



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 3

Septiembre de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.03.6>

# BARRERAS Y FORTALEZAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL EN MÉXICO

Carel Adriana Sabines Tirado<sup>1</sup>, Marcela Tiburcio Sainz<sup>2</sup>, Shoshana Berenzon Gorn<sup>3</sup> e Ingrid Vargas Huicochea<sup>4</sup>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

La patología dual, es la asociación entre trastornos por uso de sustancias y trastornos mentales (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). Por sus características, tiende a incrementar la severidad de problemas sociales, lo que genera presión política en su atención (Kessler, et al., 2008). En México, se estima que el primer nivel de atención recibe entre el 70 y 80% de esta población (Secretaría de Salud, 2015), por lo que el objetivo de este estudio fue explorar la percepción que los mandos medios y altos de los centros de atención especializados en adicciones (director, coordinadora y jefes de unidad) tienen sobre la implementación de políticas públicas en la atención de la patología dual en modalidad ambulatoria, identificando las barreras y fortalezas en la infraestructura y funcionamiento institucional. Para ello, se realizó un

<sup>1</sup> Estudiante de Doctorado. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. [carelst10@hotmail.com](mailto:carelst10@hotmail.com) <https://orcid.org/0009-0009-5358-7670>

<sup>2</sup> Jefa del departamento de Ciencias Sociales en Salud. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [tibsam@inprf.gob.mx](mailto:tibsam@inprf.gob.mx) <https://orcid.org/0000-0001-7548-7800>

<sup>3</sup> Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [berenzsho@gmail.com](mailto:berenzsho@gmail.com) <https://orcid.org/0000-0002-9009-5255>

<sup>4</sup> Profesor titular de carrera y Coordinadora de Investigación. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. [dra.vargashuicochea@yahoo.com.mx](mailto:dra.vargashuicochea@yahoo.com.mx) <https://orcid.org/0000-0002-9221-3139>

estudio cualitativo exploratorio mediante un cuestionario de datos sociodemográficos y entrevistas semiestructuradas en cuatro unidades con mandos medios y superiores con mínimo un año de experiencia. Para las entrevistas, se realizó un análisis temático, empleando dos categorías preliminares: (1) barreras, fortalezas y necesidades para la atención y (2) percepciones entorno a políticas públicas para la atención de patología dual. Participaron 6 personas: 1 Director, 1 Coordinador y 4 Jefaturas. Los datos sugieren áreas de oportunidad para la implementación de políticas públicas exitosa. Se resalta la pertinencia de sensibilizar al personal respecto al trabajo que desempeñan, además de brindar más capacitaciones.

**Palabras clave:** Patología dual, salud mental, implementación, políticas de drogas, atención primaria.

## BARRIERS AND STRENGTHS TO IMPLEMENTING PUBLIC POLICIES FOR DUAL PATHOLOGY CARE IN MEXICO

### ABSTRACT

Dual pathology, defined as the co-occurrence of substance use disorders and mental disorders, presents a complex clinical and social challenge. This complexity exacerbates social issues and generates political pressure to ensure appropriate care. In Mexico, estimates suggest that primary healthcare services reach 70-80% of individuals with these conditions; however, substance use disorders and mental disorders are often treated separately. This study aimed to explore the perceptions of mid and high-level staff at specialized outpatient addiction treatment centers regarding the implementation of public policies for individuals with dual pathology. Additionally, it sought to identify institutional barriers and strengths related to infrastructure and operational processes. This exploratory qualitative study used a sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews with personnel from four treatment centers. Participants had at least one year of professional experience in their respective roles. Thematic analysis was applied, guided by two preliminary categories: (1) barriers, strengths, and needs in service delivery, and (2) perceptions regarding public policies for the care of dual pathology. Six participants, including one Director, one Coordinator, and four Unit Chiefs, were interviewed. The findings reveal significant opportunities for improving the implementation of public policies, such as raising staff awareness about the importance of their roles and expanding training opportunities to strengthen institutional capacities. The study highlights the importance of addressing organizational and structural factors in implementing public policies for dual pathology care. Enhancing staff engagement and professional development is a critical strategy for improving service delivery in outpatient settings.

**Keywords:** Dual diagnosis, mental health, implementation, drug policies, primary health care.

El término “patología dual” se emplea, para identificar a las personas que sufren de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno mental. Estos problemas pueden presentarse de forma simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital. Hay varias razones potenciales para este doble diagnóstico; como los factores de riesgo comunes, las características hereditarias, los entornos sociales adversos, el trauma y el estrés (Szerman, 2017).

En México, la problemática descrita previamente presenta características particulares, ya que un porcentaje significativo de pacientes recibe atención en servicios especializados independientemente de la gravedad del trastorno. Esto no solo incrementa los costos de tratamiento, sino que también amplía la brecha en la atención (Organización Mundial de la Salud, 2011). Además, los servicios de atención tienden a estar fragmentados, tratando los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias como entidades separadas con limitada coordinación o integración institucional (Medina-Mora y Berenzon, 2005), por lo que es posible que los servicios clínicos y las políticas públicas actuales no estén adecuadamente diseñados para abordar la patología dual.

La separación en los servicios de salud mental se hace evidente cuando se analiza la estructura del sistema de salud especializado en adicciones que, hasta hace poco, estaba organizado en tres diferentes esquemas de atención. El primer esquema estaba representado por el sector público, con centros de atención ambulatoria pertenecientes a la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), clínicas de atención ambulatoria privadas y unidades de tratamiento hospitalario, como hospitales psiquiátricos, institutos y unidades de hospitalización, pertenecientes a Centros de Integración Juvenil (CIJ).

El segundo esquema de servicios de tratamiento para las personas con trastornos por uso de sustancias estaba representado por los servicios profesionales de salud privados, que incluían clínicas residenciales especializadas y servicios de consulta ambulatoria (Marín-Navarrete, et al., 2014).

El tercer esquema de servicios se componía por la atención residencial constituida por unidades residenciales públicas, unidades de CIJ y fundamentalmente, de grupos de ayuda mutua derivados de la filosofía o enfoque

de Alcohólicos Anónimos (AA) en modalidad residencial (Secretaría de Salud y Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2019).

En cuanto a los servicios de atención de la salud mental, existían dos instancias nacionales: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) que definía la política y estrategias nacionales en atención, prevención y rehabilitación de trastornos mentales, y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) que coordinaba servicios especializados, establecía vínculos, participaba en normas oficiales y desarrollaba instrumentos normativos (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Secretaría de Salud, 2011). El sistema de salud mental de México incluía diversos establecimientos, como centros ambulatorios, “casas de medio camino” (unidades de tratamiento diurno), unidades psiquiátricas en hospitales generales, centros residenciales comunitarios, hospitales psiquiátricos y establecimientos forenses.

Por otra parte, en un esfuerzo por regular la operación, infraestructura y acreditación de personalidad jurídica, de estos centros de tratamiento con estricto apego a derecho; han surgido documentos como:

- Artículo 27 de la Ley General de Salud: para los efectos del derecho a la protección de la salud, se debe considerar como servicio básico a la salud mental (Ley General de Salud, 2017).
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones: establecía los procedimientos y criterios para el enfoque y atención integral y sistémica de todo a lo que a las adicciones se refiere (Diario Oficial de la Federación, 2009). Estuvo vigente hasta el 2023, que fue derogada.

Como se podrá observar, separar los servicios clínicos de las normatividades que los regulan resulta imposible, especialmente si se considera que la relación entre políticas públicas sobre consumo de sustancias y enfermedad mental, servicios clínicos (intervenciones) y experiencias de los usuarios, es indivisible. La patología dual, por lo tanto, debe ser considerada como un fenómeno integral; en el cual los tres factores (políticas, servicios y experiencias) pueden favorecer u obstaculizar que un usuario acuda a tratamiento.

Actualmente, en la Secretaría de Salud se desarrolló una iniciativa para la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), con la fusión del Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), a fin de reestructurar el sistema de salud mental, atender las necesidades de la población, reducir la brecha de atención y combatir el estigma (Diario Oficial de la Federación, 2016). Este proyecto promueve una visión integral que incluye el consumo de sustancias como parte de los problemas de salud mental y enfatiza el tratamiento temprano, dado que solo una de cada cinco personas recibe atención oportuna y adecuada (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Secretaría de Salud, 2011; Marín-Navarrete, et al., 2014).

Si bien se prevé que esta nueva estructura de los servicios redunde en un mejor abordaje de los problemas de salud mental, la patología dual entre ellos; su implementación impone diversos retos que deben analizarse a fin de proponer estrategias que contribuyan a lograr un proceso exitoso.

Diferentes modelos teóricos tratan de explicar el proceso de implementación de una política pública de salud, entre ellos el Marco de Referencia Consolidado para la Investigación en Implementación (CFIR, por sus siglas en inglés) (Damschroder, et al., 2009) que comprende dominios como la política pública, el escenario interno y externo, los sujetos involucrados y el procedimiento mediante el cual se está realizando la implementación; estos dominios interactúan entre sí e influyen en la efectividad de la implementación. Por otro lado, Mazmanian y Sabatier (1983) proponen que es necesario evaluar variables como dificultades técnicas, coordinación entre instituciones y el tipo de liderazgo de los actores antes y después del proceso de implementación para identificar las fortalezas y las áreas de oportunidad a nivel regional, estatal y federal.

Finalmente, Greene, et al., (2018) formularon el modelo “Exploración, Preparación, Implementación y Sustentabilidad” (EPIS, por sus siglas en inglés), que identifica factores internos como insuficiencia de recursos materiales, capacitación deficiente en los operadores del servicio e incapacidad por parte de la

institución de actualizarse respecto a las necesidades de la población que atiende; y factores externos como poca voluntad política para priorizar y proveer servicios de tratamiento y criminalización y estigma hacia la población blanco. El proceso de implementación inicia cuando se detecta un área de oportunidad en la prestación de servicios (fase de exploración), seguido de la decisión de adoptar una intervención basada en evidencia (fase de preparación), la introducción de la nueva estrategia (fase de implementación) y el mantenimiento de los beneficios de la implementación de la nueva estrategia (fase de sustentabilidad). Por su estructura, este modelo se ha empleado para explicar procesos de implementación de intervenciones para reducir y/o eliminar el consumo de sustancias en países que se encuentran en conflicto armado (Powell y Beidas, 2016; Aarons, et al., 2011).

Este modelo teórico fue considerado como el fundamento de esta investigación porque retoma variables como el alcance de servicios, características de los recursos humanos, limitaciones operativas, políticas públicas y cambios de gobierno; elementos que se encuentran reportados en la literatura como posibles áreas de oportunidad en México, y elementos relevantes en procesos de implementación de políticas públicas de salud mental (Comisión Nacional Contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2011; Morales y Martín del Campo, 2017; Martínez, Jiménez, Félix y Morales, 2018).

Por otra parte, aunque en México se han hecho constantes mejoras, algunos estudios sugieren que aún hay mucho por hacer, por ejemplo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación relacionados con temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en primer nivel es menor al 15%, lo cual es bajo comparando con otros países (Organización Mundial de la Salud, et. al., 2011). Asimismo, existen problemas de coordinación y planificación que llevan al uso subóptimo de los escasos recursos destinados a la salud mental (Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano y Galvan-Reyes, 2018).

Paralelamente, el personal de los centros de atención primaria en adicciones se enfrenta a diferentes necesidades y retos que no han sido reportados por completo en la literatura (Gómez et al., 2018); por lo que dar voz a las personas que

operarán un proceso de implementación no sólo permitirá detectar las características de la oferta de atención, sino que hará visible el fenómeno de la patología dual en el contexto de centros de atención primaria, haciendo posible realizar un pronóstico sobre los resultados del proceso de implementación a corto, mediano y largo plazo (Huberman, 1994; Cheney, et al., 2017; Thunus, et al., 2019; Triliva, et al., 2020).

El objetivo de este estudio, por lo tanto, es explorar la percepción que los mandos medios y altos de los centros de atención especializados en adicciones (director, coordinadora y jefes de unidad) tienen sobre la implementación de políticas públicas en la atención de la patología dual en modalidad ambulatoria, identificando las barreras y fortalezas en la infraestructura y funcionamiento institucional. La información obtenida permitirá identificar si los establecimientos ambulatorios de primer nivel serán capaces de responder a la próxima implementación de la política pública federal respecto a la fusión de salud mental y adicciones además de que profundizar en la perspectiva de los participantes puede favorecer a una mejor comprensión del fenómeno desde quienes lo experimentan.

## MÉTODO

Esta investigación cualitativa empleó una aproximación fenomenológica para conocer el punto de vista de los mandos medios y altos de centros de atención a las adicciones respecto a las políticas públicas que regulan los servicios de atención de patología dual. El estudio se llevó a cabo en cuatro unidades de atención ambulatoria pertenecientes a una institución especializada en el tratamiento del consumo de sustancias del Estado de México. Estas unidades fueron seleccionadas a través de un muestreo de casos extremos; es decir, se eligieron casos (unidades) con cualidades especiales o diferentes a las del grupo en general (en este caso, productividad; esperando aprender sobre el fenómeno de interés a partir de manifestaciones poco habituales (Pineda, et. al., 1994). En este caso, se realizó el proceso de selección considerando el cumplimiento de metas federales de acuerdo con la Comisión Nacional Contra las Adicciones; para conocer los retos a los cuales se enfrentan las unidades observando los casos más radicalmente opuestos.



No está de más mencionar, que el Estado de México es la entidad federativa con más unidades de atención ambulatoria en toda la República (35 unidades), cabe destacar que la demanda de tratamiento de 2013 a 2018 la ubica por encima del promedio nacional en casi todas las sustancias y ocupa la décima posición en cuanto al número de casos de patología dual en todo el país (Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones, 2019).

**Participantes.** Las entrevistas se realizaron con un director, un coordinador estatal y cuatro jefes de unidades de atención ambulatoria. Se consideraron como criterios de inclusión: trabajar en las unidades seleccionadas y tener experiencia de mínimo un año. Como único criterio de exclusión se consideró que tuvieran menos de un año trabajando en las unidades seleccionadas.

**Instrumentos.** La información sobre las características demográficas de los participantes, formación académica, antigüedad y funciones en la institución se recolectó a través de un cuestionario en línea; para responderlo, los participantes debían otorgar su consentimiento de participación en el estudio. Este cuestionario, además, incluyó preguntas referentes a datos de las unidades que dirigen y algunas opiniones sobre sus funciones.

Para indagar las percepciones de los participantes respecto a las políticas públicas en materia de patología dual se realizaron entrevistas semiestructuradas focalizadas, lo que implica una combinación de profundidad y flexibilidad de las entrevistas no estructuradas con la dirección y puntualización de las entrevistas estructuradas (Taylor y Bogdan, 2000). Para ello, se construyó una guía de entrevista como instrumento de apoyo a partir de las variables que Greene, Kane, Khoshnood, Ventevogel y Tol (2018) proponen para el modelo de “Exploración, Preparación, Implementación y Sustentabilidad”, y que la literatura en México reporta como relevantes en los servicios clínicos de primer nivel de atención (Secretaría de Salud y Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2019). De esta forma, los temas que se exploraron son: a) características del servicio de atención; b) percepciones, conocimientos y creencias entorno a trastornos por consumo de sustancias, trastornos mentales y patología dual; c) detección, diagnóstico y referencia de trastornos por consumo de sustancias, trastornos mentales y



patología dual; d) barreras, fortalezas y necesidades para la atención; e) percepción en los servicios de atención y f) conceptos y percepciones entorno a políticas públicas.

Procedimiento. Como primer paso, se contactó a las autoridades de la institución para explicarles el proyecto, obtener su autorización y seleccionar las unidades de atención ambulatorias que participarían. Debido a las condiciones sanitarias ocasionadas por la pandemia de COVID-19, la invitación para el personal de las unidades de atención ambulatoria para participar en el proyecto se hizo vía Zoom.

Al término de dicha reunión se hizo llegar a los posibles participantes el enlace para acceder al consentimiento informado. En caso de aceptar, ese mismo enlace permitía continuar respondiendo el cuestionario de datos sociodemográficos y notificaba a la investigadora que era posible contactarlos para concertar una cita. Las entrevistas se realizaron a través de la plataforma Zoom y tuvieron una duración que osciló entre 90 y 180 minutos.

Análisis de datos. Para el análisis de la información, los temas de la guía de entrevista se emplearon como categorías preliminares, posteriormente se formaron unidades, categorías y patrones, con el fin de explicar contextos, situaciones, hechos y fenómenos (Berenzon, 2003). Con la finalidad de llevar a cabo este proceso, se construyó un libro de códigos que funcionó como una pauta para clasificar de una forma más clara las categorías previamente establecidas. En este trabajo se presenta únicamente la información referente a las categorías a) barreras, fortalezas y necesidades de atención; que incluía los obstáculos y facilidades que los entrevistados identificaban en la prestación de servicios de calidad a pacientes con trastornos mentales, trastornos por consumo de sustancias y patología dual; estos podían obedecer a la infraestructura, al marco legal, presupuesto o recursos humanos, además de carencias en la institución que afectan el cumplimiento de las funciones del personal; y b) percepciones entorno a políticas públicas para la atención de patología dual; que incluyó comentarios sobre las principales normas, leyes, reglamentos que rigen a las unidades ambulatorias y a las instituciones de salud mental, trastornos por consumo de sustancias y patología dual; además de

áreas de oportunidad (¿qué se puede mejorar para dar un mejor servicio?). También se incluyeron comentarios sobre la estructura de la institución, funcionamiento y organigrama, instituciones con las cuales se colabora y dependencias; y, por último, también se consideró dentro esta categoría, la opinión acerca de la fusión de salud mental con trastornos por consumo de sustancias.

Es importante destacar que las categorías incluidas en este estudio fueron seleccionadas debido a su capacidad para identificar con mayor precisión tanto las oportunidades de mejora como las ventajas en el proceso de implementación de políticas públicas. Esta selección se realizó considerando las particularidades del sistema de salud mexicano, con el objetivo de garantizar un análisis pertinente y aplicable a su contexto específico.

Por otra parte, a partir del cuestionario de datos sociodemográficos se llevó a cabo un análisis de frecuencias en las preguntas que así lo permitieron y en las que el estilo de la respuesta era abierto, la información se recopiló y se analizó de forma semejante a las entrevistas previamente realizadas.

Consideraciones éticas. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (CEI/C/065/2019) y por las autoridades de la institución participante. Antes de iniciar esta investigación se les informó a los candidatos los pormenores del estudio y se les pidió que firmaran un consentimiento informado en el cuestionario en línea para poder realizar las entrevistas vía remota a través de la plataforma Zoom, debido a la pandemia de COVID-19 (provocada por el coronavirus SARS-COV2) en México. Cabe resaltar que, para poder proceder con el proyecto en línea, se llevó a cabo una carta enmienda dirigida al Comité de Ética en Investigación, detallando cada una de las precisiones previamente señaladas. Por último, cabe resaltar que se aseguró la confidencialidad de la información y la participación en el estudio fue voluntaria.

## RESULTADOS

### Características de participantes

En la Tabla 1 se presentan las características de los participantes, la mayoría son egresados de universidades públicas donde cursaron licenciaturas en el área de la salud. En relación con su visión respecto a las razones por las cuales se solicita atención en las unidades que encabezan, la mayoría considera que la depresión y ansiedad son los diagnósticos más comunes, el alcohol y marihuana son las sustancias de consumo más frecuentes y consideran que entre el 50-80% de los pacientes que reciben padecen patología dual.

| No. | Sexo      | Edad | Escolaridad  | Antigüedad en el puesto |
|-----|-----------|------|--------------|-------------------------|
| 1   | Masculino | 47   | Posgrado     | 2 años                  |
| 2   | Femenino  | 36   | Licenciatura | 3 años                  |
| 3   | Femenino  | 48   | Licenciatura | 3 años                  |
| 4   | Femenino  | 29   | Licenciatura | 1 año                   |
| 5   | Masculino | 39   | Licenciatura | 2 años                  |
| 6   | Femenino  | 38   | Posgrado     | 10 años                 |

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.**

### Barreras para la atención de patología dual en centros de atención ambulatoria

En este rubro, el concepto “barrera” se entiende como todas aquellas limitaciones u obstáculos que el entrevistado(a) percibe para poder llevar a cabo su trabajo. Al respecto, se identificaron dos áreas relevantes: a) barreras atribuibles a características propias del sistema de salud y b) actitudes del personal operativo. En relación con barreras del sistema, se mencionaron factores como cambios de gobierno, una jerarquía institucional poco clara, falta de delimitación de funciones de cada institución perteneciente al sistema de salud, falta de instituciones a las cuales realizar referencias, instituciones que no reciben pacientes por cuestiones administrativas, el horario de servicio y cambios de adscripción constantes en el personal de contrato (ver Tabla 2).

En la segunda barrera, que se muestra en la Tabla 2, la actitud del personal; se percibe que los trabajadores que cuentan con sindicato manifiestan resistencia

a desempeñar funciones de reciente adquisición (Tribunales de Tratamiento) y funciones administrativas, falta de apego a procedimientos y Burnout.

| Subcategoría  | Extractos de Entrevistas  | Notas de Análisis   |
|---|---|---|
| Barreras atribuibles a características propias del sistema de salud | <i>"Yo me estoy enterando hace poco, que soy la octava jefa de esta unidad y pues ese otro centro lleva once igual, desde que entraron..."</i>  | Jefa de unidad, al cuestionarle sobre su experiencia profesional.<br><br>Características del código: Problemas relacionados a cambios de adscripción constantes en el personal de contrato. |
|   | <i>"Las unidades dependen del instituto de salud del estado, su jefe, tiene, tienen tres jefes, el jefe de juris la jurisdicción sanitaria que les pide diversos informes, diversas situaciones administrativas... tienen otro jefe, esta institución contra las adicciones, que les pide otras metas federales y estatales y tienen otro jefe, que se llama CONADIC, entonces... la gente que quiere buscar pretextos para no realizar acciones y escudarse en sus derechos laborales... pus dice cuando le conviene unos somos su jefe, y cuando no le conviene otros sus jefes..."</i> | Coordinadora estatal, al explicar obstáculos que el propio sistema impone a sus subalternos.<br><br>Características del código: Jerarquía institucional poco clara.                         |
|   | <i>"[El personal operativo] menciona que cuando ya quieren ellos referir a un tercer nivel, pus no... no los aceptan, no los quieren, etcétera, etcétera... por ser adictos, por estar intoxicados y demás"</i>   | Director, al cuestionarle sobre cuáles eran los principales desafíos para su institución.<br><br>Características del código: Dificultades para realizar referencias.                        |
| Actitud del personal  | <i>"Porque pues se les pide, se les pide llenar base de datos y demás, y pues quieren todo el día para llenar SICECA, para subir a SICECA toda su información, quieren todo el día para eh, que se llevan media hora en cada nota ¿no?... este tipo de comentarios..."</i>  | Jefa de unidad, expresando limitaciones al lidiar con el personal operativo sindicalizado.<br><br>Características del código: Falta de apego a procedimientos/Funciones administrativas.    |
|   | <i>"...Y los comentarios pueden ser tan variables como personas, entonces, sí creo en el agotamiento, en el desgaste en que puede generarse en el día a día y entonces podemos encontrarnos con personal que puede estar apático, con personal que puede estar en la ley del mínimo esfuerzo..."</i>  | Director y Coordinadora estatal, explicando limitaciones observadas en su personal a cargo.<br><br>Características del código: Burn out/Conflictos entre el                                 |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p><i>"Voy a una capacitación de TTA pero como mi horario es de ocho a cuatro y la capacitación es hasta las seis, necesito tiempo, tiempo pagado, tiempo hora extra, y si no me lo pagan pus no voy a la capacitación, o si las capacitaciones son en otro horario, que no sea en mi horario laboral, pus no acudo porque pus yo tengo otro trabajo..."</i></p> | <p>personal/Resistencia a desempeñar actividades administrativas.</p> |
|--|--|---|

Tabla 2. Barreras para la atención de patología dual en centros de atención ambulatoria.

### Fortalezas de la atención de patología dual en centros de atención ambulatoria

Fortalezas fue entendido como todo aquel factor que el participante consideraba como un facilitador para el desempeño de su trabajo; en este caso, se percibieron como principales elementos la experiencia del personal y que buscan compensar las carencias presupuestales y/o la ubicación geográfica de sus unidades (algunas de ellas se encuentran en zonas de difícil acceso). Esta compensación la realizan gestionando con instituciones ajenas al sector salud (municipio, autoridades escolares) o aportando de su propio bolsillo.

Los entrevistados, que se muestran en la Tabla 3, también mencionan como una fortaleza, los esfuerzos que las actuales autoridades a cargo realizan; destacando las capacitaciones de alta calidad, las constantes supervisiones y la apertura para establecer una línea de comunicación directa.

| Subcategoría              | Extractos de Entrevistas   | Notas de Análisis   |
|---------------------------|--|---|
| Fortalezas de la atención | <p><i>"Hay dos tres que están en zonas de muy difícil acceso, no les llega ni el internet, ni la línea telefónica, entonces pues no... no son, inclusive... pues accesibles para la gente ¿no? la gente que está en esos, en esas unidades la verdad es que hacen circo maroma y teatro, salen y gestionan con escuelas, este... con algunos ayuntamientos para poder acercar a la población; pero son de estas de estas unidades que acaban dando la atención, en los DIF, en los ayuntamientos, en las escuelas, porque a la gente le sale muy caro e inaccesible acudir a donde está físicamente la unidad"</i></p> | <p>Coordinadora estatal, respecto a cómo el personal operativo sindicalizado resuelve situaciones que el sistema no ha podido.</p> <p>Características del código: Gestión eficiente del presupuesto/Ubicación geográfica de sus unidades.</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p><i>"Entonces es la parte que el personal puede decir ¡híjole!, si no es por una donación que hace años tuvieron de hojas blancas, yo no sé qué hubiera hecho, porque hay otras unidades que era de poner de su bolsa, para sacar adelante el trabajo, aquí, reitero tuvieron esa donación, que la verdad yo llevo aquí un año y con hojas este por ejemplo ¿eh? hojas blancas sí, para el día a día, okey, pero llega el momento en el que no pus ahora las que tenemos las oficio, cámbialas, a ver qué escuela te las puede cambiar por blancas, porque entonces quién, quién mas ¿no?, quién más nos va proporcionar..."</i></p> |  |
|  | <p><i>"...en mi unidad trabajan solos... no se tiene que andar atrás de ellos... Eh... ellos creo que tienen una muy buena fortaleza: la estructura... creo que es muy buena.."</i></p>  | <p>Jefa de unidad, explicando cómo el vínculo con su personal a cargo ha marcado una diferencia en la productividad.</p> <p>Características del código:<br/>Experiencia del personal</p> |
|  | <p><i>"El año pasado tuvimos un foro de experiencias exitosas que organizó la subdirección de información y evaluación, donde invitamos al personal operativo a que precisamente compartieran con sus compañeros. También en un afán de motivarlos a esta parte de que vieran que su trabajo sí sirve y que si... tiene un impacto en la sociedad, en el municipio, en el estado"</i></p>  | <p>Director, comentando sobre lo que observa en el trabajo del personal a su cargo.</p> <p>Características del código:<br/>Esfuerzos de autoridades actuales</p>                         |

**Tabla 3. Fortalezas de la atención de patología dual en centros de atención ambulatoria.**

Necesidades para la atención de patología dual en centros de atención ambulatoria

Como necesidades, se consideró todo aquello que los participantes percibían como deficiencias o carencias en sus unidades o en las instituciones que los rigen. El personal entrevistado, mostrado en la Tabla 4, menciona como principal necesidad la falta de consultorios y espacios, la plantilla de trabajadores incompleta, la falta de suministro de material y la necesidad de actualizarse en materia de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.

| Subcategoría               | Extractos de Entrevistas   | Notas de Análisis   |
|----------------------------|--|---|
| Necesidades en la atención | <i>"No, esta unidad está mal... o sea, no tenemos agua, de hecho, nos quedamos sin agua en contingencia... pero pus bueno, ahí nos prestaron una bomba y más o menos ahí tenemos agua, eh... hay salitre... no está... de hecho no hay suficientes consultorios... aquí está muy pequeño... eh... se robaron material de administraciones pasadas... se han robado material... como pues muy descuidado..."</i>  | Jefa de unidad, al explicar las carencias existentes en su centro de atención.<br><br>Características del código:<br>Falta de recusos estructurales y materiales. |
|                            | <i>"...Igual o sea eh yo creo que la plantilla por ejemplo está muy, muy disparada, hay unidades que están super bien integrados ¿eh? con los que requieren y todo, pero hay otros centros que adolecen de mucho personal vamos primero como a lo cuantitativo ¿no?, en cuestión de número eh, yo creo que la mitad sí cumplen con... con lo que marca el manual de organización, solamente son como tres, eh que cumplen como con el setenta por ciento, son casi más de la mitad pero hay unidades que solo tienen al jefe del centro y a tres psicólogos ¿no? y eso pus sí dificulta mucho, hay unidades que está al revés la situación, tengo un centro que tiene tres apoyos administrativos y tiene dos psicólogos... este más personal operativo y menos administrativo, y al contrario hay quien no tiene apoyos administrativos y por eso el jefe padece tanto ¿no?, médicos solamente me parece son diez, de trabajadores sociales de igual forma, ¿no?... hay muy, muy pocos centros con la plantilla completa, es decir jefe, al menos un apoyo administrativo, eh dos o tres de psicología, trabajador social y médico ¿no?, eh son muy pocos los que tienen la plantilla completa"</i> | Coordinadora estatal, cuando ahondaba en las áreas de oportunidad de su institución.<br><br>Características del código:<br>Falta de recursos humanos              |

Tabla 4. Necesidades para la atención de patología dual en centros de atención ambulatoria.

Percepciones entorno a políticas públicas actuales para la atención de patología dual



En esta categoría, las personas entrevistadas percibieron que el sistema de salud necesita una reestructuración para que la implementación de atención a la patología dual pueda llevarse a cabo. Además, consideraron necesaria una actualización a las normatividades vigentes, al tiempo que asumieron necesitar más capacitación en el tema.

Como puede observarse en la Tabla 5, también contemplaron como un eje principal la necesidad de actualizar los actuales programas de tratamiento y que exista algún comunicado oficial que decrete que dentro de sus funciones ya se contempla la atención de trastornos mentales y no sólo de trastornos por consumo de sustancias en el marco de la fusión de salud mental con adicciones por parte del gobierno federal.

| Categoría   | Extractos de Entrevistas  | Notas de Análisis   |
|---|---|---|
| Percepciones entorno a políticas públicas actuales para la atención de patología dual | <i>"Y pareciera que es como en el antes y el después: en el antes, cuando se crearon las unidades y es como que el fuerte es hacia la prevención, el conocer nuestros programas que se trabajarían, la teoría cognitivo conductual; pero llega el momento en el que esto está creciendo y pareciera que estamos siendo rebasados..."</i>  | Director, reflexionando sobre el futuro de su institución y su alineación a las políticas públicas federales.<br><br>Características del código: Políticas públicas y necesidad de actualización en capacitación.   |
|   | <i>"El modelo actualmente pareciera que pueda quedar rebasado ¿en qué sentido?, tan solo el personal de esta unidad comparte consultorios, la población estimada nos lleva a atendida en un año a, a por ejemplo abrir seiscientos expedientes. Si nuestra actividad es de prevención en escuelas principalmente con adolescentes y se suma este programa de justicia terapéutica, que atiende a adultos y adolescentes, esto hace que eh la infraestructura se vea rebasada, y entonces eh obviamente los diagnósticos no solo se limitan a al tema de las adicciones, y ahí entra este vínculo o esta parte importante, la patología dual ¿no? es inevitable, no queda como un diagnóstico principal,</i> | Jefe de unidad, detallando lo que depara a la unidad si la afluencia de pacientes sigue aumentando como ha marcado la tendencia.<br><br>Características del código: Políticas públicas y necesidad de un decreto que estipule que es mandatoria la atención a trastornos por consumo de sustancias, trastornos mentales y patología dual. |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <i>trastornos mentales eh del comportamiento por uso de tal sustancia, sino que va agregado a un segundo diagnóstico, entonces sí, yo podría ver que actualmente está rebasado, este y la infraestructura pues queda corta, en ocasiones tenemos que hacer uso por ejemplo de del área verde, incluso para dar una consulta o para los grupos comunitarios..."</i> |  |
|--|--|--|

**Tabla 5. Percepciones entorno a políticas públicas actuales para la atención de patología dual.**

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos obtenidos permitieron cumplir el objetivo de explorar la percepción de los mandos medios y altos de 4 centros de atención ambulatoria especializados en adicciones, sobre las barreras para implementar políticas públicas en la atención de la patología dual. Estudios recientes sugieren que a pesar de que el conocimiento sobre la prevalencia de la patología dual es insuficiente (Kessler, et. al., 2008), se estima que el 80% de la población que consume sustancias en México y se encuentra internada en centros residenciales especializados en adicciones presenta patología dual (Marín-Navarrete, Szerman y Ruíz, 2017); por ello, resulta importante que los servicios de atención incorporen patología dual.

El principal hallazgo de esta investigación es que, desde la perspectiva de los altos mandos, la infraestructura del sistema de salud actual ha sido rebasada para brindar atención a pacientes con patología dual; desde su perspectiva esto se debe a que las funciones de los operativos se han modificado con el tiempo, pero no hay protocolos de atención específicos acorde a estas nuevas funciones que permitan brindar prevención, diagnóstico, tratamiento e incluso realizar referencias. Esto puede deberse a que estos centros originalmente fueron creados para fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades (Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008); es decir, no cubrían funciones de tratamiento y rara vez tenían que realizar referencias. Aunado a esta oportunidad de mejora observada en los protocolos de atención, acorde a los entrevistados, se suma la necesidad de una política pública

que guíe el buen y adecuado funcionamiento de estos centros especializados ambulatorios.

De hecho, siguiendo con este razonamiento, Duffield (1994), en un estudio de hace algunos años, mencionó que el hecho de que existan agentes externos involucrados en los servicios de salud como fundaciones, asociaciones sin fines de lucro, entre otros; dificulta el proceso de implementación de una política pública; esto debido a que los actores en lugar de adoptar dicha política como un lineamiento de carácter legal, la perciben como una sugerencia de una buena práctica clínica y por tanto, se adhieren a ella sólo cuando hay una supervisión. Duffield concluye que el contenido de las políticas públicas debe reflejar la realidad y estar respaldado por prácticas clínicas con carácter obligatorio, ya que, de lo contrario, su aplicación en el mundo real no será viable.

Por otra parte, al retomar el modelo teórico propuesto por Greene, et al. (2018), que organiza los factores internos y externos involucrados en el proceso de implementación y reconoce la existencia de diversos elementos mediadores entre ellos, se identificó que el primer hallazgo, que señala que los centros de atención ambulatoria especializados en adicciones se encuentran rebasados para atender patología dual, se sitúa en el contexto externo. Según este modelo, dicho contexto abarca desafíos relacionados con el entorno socioeconómico de los servicios de salud, incluyendo factores como la falta de voluntad política para priorizar y ofrecer tratamientos, el estigma estructural hacia el consumo de sustancias, que fomenta actitudes negativas entre los profesionales de salud hacia la prestación de servicios, la insuficiente difusión de la nueva oferta de servicios y la falta de capacidad del personal operativo para implementar la nueva política pública.

En conclusión, al pertenecer a un rango alto y medio, los participantes se enfocaron más en elementos que forman parte de la estructura del sistema, del contexto exterior; dejando como segundo hallazgo relevante la incapacidad para cubrir las necesidades de los pacientes con patología dual por el empleo de protocolos de intervención que ya se encuentran en desuso, característica que pertenece al contexto interior acorde al modelo teórico de Greene, et al. (2008) y que de alguna forma también se encuentra citado en el primer hallazgo.

No está de más agregar que en el contexto interior, se encuentran características como la insuficiencia de recursos materiales, deficiencias en la capacitación de los operadores del servicio y la incapacidad de la institución para actualizarse y poder cubrir las necesidades de la población que atiende.

Sobre las dificultades para cubrir las necesidades de los pacientes con patología dual, otros estudios (Martínez, et al., 2016) señalan que los directivos tienden a percibir a los propios terapeutas como parte de las barreras para la aplicación de intervenciones breves, así como las características de los programas de intervención y a ciertos procesos de las instituciones, por ejemplo, la incompatibilidad de tiempo y recursos para cubrir diversas funciones. A diferencia de lo encontrado por Martínez, en el presente estudio se observó que la experiencia del personal operativo es no sólo una fortaleza sino también una necesidad; por lo que es imperativo ofrecer capacitaciones para actualizarlos en materia de trastornos mentales, trastornos por consumo de sustancias y patología dual. Paralelamente, Martínez, Jiménez, Félix y Morales (2018) coinciden con esta última afirmación, asimismo, consideran que la capacitación y experiencia previa de los operadores de servicios clínicos es de vital importancia ya que, por un lado, favorece la adherencia al tratamiento y, por otro lado, incrementa el apego de los operadores a los protocolos de intervención y, por tanto, al proceso de implementación. Por ello, es factible pensar que puede aprovecharse la experiencia del personal y capacitar en nuevos protocolos de atención de patología dual, favoreciendo de esta manera a la atención que se otorga en los servicios clínicos.

Por otra parte, a diferencia de estudios previos, la presente investigación revisa el proceso de implementación completo, y no sólo una de las etapas de la implementación como en el estudio formulado por Martínez, et al. (2016) que revisa la transferencia de tecnología. Autores como Fixsen, et al. (2005) apoyan esta idea, pues consideran que la investigación en implementación se clasifica en tres categorías: implementación de documento, implementación de proceso e implementación de desempeño. La primera categoría se enfoca en el establecimiento de nuevas políticas y procedimientos; la implementación de proceso, en la instauración de nuevos procedimientos a través de talleres de

capacitación, supervisiones y formatos; y la tercera clasificación, la implementación de desempeño, que involucra tanto a los procesos como a los procedimientos. Por lo tanto, investigar la percepción de la implementación de una política pública (implementación de proceso) es diferente del estudio de la percepción de la implementación de una intervención (implementación de procedimiento).

Una de las principales contribuciones de este estudio radica en su abordaje integral del proceso de implementación, al incorporar dimensiones fundamentales como el clima laboral, la cultura organizacional y el estigma estructural. Este enfoque permite evidenciar la necesidad de establecer mecanismos sistemáticos que optimicen la adopción de los modelos de intervención contemporáneos, así como la operatividad de las políticas públicas que regulan los centros de atención ambulatoria especializados en el tratamiento de la patología dual. En consonancia con lo planteado por Fixsen et al. (2005), se reconoce que la implementación efectiva requiere no solo de intervenciones basadas en evidencia, sino también de un entorno organizacional favorable y de un proceso estructurado que articule actores, recursos y prácticas institucionales.

De hecho, los resultados también muestran que los participantes consideran como elemento de la subcategoría de barreras para la atención de la patología dual a la actitud del personal, la cual se ve reflejada en el cumplimiento de funciones administrativas y falta de apego a procedimientos, además de resistencia a nuevas funciones y síntomas de burnout. Este hallazgo coincide con lo que Walt y Gilson (1994) mencionan acerca de que los procesos de implementación de las políticas públicas están afectados de forma directa por los actores (quienes ejecutan las políticas públicas); por sus posiciones en las estructuras de poder, sus valores y expectativas.

De hecho, estos autores también consideran que los actores son influenciados por el contexto en el cual se desenvuelven a nivel personal, microsistema y macrosistema y que este contexto está determinado por factores como la inestabilidad producto de eventos como guerras, ideologías y antecedentes históricos y culturales. Este dato concuerda con la subcategoría sistema de salud, en la que elementos como cambios de gobierno, jerarquía institucional indefinida,

falta de delimitación de funciones de cada institución perteneciente al sistema, falta de instituciones a las cuales realizar referencias, instituciones que no reciben pacientes por cuestiones administrativas, el horario de servicio y cambios de adscripción constantes en el personal de contrato; conforman los principales retos a superar.

Kulane, Ahgren e Iyer (2013) encontraron resultados parecidos cuando indagaron el proceso de implementación de una política pública en el sistema de salud materno-infantil en la India y encontraron que una de las principales dificultades proviene de la falta de coordinación entre todos los profesionales de salud involucrados en distintas instituciones debido a una falta de cumplimiento de funciones y a que las supervisiones previamente formuladas parecen no tener una utilidad palpable.

Respecto a la subcategoría de fortalezas, en la que se reconocen los esfuerzos de las actuales autoridades a cargo y se destacan las capacitaciones de alta calidad, las constantes supervisiones y la apertura para establecer una línea de comunicación directa; se corrobora lo mencionado por McGovern, Lambert-Harris, McHugo, Giard y Mangrum (2010), quienes llevaron a cabo una evaluación de la implementación de once programas de intervención para personas con patología dual, y encontraron que un buen liderazgo administrativo, constantes consultorías por parte de expertos, un buen entrenamiento, supervisiones adecuadas y regulares facilitan que la implementación pueda llevarse a cabo efectivamente; pero que la constante rotación de personal y problemas financieros lo dificultan. Esto último resulta contradictorio, pues también se observó como fortaleza que el personal operativo busque compensar de alguna forma las carencias presupuestales a las cuales se encuentran sometidos; aunque este elemento quizás pueda explicar la probable presencia de burn-out, además de los factores que han sido entendidos como mala actitud.

En la subcategoría de necesidades, la falta de consultorios y espacios, la plantilla de trabajadores incompleta, la falta de suministro de material y la necesidad de actualizarse en materia de salud mental y trastornos por consumo de sustancias fueron los elementos más mencionados y se relacionan con lo que Drake y Bond

(2010) concluyen sobre el entrenamiento del personal clínico: que debe considerarse el requerimiento de hacer modificaciones estructurales y organizacionales en la institución, contemplando modelos colaborativos flexibles y autosustentables, que permitan sufrir cambios a lo largo del tiempo y enfrentar los posibles desafíos que pueden acercarse en el campo de la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Por otra parte, en la categoría de percepciones entorno a políticas públicas para la atención de patología dual, los entrevistados perciben que el sistema de salud necesita una reestructuración, las normatividades vigentes una actualización y ellos mismos, más capacitación en el tema. Thunus, et. al. (2019) encontraron datos similares cuando buscaron identificar fortalezas, debilidades, omisiones y superposiciones en los servicios de salud otorgados a partir de una política pública de reciente implementación en el sistema de salud mental para población adulta en Bélgica. En este estudio, encontraron que el sistema de salud se percibía como fragmentado y que la falta de personal y de recursos materiales afectaba que los roles de cada servidor público pudieran cubrirse cabalmente. Además, existían superposiciones que interferían con el sistema de referencia y omisiones en la atención a pacientes con padecimientos graves y con patología dual. En esta misma investigación se encontró que la falta de coordinación y colaboración entre los distintos niveles de atención era importante y evidenciaba más la capacitación deficiente de parte del personal. Por último, Thunus, et. al. (2019) concluyó que se deben formular reformas a las políticas públicas para que los estatutos económicos y administrativos funcionen mejor y los servicios de salud adquieran una estructura para brindar atención más lógica y menos burocrática.

Considerando los datos recopilados en esta investigación, se recomienda realizar una detección de necesidades en los centros de primer nivel previo al diseño de una política pública en materia de patología dual. En esta detección de necesidades, se sugiere identificar los padecimientos más comunes en los pacientes y las áreas de oportunidad en cuanto a capacitación del personal operativo se refiere. Además, se reconoce la necesidad de mejorar la infraestructura de los establecimientos de atención primaria considerando también la posibilidad de



ampliar los horarios de atención y completar las plantillas de personal de todas las unidades otorgando las mismas condiciones laborales.

Por otra parte, se requieren más estudios para profundizar en los hallazgos aquí presentados, pues al tratarse de una investigación cualitativa los resultados son relevantes para la población estudiada lo que dificulta la generalización a lo que ocurre en otros centros de atención ambulatoria. También es importante considerar que las opiniones de los participantes reflejan el desequilibrio entre los diferentes niveles y sus consecuentes conflictos, que habrían de abordarse para mejorar el clima organizacional y la atención que otorgan a los consultantes. Adicionalmente, podría ser relevante conocer la visión de quienes reciben atención en estos centros.

Por último, se sugiere dar un seguimiento más estrecho a las capacitaciones en los nuevos protocolos de intervención de patología dual, no sólo verificando la calidad de estos cursos sino otorgando supervisiones que confirmen que los conocimientos adquiridos están siendo puestos en práctica y están dando resultados.

#### FINANCIAMIENTO

Este estudio fue financiado en parte por el CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES, CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS (Número de beca: 25618, CVU: 263206).

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

#### AGRADECIMIENTOS

CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES, CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS (Número de beca: 25618, CVU: 263206).

Las autoras desean expresar su profundo agradecimiento a los participantes por compartir su experiencia y por brindarnos su tiempo y atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarons, G., A., Hurlburt, M. & Horwitz, S., M. (2011) Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Polytics in Mental Health*, 38(1), 4-23.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- Berenzon, G. S. (2003) *La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental*. Universidad Nacional Autónoma de México.  
<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000316127>
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N. & Galván-Reyes, J. (2018) Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de México*, 60(2), 184-191.  
<https://doi.org/10.21149/8673>
- Cheney, A., Hayenes, T., Olson, M., Cottoms, N., Bryant, K., Reaves, C., Reich, M., Curran, G. & Sullivan, G. (2017) Using Deliberative and Qualitative Methods to Mobilize Community Around the Mental Health Needs of Rural African Americans. *Health Systems & Reform*, 4(1), 8-18.  
<https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1404180>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2011). *Diagnóstico Nacional de Servicios de Tratamiento Residencial de las Adicciones: Perfil del Recurso Humano vinculado al Tratamiento de Personas con Problemas Relacionados al Abuso y Dependencia a Drogas y Perfil del Usuario*. CONADIC.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), 1-15.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional Contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud. (2016, 20 de julio). *Diario Oficial de la Federación*.  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5445284&fecha=20/07/2016](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5445284&fecha=20/07/2016)

- Drake, R., E. y Bond, G., R. (2010) Implementing integrated mental health and substance abuse services. *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 251-262. <https://doi.org/10.1080/15504263.2010.540772>
- Duffield, M. (1994). The political economy of internal war: Asset transfer, complex emergencies and international aid. En J. Macrae & A. Zwi (Eds.), *War and hunger: Rethinking international responses to complex emergencies* (pp. 27–46). Zed Book. <https://doi.org/10.1093/heapol/12.2.179>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Network. <https://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resource-files/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Gómez, S. L., Almanza, A. A., Romero, D. & Gracia, B. I. (2018). Atención primaria en adicciones: necesidades percibidas por un grupo de terapeutas. *Alternativas en psicología*, 1(39), 53–67. <https://alternativas.me/wp-content/uploads/2018/02/4-atencion-primaria-en-adicciones.pdf>
- Greene, M., Kane, J., Khoshnood, K., Ventevogel, P. & Tol, W. (2018) Challenges and opportunities for implementation of substance misuse interventions in conflict-affected populations. *Harm Reduction Journal*, 15(58), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0267-1>
- Huberman, A. & Miles, M. (1994) *Data management and analysis methods*. In *Handbook of Qualitative Research*. SAGE.
- Kessler, R., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Anthony, J. C., Brugha, T. S., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gluzman, S. F., Gureje, O., Haro, J. M., Heeringa, S. G., Hwang, I., Karam, E. G., Kikkawa, T., Lee, S., Lépine, J. P., Medina-Mora, M. E., ... Zhang, M. (2008). Prevalence and severity of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative. En R. Kessler & T. B. Ustun (Eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 534–540). Cambridge University Press. [https://assets.cambridge.org/97805218/84198/frontmatter/9780521884198\\_frontmatter.pdf](https://assets.cambridge.org/97805218/84198/frontmatter/9780521884198_frontmatter.pdf)
- Kulane, A., Ahgren, B. & Iyer, A. (2013) Health system capacity: maternal health policy implementation in the state of Gujarat, India. *Coaction Publishing*, 22(6), 1-8. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19629>
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., & Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *Temas Selectos en Orientación Psicológica: Orientación psicológica y adicciones*, 7, 1-7.

<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abuso/Articulos/adicciones-Mexico.pdf>

Marín-Navarrete, R., Szerman, N. & Ruíz, P. (2017). *Monografía sobre patología dual: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*. INPRFM, IAPA.  
<http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales de consulta/Drogas de Abuso/Articulos/LibroPatologiaDual.pdf>

Martínez, K., Jiménez, A., Félix, V. & Morales, S. (2018) Impact of a brief intervention programs in clinical practice: barriers and adaptations. *International Journal of Psychological Research*, 11(2), 27-34.  
<https://doi.org/10.21500/20112084.3485>

Martínez, K., Jiménez, A., Félix, V. & Morales, S. (2018) Impact of a brief intervention programs in clinical practice: barriers and adaptations. *International Journal of Psychological Research*, 11(2), 27-34.  
<https://doi.org/10.21500/20112084.3485>

Martínez, K., Pacheco, A., Echeverría, L. & Medina-Mora, M. E. (2016) Barreras en la transferencia de la tecnología: Un estudio cualitativo de las intervenciones breves y los centros de atención a las adicciones. *Salud Mental*, 39(5): 257-265. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.030>

Mazmanian, D. & Sabatier, P. A. (1983) *Implementation and Public Policy*. University Press of America.  
<https://www.des.ucdavis.edu/Faculty/Sabatier/mazmaniansabatier.pdf>

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., McHugo, G. J., Giard, J., & Mangrum, L. (2010). Improving the dual diagnosis capability of addiction and mental health treatment services: Implementation factors associated with program level changes. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(3-4), 237-250.  
<http://dx.doi.org/10.1080/15504263.2010.537221>

Medina-Mora, M. E. & Berenzon, G. S. (2005). *Salud mental y adicciones. Integrar la atención de la salud mental y las adicciones a la salud pública*. Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación. Academia Mexicana de Ciencias, A.C.

*Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. (2009). *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría de Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, & Secretaría de Salud. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*. <https://www.gob.mx/conasama/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-en-mexico>
- Pineda, B., De Alvarado, E. L., & De Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud* (2a ed.). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>
- Powell B. J. & Beidas, R., S. (2016) Advancing implementation research and practice in behavioral health systems. *Administration and Polytics in Mental Health*, 43 (6), 825-833. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0762-1>
- Secretaría de Salud y Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. <https://www.gob.mx/conasama/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-las-drogas-en-mexico-y-su-atencion-integral-2019-378874?state=published>
- Secretaría de Salud. (2017). *Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación*. <https://www.dof.gob.mx>
- Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008) *Modelo de Atención UNEME-CAPA. Centros de Atención Primaria en Adicciones "Centros Nueva Vida"* (1a ed.) Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/714725/Manual de Servicio al P\\_blico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/714725/Manual_de_Servicio_al_P_blico.pdf)
- Sistema de Centros de Atención a las Adicciones. (2019). Secretaría de Salud. <http://www.pliconadic.salud.gob.mx/siceca/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Center for Substance Abuse Treatment. (2020). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders: A treatment improvement protocol TIP 42*. Department of Health and Human Service. <https://library.samhsa.gov/product/tip-42-substance-use-treatment-persons-co-occurring-disorders/pep20-02-01-004>
- Szerman, M. N. (2017). Patología dual: integrando la salud mental. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(2), 1-2. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.2.01>

- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (2000) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Thunus, S., Pierre, S., Walker, C. & Nicaise, P. (2019) *Organisation of mental health care for adults in Belgium. KCE Report*. Health Services Research. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_318\\_Mental\\_Health\\_care\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf)
- Triliva, S., Ntani, S., Giovazolias, T., Kafetsios, K., Axelsson, M., Bockting, C., Buysse, A., Desmet, M., Dewaele, A., Hannon, D., Haukenes, I., Hensing, G., Meganck, R., Rutten, K., Schønning, V., Van Beveren, L., Vandamme, J. & Overland, S. (2020) Healthcare professionals' perspectives on mental health service provision: a pilot focus group study in six European countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(16), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00350-1>
- Walt, G. & Gilson, L. (1994) Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*, 9(4), 353-370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>
- Zepeda, R., Silva, R., Morales, S. & Martín del Campo, R. (2017) Las dificultades en el tratamiento de la adicción a las drogas aspectos sociodemográficos del abandono de las terapias. *Ciencias*, (122-123), 90-99. <https://www.revistacienciasunam.com/es/203-revistas/revista-ciencias-122-123/2034-las-dificultades-en-el-tratamiento-de-la-adicci%C3%B3n-a-las-drogas-aspectos-sociodemogr%C3%A1fico-del-abandono-de-las-terapias.html>