con necesidades de salud mental puede ser atendida en la línea general cuando su estabilidad lo permite, sin necesidad de estructuras diferenciadas adicionales.

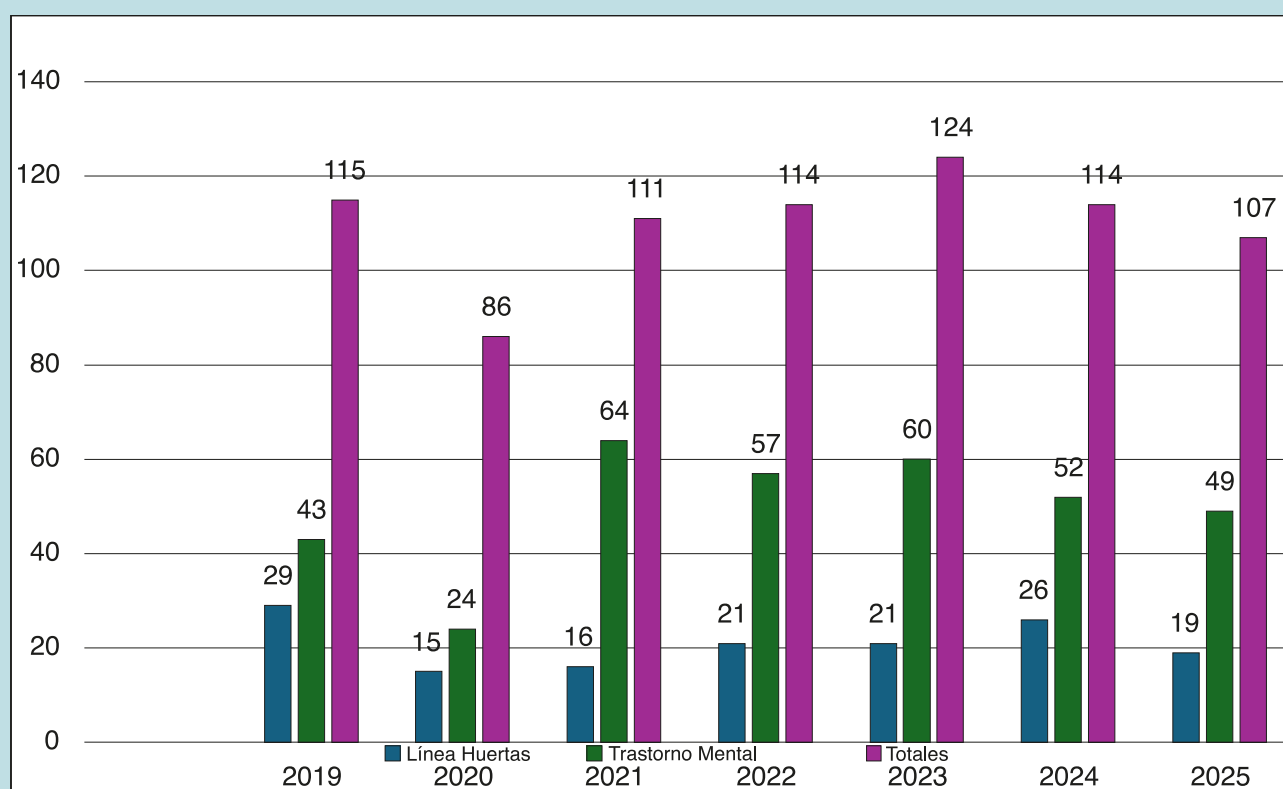


Gráfico 1. Distribución de atenciones.

Fuente elaboración propia a partir de registros internos de Proyecto Hombre Salamanca (2019-2025)

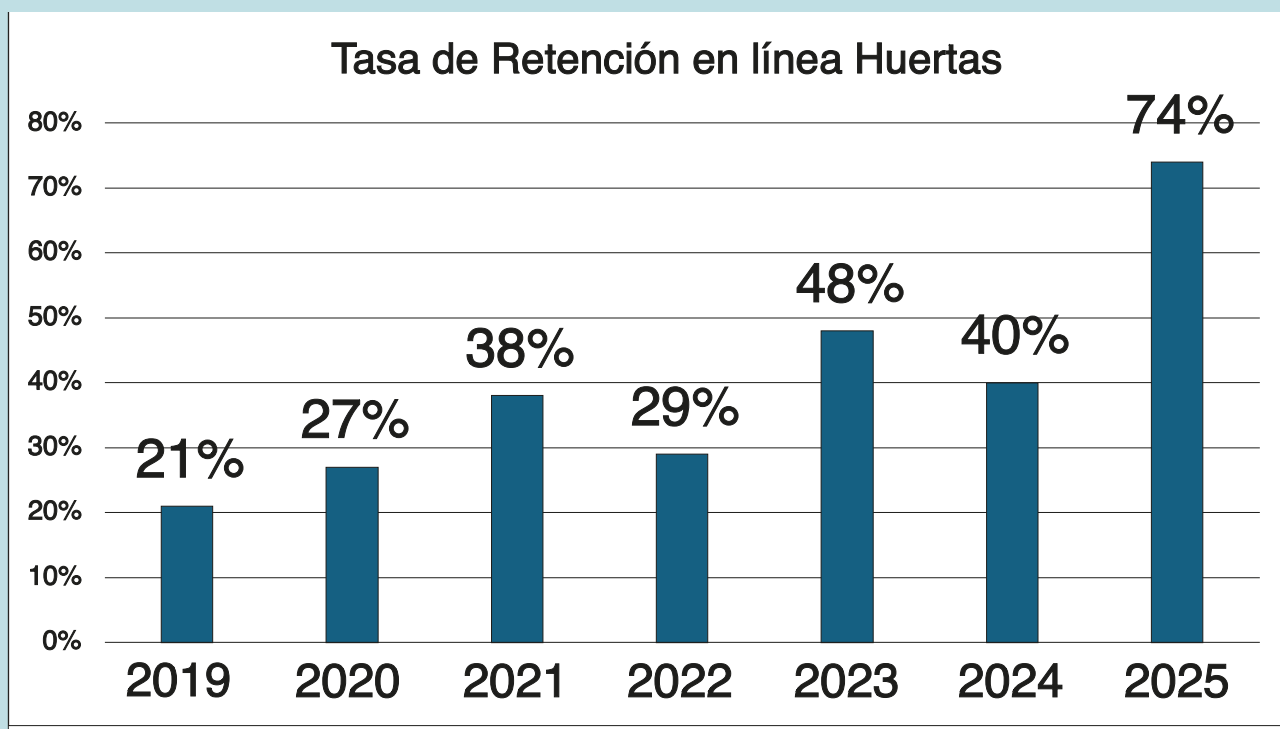


Gráfico 2. Evolución de la tasa de retención

Fuente elaboración propia a partir de registros internos de Proyecto Hombre Salamanca (2019-2025)

Estos datos muestran que la organización no se estructura únicamente en función del diagnóstico, sino del nivel de apoyo que cada persona necesita en cada momento. La línea especializada concentra a quienes requieren mayor adaptación educativa y terapéutica, mientras que la atención a la salud mental forma parte del trabajo transversal de todo el recurso.

La tasa de retención en la línea Huertas ha mostrado una evolución positiva, pasando del 21% en 2019 al 74% en 2025 (véase Gráfico 2). Aunque existen oscilaciones interanuales, la tendencia general indica una mejora significativa en la permanencia dentro del proceso terapéutico.

Esta evolución sugiere que la posibilidad de ajustar niveles de apoyo, ritmos y objetivos dentro de un mismo entorno comunitario

constituye un factor clave para reducir abandonos prematuros. La integración organizativa no solo ha permitido atender mayor complejidad, sino también sostener mejor los procesos en el tiempo.

La intervención se estructura como un modelo biopsicosocial integrado que combina dimensión psicológica, educativa, trabajo con el sistema familiar, seguimiento médico-psiquiátrico y convivencia comunitaria, articulados de forma coordinada en las dimensiones clínica, psicológica, educativa, familiar y social. Este enfoque se alinea con la conceptualización contemporánea de la Comunidad Terapéutica como dispositivo sociopsicológico estructurado (De Leon y Unterrainer, 2020).

La existencia de dos líneas dentro de la misma Comunidad Terapéutica no implica recursos separados, sino formas de intervención adaptadas a las necesidades de cada persona. Ambas comparten estructura y valores, pero ajustan ritmos y objetivos según el nivel de apoyo requerido.

La línea general se orienta a personas que, aun presentando sintomatología asociada, mantienen estabilidad suficiente para seguir el ritmo habitual del programa. La línea especializada incorpora mayor estructuración de tareas, acompañamiento individual más frecuente y contenidos psicoeducativos específicos en salud mental.

El proceso integra una vertiente terapéutica centrada en el seguimiento individual y la estabilidad emocional, una dimensión educativa y comunitaria basada en la convivencia y la asunción de responsabilidades, y un trabajo familiar estructurado dentro del propio modelo de intervención. La familia forma parte del proceso de cambio, no solo como red de apoyo de la persona en tratamiento, sino como sistema que también precisa orientación profesional y procesos de reajuste propios. Este abordaje se desarrolla mediante espacios formativos y entrevistas individuales, orientados a fortalecer su capacidad de acompañamiento y favorecer su estabilidad y bienestar.

En este marco integrado, el trabajo médico, psiquiátrico y de enfermería constituye un pilar estructural del modelo, con el mismo rango funcional que el resto de las dimensiones del proceso, con participación activa en la evaluación inicial, la planificación terapéutica y la toma de decisiones clínicas compartidas, incorporado plenamente a la dinámica comunitaria y no como un servicio externo o complementario. La atención sanitaria se desarrolla dentro de la propia Comunidad Terapéutica,

en coordinación permanente con el equipo terapéutico. Esta articulación permite realizar valoraciones clínicas continuadas, ajustar tratamientos cuando es necesario y acompañar la evolución psicopatológica sin desvincularla del proceso comunitario.

La observación diaria, el seguimiento de la estabilidad emocional y la identificación de posibles cambios en el estado conductual se abordan de manera coordinada entre los distintos perfiles profesionales. Esta mirada compartida favorece decisiones consensuadas, evita intervenciones fragmentadas y refuerza la coherencia del acompañamiento.

La planificación del proceso se articula a través del Plan Terapéutico Individualizado (PTI), que constituye la herramienta central de organización del itinerario de cada persona. El PTI se elabora tras una evaluación inicial conjunta y recoge los objetivos prioritarios, las áreas de intervención, los apoyos necesarios y los indicadores de seguimiento.

Este plan integra los objetivos vinculados a la recuperación en adicciones con aquellos relacionados con la estabilidad emocional y la salud mental. No es un documento estático, sino un instrumento dinámico que se revisa periódicamente en equipo, ajustando metas y estrategias en función de la evolución.

El PTI facilita además el tránsito entre líneas cuando el proceso lo requiere. La persona no cambia de programa, sino que adapta su nivel de apoyo dentro de una estructura común, manteniendo continuidad y coherencia en la intervención. Su participación en la definición y revisión del plan refuerza la corresponsabilidad y el compromiso con el cambio.

La intervención se orienta a favorecer procesos de cambio sostenibles, integrando la dimensión clínica, educativa y social en un mismo itinerario.

Un primer objetivo es promover la integración progresiva en la comunidad, facilitando la adquisición de hábitos de vida saludables, la estructuración del tiempo y la asunción gradual de responsabilidades. Este proceso contribuye al fortalecimiento de la autonomía personal y a la reconstrucción de la identidad más allá del consumo y del diagnóstico.

De forma paralela, se trabaja el aumento de la conciencia de problema tanto en relación con la adicción como con las necesidades de salud mental asociadas. La psicoeducación y el acompañamiento individual permiten comprender los propios procesos emocionales, identificar señales de alerta y favorecer la adherencia al tratamiento cuando está indicado.

Otro objetivo central es el desarrollo de estrategias de regulación emocional y afrontamiento adaptativo. Muchas de las personas atendidas presentan dificultades en la gestión del malestar, impulsividad o desorganización conductual. El trabajo individual y grupal facilita el aprendizaje de habilidades para afrontar conflictos, tolerar la frustración y mejorar la toma de decisiones.

La intervención también busca fortalecer las competencias sociales, familiares y relacionales, reduciendo el aislamiento y favoreciendo la construcción de redes de apoyo saludables. La convivencia comunitaria se convierte en un espacio privilegiado para ensayar nuevos modos de relación y consolidar aprendizajes en situaciones reales.

Finalmente, se presta especial atención a la planificación de la continuidad tras la estancia en la Comunidad Terapéutica. La vinculación progresiva con recursos externos y la preparación anticipada de la salida permiten reducir el riesgo de recaída y favorecer la estabilidad a medio y largo plazo.

Estos objetivos se adaptan en función del nivel de apoyo requerido en cada momento. En la línea especializada se prioriza la estabilización emocional y la consolidación de habilidades básicas de autocuidado. En la línea general se avanza hacia mayores niveles de autonomía funcional y reinserción social. En ambos casos, el eje sigue siendo el acompañamiento personalizado dentro de un marco comunitario común.

La intervención con personas con problemas de adicción y necesidades de salud mental asociadas requiere coordinación entre dispositivos sanitarios y sociales. La fragmentación asistencial constituye un riesgo claro de discontinuidad en los procesos terapéuticos.

En el modelo actual, la coordinación no se limita al trabajo en red externo, sino que se inicia dentro del propio recurso. El equipo médico-psiquiátrico y de enfermería forma parte activa de la Comunidad Terapéutica, participando en la planificación del proceso, la evaluación de riesgos clínicos y la toma de decisiones terapéuticas compartidas con el resto del equipo interdisciplinar. Esta integración interna facilita un abordaje coherente y evita duplicidades o contradicciones tanto en la intervención como en el ajuste del tratamiento farmacológico.

La Comunidad Terapéutica mantiene, además, coordinación con los servicios públicos de salud mental, atención primaria y servicios sociales, así como con otros recursos de con-

tinuidad asistencial. Esta articulación permite compartir información relevante, ajustar tratamientos y planificar conjuntamente las distintas fases del proceso.

La presencia del equipo sanitario dentro del recurso facilita ajustes farmacológicos ágiles y seguimiento clínico continuado, reduciendo el riesgo de descompensaciones no detectadas. A su vez, la planificación anticipada de la salida y la vinculación progresiva con recursos externos favorecen transiciones acompañadas y sostenibles.

Persisten desafíos estructurales, especialmente en la disponibilidad de recursos externos de salud mental, lo que obliga a reforzar la coordinación y la planificación para sostener procesos complejos sin generar interrupciones innecesarias.

La evolución del modelo ha permitido constatar que la especialización no requiere necesariamente estructuras segregadas. La experiencia demuestra que es posible atender perfiles de mayor complejidad clínica dentro de un marco comunitario compartido, siempre que exista flexibilidad metodológica, coordinación interdisciplinar y coherencia organizativa.

Uno de los aprendizajes más relevantes es que el diagnóstico no puede convertirse en el eje organizador de la intervención. La experiencia ha demostrado que la estabilidad clínica, el nivel de funcionamiento y el momento vital ofrecen referencias más ajustadas para determinar el tipo de apoyo necesario. Esta perspectiva desplaza el foco desde la etiqueta diagnóstica hacia las capacidades y necesidades reales de la persona, favoreciendo procesos más flexibles y ajustados a la evolución individual.

La integración interna ha tenido también un impacto cultural en el equipo. La salud mental dejó de entenderse como un ámbito específico circunscrito a una línea concreta y pasó a formar parte estructural del enfoque clínico-comunitario del recurso. Esta transformación ha favorecido mayor cohesión profesional, respuestas más ajustadas ante situaciones complejas y una mirada menos fragmentada sobre las personas atendidas.

Otro aprendizaje significativo se relaciona con la permanencia en el proceso. La posibilidad de modular apoyos sin romper el marco comunitario ha contribuido a reducir abandonos prematuros y a sostener itinerarios más prolongados. En personas con experiencias previas de discontinuidad asistencial, la estabilidad del entorno, la implicación familiar y la coherencia en la intervención resultan factores protectores determinantes.

Por último, la experiencia confirma que los modelos comunitarios pueden constituir espacios idóneos para acompañar procesos complejos cuando combinan estructura, flexibilidad y coordinación sanitaria integrada. No obstante, el contexto externo sigue planteando desafíos, especialmente en lo relativo a la continuidad en recursos de salud mental, lo que refuerza la necesidad de fortalecer el trabajo en red.

En conjunto, el aprendizaje principal es organizativo y metodológico: integrar no significa diluir la especialización, sino redistribuirla dentro de un marco inclusivo que prioriza las necesidades reales de cada persona sobre la categoría diagnóstica.

La experiencia desarrollada en Proyecto Hombre Salamanca muestra que la atención a personas con problemas de adicción y necesidades de salud mental asociadas exige una organización capaz de integrar y adaptar sin fragmentar.

La evolución desde una diferenciación estructural hacia un modelo comunitario integrado ha permitido mantener la especialización técnica desarrollada durante años, evitando circuitos paralelos de atención. La intervención deja de centrarse exclusivamente en el diagnóstico y se orienta a las necesidades concretas, la estabilidad clínica y el momento evolutivo de cada persona.

Este modelo demuestra que la Comunidad Terapéutica puede configurarse como una estructura asistencial biopsicosocial completa, capaz de integrar de forma coherente la intervención sanitaria, psicológica, educativa y social. La incorporación de la dimensión sanitaria y la reorganización interna no han supuesto una medicalización del recurso, sino una ampliación de su capacidad de respuesta dentro del marco comunitario.

Los resultados observados en términos de permanencia sugieren que la posibilidad de ajustar niveles de apoyo dentro de un mismo entorno comunitario favorece la adherencia y reduce discontinuidades. La coordinación entre los equipos médico-psiquiátrico, psicológico y educativo, articulada a través del Plan Terapéutico Individualizado, refuerza la coherencia del acompañamiento y contribuye a sostener procesos complejos.

Más allá de la permanencia en el tratamiento, la experiencia sugiere que este modelo favorece procesos de recuperación más estables y sostenidos en el tiempo. La integración coordinada de las dimensiones sanitaria, psicológica, educativa, familiar y comunitaria permite no solo mantener a la persona en el recurso, sino acompañarla en la mejora de su funcionamien-

to personal, relacional y social, elementos esenciales para una recuperación real y significativa.

En un contexto donde la fragmentación asistencial continúa siendo un reto relevante en la atención a la comorbilidad, la experiencia presentada evidencia que la integración organizativa interna puede convertirse en una estrategia eficaz y transferible a otros recursos comunitarios de la red Proyecto Hombre y del ámbito sociosanitario.

Integrar no implica homogeneizar los procesos ni diluir la especialización. Supone adaptar la intervención a la singularidad clínica, psicológica y social de cada persona.

Bibliografía

