

Proyecto de intervención con personas con patología dual

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Trabajo Social

Laura Méndez Linares

Tutor: José Manuel Díaz González
Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas
Universidad de La Laguna
Curso académico 2020/2021
Convocatoria de Julio

Resumen

La patología dual se define como la comorbilidad en una misma persona de un trastorno adictivo y un trastorno mental. El proyecto de intervención con personas con patología dual pretende la creación de un recurso residencial novedoso a nivel autonómico y nacional que preste una atención integral ajustada a las necesidades específicas y a las circunstancias de las personas que padecen dicha comorbilidad y a su vez, promueva su autonomía y su funcionamiento social. Para ello, la intervención se va a llevar a cabo en siete áreas fundamentales para el desarrollo psicosocial del individuo, las cuales son el área de atención básica, integral de salud, de desarrollo personal y ocio y tiempo libre, de integración familiar y social, de formación y empleo, de prevención de recaídas y de asentamiento y desvinculación. El recurso constará de capacidad para albergar hasta doce personas y la estancia en el centro residencial tendrá una duración de dos años, pudiendo producirse una ampliación de seis meses si las circunstancias y las necesidades individuales de cada usuario o usuaria lo requieren. Además, se prevé una intervención ambulatoria de seguimiento y apoyo para afianzar los logros alcanzados durante el período de estancia residencial. En cuanto a la metodología, se empleará un modelo de tratamiento integrado, tratándose de forma simultánea el trastorno mental y el trastorno por consumo de sustancias.

Palabras clave: patología dual, intervención integral, trastornos mentales, trastornos por consumo de sustancias, reinserción.

Abstract

Dual diagnosis is defined as the comorbidity in the same person of an addictive disorder and a mental disorder. The project of intervention with people with dual diagnosis aims to create an innovative residential resource at regional and national level that provides comprehensive care tailored to the specific needs and circumstances of people suffering from this comorbidity and, in turn, promotes their autonomy and social functioning. For this purpose, the intervention will be carried out in seven fundamental areas for the psychosocial development of the individual, which are the area of basic care, comprehensive health, personal development and leisure and free time, family and social integration, training and employment, relapse prevention and settlement and disengagement. The resource will have the capacity to house up to twelve people and the stay in the residential centre will last for two years, with the possibility of a six-month extension if the circumstances and individual needs of each user so require. In addition, a follow up and support outpatient intervention is foreseen to consolidate the achievements reached during the period of residential stay. In terms of methodology, an integrated treatment model will be used, treating both the mental disorder and the substance use disorder simultaneously.

Keywords: dual diagnosis, integrated intervention, mental disorders, substance use disorders, reintegration.

Índice

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Introducción..... | 6 |
| 2. | Justificación..... | 8 |
| 3. | Marco teórico..... | 10 |
| 3.1. | Conceptualización básica para llegar a comprender la patología dual..... | 10 |
| 3.1.1. | <i>Conceptualización y repercusiones de la enfermedad mental.....</i> | 10 |
| 3.1.2. | <i>Conceptualización y repercusiones del consumo de sustancias psicoactivas.....</i> | 11 |
| 3.2. | Aproximación al concepto de patología dual e implicaciones de la comorbilidad..... | 13 |
| 3.3. | Breve reseña histórica hasta la situación actual..... | 14 |
| 3.4. | Hipótesis etiológicas de la Patología..... | 17 |
| 3.4.1. | <i>Modelo de Factores Comunes.....</i> | 17 |
| 3.4.2. | <i>Modelo de Trastorno Mental Secundario.....</i> | 19 |
| 3.4.3. | <i>Modelo de Trastorno por Consumo de Sustancias Secundario.....</i> | 20 |
| 3.4.4. | <i>Modelo Bidireccional.....</i> | 21 |
| 3.5. | Prevalencia y características de las personas con Patología Dual..... | 21 |
| 3.6. | Tratamiento en Patología Dual..... | 24 |
| 4. | Objetivos..... | 26 |
| 5. | Participantes..... | 29 |
| 6. | Método..... | 30 |
| 6.1. | Metodología empleada..... | 30 |
| 6.2. | Fases de la intervención..... | 32 |
| 7. | Actividades y tareas..... | 35 |
| 8. | Temporalización..... | 41 |
| 9. | Localización..... | 42 |
| 10. | Administración del proyecto..... | 43 |
| 11. | Recursos..... | 45 |
| 12. | Presupuesto y plan de financiación..... | 47 |
| 12.1. | Presupuesto..... | 47 |
| 12.2. | Plan de Financiación..... | 49 |
| 13. | Sistema de evaluación..... | 50 |
| 14. | Recursos externos..... | 52 |
| | Referencias bibliográficas..... | 54 |

Índice de ilustraciones

| | |
|---------------------|----|
| Ilustración 1:..... | 19 |
| Ilustración 2:..... | 20 |
| Ilustración 3:..... | 35 |
| Ilustración 4:..... | 41 |
| Ilustración 5:..... | 42 |

Índice de tablas

| | |
|----------------|----|
| Tabla 1: | 24 |
| Tabla 2: | 36 |
| Tabla 3: | 37 |
| Tabla 4: | 38 |
| Tabla 5: | 39 |
| Tabla 6: | 40 |
| Tabla 7: | 47 |
| Tabla 8: | 48 |
| Tabla 9: | 49 |

1. Introducción

La patología dual se define como la comorbilidad en una misma persona de un trastorno psiquiátrico y un trastorno adictivo. En la actualidad este concepto no está recogido en las principales clasificaciones de enfermedad mental, DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría y CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Esta situación genera que, hasta el momento no haya captado la atención suficiente ni habido un desarrollo consistente en cuanto a la investigación y estudio de esta realidad, y por lo tanto, tampoco se hayan creado recurso ni metodologías de intervención efectivas que den respuesta a las necesidades de las personas afectadas por dicha patología, siendo imprescindible que se ponga el foco en esta realidad y que se establezcan los mecanismos necesarios por parte de las administración públicas y del resto de los agentes sociales.

El presente proyecto de intervención se plantea como un recurso residencial novedoso a nivel autonómico y nacional que tiene dos objetivos generales: por un lado, prestar una atención integral a las personas con patología dual ajustada a sus necesidades específicas y a sus circunstancias; y, por otro lado, promover la autonomía y el funcionamiento social de las personas con dicha patología. Para ello, se utilizará el modelo integrado de intervención, tratando de forma conjunta y por los mismos profesionales el trastorno adictivo y el trastorno mental. El recurso consta de capacidad para doce personas y durante el proceso se trabajarán siete áreas esenciales en la vida de las personas, empezando por el área de atención básica e integral de salud, seguido del área de desarrollo personal y ocio y tiempo libre, de integración familia y social y de formación y empleo y culminando con el área de prevención de recaídas.

En relación con las fases de intervención, el proyecto se divide en cuatro fases fundamentales, existiendo además una fase previa de derivación del paciente. Las tres

primeras fases tendrán una duración de dos años, pudiendo producirse una ampliación de seis meses si las circunstancias y las necesidades de cada individuo lo requirieran. Durante estas fases se trabajarán las áreas mencionadas con anterioridad y se realizarán tanto actividades grupales como individuales, siendo imprescindible el apoyo familiar, social y de otros recursos laborales y formativos para la inserción plena del individuo. La cuarta fase consiste en el área de asentamiento y desvinculación, la cual se realizará de forma ambulatoria para aquellas personas usuarias que requieren de un apoyo y un seguimiento una vez hayan culminado la etapa residencial y tendrá una duración máxima de doce meses.

Por último, se establece un sistema de evaluación tanto durante la implementación del proceso, como en el momento en el que un paciente cause baja y se valorarán aspectos relacionados con el proceso y los resultados obtenidos, la satisfacción de las personas usuarias y los servicios prestados. Esta parte de la intervención es especialmente importante, y es preciso observar y analizar la forma en la que se está llevando a cabo el proyecto para introducir las mejoras necesarias que permitan conseguir los objetivos propuestos.

2. Justificación

La patología dual es una enfermedad mental con graves impactos en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida de las personas que los sufren y sus familias. Además, esta patología está asociada a una mayor cronicidad, tasas más largas de hospitalización, visitas frecuentes a los servicios de salud, comportamientos violentos y delictivos, conductas sexuales de riesgo, problemas a nivel laboral, escolar, financiero y familiar y altas probabilidades de exclusión social (Marín y Szerman, 2015; Torrens, et al., 2017; Torrijos y Palomino, 2017).

En cuanto a la prevalencia, si bien no se tiene constancia de la existencia de estadísticas al respecto, existen estudios que demuestran que la comorbilidad entre un trastorno mental y un trastorno adictivo es elevada. De acuerdo con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) durante el año 2015 se atendieron en España un total de 32.444 casos de patología dual y en Canarias a 2.480 (Servicio Canario de Salud, 2019)

A pesar de que tanto la Estrategia Nacional Sobre Adicciones (2017-2024), el Plan Nacional de Acción sobre Adicciones (2018-2020) y el IV Plan Canaria sobre Adicciones (2020-2024) señalan que es necesario la atención y la intervención integral con personas con patología dual, en la actualidad no existen recursos que den respuesta a dicha comorbilidad y los profesionales no cuentan con un criterio unificado para investigar, diagnosticar e intervenir esta problemática.

Este proyecto pretende intervenir con dicha necesidad de forma especializada, mejorando las condiciones de vida de estos pacientes y sus familias. Asimismo, el tratamiento especializado de forma residencial producirá un ahorro en el sistema sanitario al preverse menores situaciones de descompensación y deterioro de salud y permitirá

recabar información valiosa y concreta sobre esta realidad, lo que posibilitará plantear propuestas más ajustadas a las necesidades de este colectivo, obtener mejores resultados y replicar esta experiencia en otras partes del territorio autonómico e incluso nacional.

3. Marco teórico

La comorbilidad entre un trastorno adictivo y un trastorno por consumo de sustancias es una patología frecuente, con graves repercusiones a nivel sanitario, social e individual y que produce dificultades en la intervención y tratamiento. A la vez, es una realidad compleja y para comprenderla es necesario realizar un estudio pormenorizado de los elementos que la envuelven.

A continuación, se realizará un estudio bibliográfico de los diferentes conceptos y aspectos etiológicos, epidemiológicos y de tratamiento que envuelven esta problemática con la finalidad de conceptualizar y contextualizar este complejo fenómeno.

3.1. Conceptualización básica para llegar a comprender la patología dual

3.1.1. *Conceptualización y repercusiones de la enfermedad mental*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “*un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad*” (OMS, 2013, p.42). Por tanto, la enfermedad o trastorno mental es una afección con repercusiones a nivel cognitivo, conductual, relacional y sentimental, cuyas carencias pueden ser puntuales o crónicas (MedlinePlus, 2019).

Las enfermedades mentales engloban un gran número de afecciones como los trastornos del neurodesarrollo, la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivo, los trastornos relacionados con traumas y factores estresantes, los trastornos de síntomas somáticos y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y

aditivos, entre otros (American Psychiatric Association, 2018). Los determinantes de las enfermedades mentales no se pueden encontrar en una única causa, sino que es necesario analizar múltiples factores para poder comprender su etiología, como son las características individuales y biológicas, sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales (OMS, 2013, p.7)

La OMS (2013) señala que las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad, de mortalidad temprana y de marginación y exclusión social. Además, se sostiene que las enfermedades mentales tienen influencia en el padecimiento de otro tipo de enfermedades, como las cardiovasculares o el cáncer.

En relación con la prevalencia de problemas de salud mental en España, el 10,8% de la población mayor de 15 años refiere haber sido diagnóstica de algún problema de salud mental, siendo el porcentaje mayor en mujeres (14,2%) que en hombres (7,2%). En Canarias, el 12,4% de las mujeres presenta algún trastorno mental diagnosticado, frente al 6,9% de hombres (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

3.1.2. Conceptualización y repercusiones del consumo de sustancias psicoactivas

Las drogas son sustancias psicoactivas que, administradas en el organismo, tienen la capacidad de producir modificaciones comportamentales, sensoriales y emocionales, a la vez que son susceptibles de crear dependencia y adicción, ya sea psicológica, física o ambas (Carpentiere et al., 1999; Becoña, 2002; Medranda y Benítez, 2006).

Dentro del consumo de sustancias adictivas es importante distinguir entre el uso controlado, donde debido a la cantidad consumida, no se producen consecuencias negativas en la persona; y el abuso, donde existe un uso continuado y prologado en el

tiempo, dando lugar a un deterioro en el individuo (Ballesteros y Sarmiento, 2014). Cuando se produce un consumo abusivo de drogas se puede llegar a desarrollar una dependencia y, por consiguiente, un trastorno por consumo de sustancias. Según la American Psychiatric Association (2018), los criterios para diagnosticar el trastorno por el consumo de sustancias son los siguientes: uso peligroso de la sustancia, problemas sociales o interpersonales, incumplimiento de los principales roles debido al consumo, síndrome de abstinencia, tolerancia, intentos repetidos de dejarlo o controlarlo, emplear más tiempo del que se pensaba en actividades relacionadas con el consumo, tener problemas físicos o psicológicos relacionados con el mismo y dejar de hacer otras actividades debido a este motivo.

En la actualidad se reconoce que la adicción a drogas es una enfermedad cerebral, en la que intervienen factores individuales, genéticos, neurobiológicos y de personalidad. (Szerman, 2016; Vega et al., 2015). De esta forma, no todos los sujetos expuestos al consumo de drogas desarrollan conductas adictivas, sino que éstas sólo se desarrollarán en personas con unas características y vulnerabilidades determinadas. En estas personas el consumo no tiene que ser prolongado durante años para provocar adicción (Szerman, 2016).

En lo que respecta a la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en España durante el año 2019, el alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia en el consumo (93,3%), seguida del tabaco (70%). En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la más consumida (37,5%), seguida de la cocaína (11,2%). Un dato para destacar es que el 2,9% de la población refiere consumir cannabis diariamente (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021). Además, el número de

admisiones a tratamiento por drogas (legales e ilegales) durante el año 2017 es de 72.552 personas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019).

3.2. Aproximación al concepto de patología dual e implicaciones de la comorbilidad

La patología dual se define como la concurrencia en un mismo paciente de un trastorno adictivo y un trastorno mental, pudiendo producirse la comorbilidad de forma secuencial o simultánea (Szerman y Martínez-Raga, 2015). Dentro de la patología dual se integran una multitud de interrelaciones y combinaciones posibles entre los distintos trastornos mentales existentes y las numerosas sustancias psicoactivas capaces de producir un trastorno adictivo, lo que en muchas ocasiones dificulta el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de pacientes clínicos (Carceller, 2012). Se han utilizado otras terminologías para referirse a la población que sufre este tipo de patología, siendo las más habituales comorbilidad, diagnóstico dual y trastornos duales. Sin embargo, la denominación más aceptada en el habla hispana es la de patología dual y es la que permite a los clínicos identificar a este tipo de pacientes dentro del campo de la salud mental (Oviedo, 2019).

Las actuales clasificaciones de las enfermedades mentales, “DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría y CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud”, no contemplan ni valoran la patología dual como una enfermedad mental, por lo que no existe un criterio unificado para analizar la presencia de esta patología y los profesionales no disponen de un espacio común de estudio e investigación (Torrijos y Palomino, 2017, Carceller, 2012, Szerman, 2016; Vega et al., 2015).

La coexistencia en una misma persona de un trastorno mental y un trastorno adictivo provoca efectos graves desde la perspectiva clínica y social, impactando de forma negativa en la calidad de vida y en el funcionamiento biopsicosocial de las mismas. (Marín y Szerman, 2015). Los pacientes con patología dual presentan una mayor gravedad de los síntomas, tanto adictivos como psiquiátricos, así como mayores tasas de suicidio. Además, sus estancias en los hospitales son más prolongadas y hacen un mayor uso de los servicios de urgencia y medicina. En cuanto al tratamiento, manifiestan un poco adherencia, siendo más propensos a las recaídas y al abandono del tratamiento. Asimismo, manifiestan un mayor número de conductas sexuales de riesgo y por consiguiente mayores tasas de contagio de enfermedades de transmisión sexual. En lo que concierne al funcionamiento social, presentan índices elevados de conductas violentas y delictivas, abundantes problemas laborales, escolares, financieros y familiares y elevadas probabilidades de indigencia y marginalidad (Torrens, et al., 2017; Torrijos y Palomino, 2017). Por lo tanto, los tratamientos de las personas con comorbilidad psiquiátrica y adictiva son más costosos desde la perspectiva del sufrimiento humano, social y económico. De hecho, los pacientes con comorbilidad adictiva y psíquica tienen menores probabilidades de recuperación e incorporación social, por lo que supone un gran reto para los profesionales de la salud.

3.3. Breve reseña histórica hasta la situación actual

Las primeras aproximaciones científicas a la existencia de una relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales comienzan en el año 1857, cuando se aborda la idea de que algunos síntomas psiquiátricos pueden ser producidos por el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol o el opio (Albalat, 2015). No obstante la

introducción del término de comorbilidad no apareció en medicina hasta finales del año 1970, tras la reforma de los centros psiquiátricos y la atención prestada en los mismos (Mateu, 2019).

De acuerdo con Fernández (2015) en 1980, se comienza a considerar el trastorno adictivo como una enfermedad mental, lo que permite establecer relaciones más adecuadas entre el uso de sustancias y los trastornos mentales. Sin embargo, no es hasta 1988 cuando se empieza a utilizar por parte de los profesionales el concepto de patología dual. A partir de los años 90, se comienza a reconocer la patología dual como un problema de salud relevante e importante y que provoca graves consecuencias negativas en los pacientes.

En la actualidad, aún no existe un criterio unificado para diagnosticar la patología dual y no se reconoce como enfermedad en ninguna de las dos grandes clasificaciones de enfermedad mental: como son la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V). La Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), de hecho, declara la atención sociosanitaria de la Patología Dual como uno de los retos asistenciales a conseguir en el periodo 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Además, el Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020, señala también como objetivo la implementación de recursos y programas para la intervención en patología dual. Por último, se observa que en la mayoría de las comunidades autónomas cuentan con una buena integración y coordinación entre la red de salud mental y la red de atención a drogodependencias, aunque son muy pocas las que cuentan con planes específicos para el tratamiento de personas con comorbilidad. Aun así, en España se atendieron 32.444 casos de patología dual durante el año 2015 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

En España, contamos con la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) que es una sociedad científica sin ánimo de lucro líder a nivel nacional en este campo, creada en 2005 y formada por 2.000 profesionales multidisciplinares, que ejercen funciones investigadoras, clínicas y docentes. Sus objetivos principales van dirigidos a promover programas I+D+i, difundir y concienciar sobre la problemática de la patología dual, contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con patología dual, diseñar y gestionar recursos y actividades para este colectivo, formar a profesionales en este ámbito y realizar actuaciones para reducir el doble estigma de los paciente (Sociedad Española de Patología Dual, 2018). De la mano de esta sociedad, en 2008 se celebró en Madrid el Primer Congreso Internacional de Patología Dual (Sociedad Española de Patología Dual, 2018), el cual tenía como objetivo analizar y explicar a los profesionales e investigadores del ámbito de la salud y las drogodependencias los nuevos avances producidos en materia de patología dual. En España, se encuentra la Asociación Dual, con sede en Madrid y en Barcelona y dos delegaciones en Andalucía, una en Sevilla y la otra en Málaga.

En lo que respecta a la Comunidad de Canarias, tanto el Plan de Salud Mental de Canarias (2019-2023) como el IV Plan Canario sobre Adicciones (2020-2024) declaran que es necesario llevar a cabo actuaciones sobre la patología dual. En el Plan de Salud Mental se marca como línea estratégica la atención a las personas con patología dual y adicciones, cuyo objetivo general es “proporcionar una atención integral a las personas con patología dual y adicciones, centrada en el usuario, y de forma coordinada entre las redes atención implicadas en el proceso terapéutico” (Servicio Canario de Salud, 2019, p. 315). Además, en el año 2016 se llevó a cabo en Fuerteventura la I Jornada de Patología Dual y Adicciones en Canarias, estableciendo como objetivo la necesidad de conseguir la integración de los pacientes con patología dual y de los servicios que los asisten y tratan (Sociedad Española de Patología Dual, 2018)

A nivel asistencial, desde el año 2014 el Servicio Canario de Salud cuenta con un programa específico de patología dual en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, con dos áreas de actuación, las cuales son ambulatorias y hospitalarias. Durante el 2016, se realizaron 782 consultas ambulatorias por patología dual en este hospital. En lo que respecta a otras redes, la Asociación El Cribo y la Unidad de Atención a las Drogodependencias (en adelante, UAD) Zonzamas en Lanzarote, la UAD de la Palma y la UAD de Gáldar en Gran Canaria refieren contar con un programa específico en patología dual. El resto de los pacientes reciben un tratamiento y seguimiento de forma conjunta por las Unidades de Salud Mental (en adelante, USM) y las UAD (Servicio Canario de Salud, 2019).

3.4. Hipótesis etiológicas de la Patología

En la actualidad, a pesar de la elevada prevalencia de pacientes con comorbilidad psiquiátrica y adictiva, no se ha conseguido dar una explicación clara y precisa al origen de la patología dual, ya que en ella cursan factores genéticos, neurobiológicos, ambientales, familiares, sociales y psicológicos (Szerman, 2016 y Fernández, 2015).

Diversos autores han expuesto que la etiología de patología dual responde a cuatro hipótesis o modelos principales: *modelo de factores comunes*, *modelo de trastorno mental secundario*, *modelo de trastorno por consumo de sustancias secundario* y *modelo bidireccional* (Fernández, 2015; Torrijos y Palomino, 2017; Ibáñez, et al., 2020; Albalat, 2015; Barea, et al., 2010). A continuación se procederá a analizar los distintos modelos.

3.4.1. Modelo de Factores Comunes

Este modelo señala que la presencia de patología dual se debe a la existencia en los individuos de factores de riesgo o vulnerabilidades comunes para sufrir ambas

enfermedades. Los principales factores de riesgo comunes a ambos trastornos son los factores genéticos, los factores ambientales, el estatus socioeconómico y la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad (Albalat, 2015; Fernández, 2015; Barea et al., 2010).

En lo que concierne a los factores genéticos, Fernández (2015) señala que diversos factores neurobiológicos relacionados con el desarrollo de trastornos adictivos están asociados con la evolución y el debut de diferentes trastornos psiquiátricos. De esta forma, determinadas variables genéticas del sistema dopaminérgico producirían alteraciones significativas en los sistemas de recompensa y aprendizaje, produciendo una mayor vulnerabilidad a sufrir trastornos por consumo de sustancias y trastornos psicopáticos. Además, se ha manifestado que los pacientes con comorbilidad tienen mayor probabilidad de tener familiares con trastornos por consumo de sustancias (Albalat, 2015).

De acuerdo con los factores ambientales, Barea et al. (2010) afirman que existe una interrelación entre problemas de conducta en la infancia, consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos. Así, manifiestan que una edad temprana en el inicio del consumo de sustancias adictivas se relaciona con mayores probabilidades sufrir trastorno disocial.

En relación con el estatus socioeconómico, se establece que un bajo nivel socioeconómico, incluyendo educación, empleo y salario, se relaciona con una mayor probabilidad de presentar un trastorno adictivo y psiquiátrico, en especial esquizofrenia (Fernández, 2015).

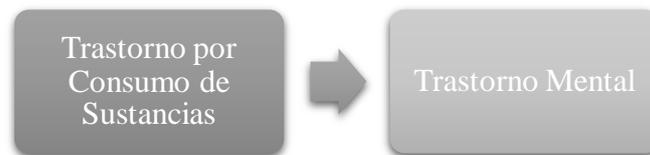
En cuanto al Trastorno Antisocial de la Personalidad, se ha demostrado que existe una alta prevalencia de patología dual en personas con este tipo de trastorno, relacionándose con una peor evolución de la enfermedad y una edad temprana en el inicio del consumo de sustancias (Barea et al., 2010). Por ello, se ha señalado que podría existir

un factor común de vulnerabilidad, sin embargo, esta hipótesis no está del todo clara (Barea et al., 2010).

3.4.2. *Modelo de Trastorno Mental Secundario*

Ilustración 1

Modelo de Trastorno Mental Secundario



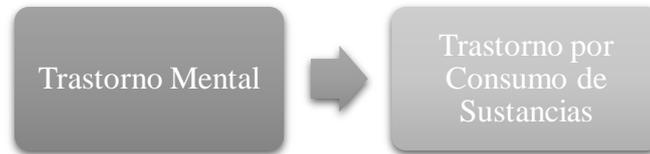
Fuente: Ilustración de elaboración propia

Este modelo explica que el consumo repetido y sistemático de sustancias psicoactivas generaría cambios neuroadaptativos que desencadenarían un trastorno mental (Ibáñez et al., 2020). Los estudios sugieren que la aparición de Patología Dual se debe a la desregulación de vías de neurotransmisores y circuitos cerebrales, siendo de especial relevancia la vía dopaminérgica (Bernal y Castaño, 2017). El sistema mesolímbico dopaminérgico está asociado con los efectos gratificantes del consumo de sustancias psicoactivas y con ciertas anormalidades relacionadas con la esquizofrenia. También se puede considerar que los sistemas glutamatérgico, gabaérgico, opioide, endocannabinoide y colinérgico-nicotínico están implicados en la comorbilidad (Szerman, 2016). Siguiendo este modelo, el estudio realizado por Ibáñez et al. (2020) señala que un 40% de los pacientes con trastorno depresivo mayor presentaba previamente un trastorno por consumo de alcohol.

3.4.3. Modelo de Trastorno por Consumo de Sustancias Secundario

Ilustración 2

Modelo de Trastorno por Consumo de Sustancias Secundario



Fuente: Ilustración de elaboración propia

Este modelo manifiesta que la presencia de un trastorno mental incrementa la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (Torrijos y Palomino, 2017). Estudios señalan que en más del 80% de los casos, el trastorno mental precede al trastorno por consumo de sustancias, de forma que las personas que tienen un trastorno mental tienen 3 veces más probabilidades de desarrollar una adicción que las personas que no lo tienen (Marín y Szerman, 2015). Además, estudios epidemiológicos afirman que la mayor parte de los trastornos del ánimo son primarios (Ibáñez et al., 2020).

Dentro de este modelo se desarrollan dos teorías: teoría de los factores sociales y la teoría de la supersensibilidad (Fernández, 2015). La teoría de los factores sociales declara que el consumo de sustancias se utiliza como modo de paliar los síntomas y las consecuencias de los trastornos mentales. De esta forma, las personas con trastornos mentales consumirían las sustancias que les ayudaran a calmar la sintomatología y lograr una estabilidad emocional, calmando de esa forma el dolor, la agresividad, los síntomas psicóticos y ansiosos. También se está investigando la posibilidad de consumir sustancias con el objetivo de aumentar el rendimiento, tanto físico como cognitivo y emocional, mejorando el estado anímico (Fernández, 2015). La teoría de la supersensibilidad explicaría los supuestos de trastornos psicóticos utilizando el concepto de vulnerabilidad-

estrés. De acuerdo con esta teoría, existe una vulnerabilidad biológica o genética que, junto con estresantes ambientales, predispondrían el inicio de una enfermedad mental (Albalat, 2015).

3.4.4. Modelo Bidireccional

Este modelo pretende integrar todos los modelos anteriores y se basa en la existencia de una interacción entre ambos trastornos, señalando que cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro, agravando los síntomas de cualquiera de ellos (Albalat, 2015). Este modelo tiene una escasa evidencia científica y experimental.

A parte de los modelos mencionados, que son los más relevantes, otros autores incluyen dos hipótesis más como son *la independencia* y *la socialización*. La hipótesis de la independencia parte de la idea de que ambos trastornos pueden coexistir de manera independiente. La hipótesis de la socialización sostiene que el consumo de sustancias adictivas proporciona a la persona un grupo social y una identidad personal y social más relevante (Torrijos y Palomino, 2017).

3.5. Prevalencia y características de las personas con Patología Dual

En España no se tiene constancia de estudios epidemiológicos sobre patología dual. Sin embargo, se han llevado a cabo estudios sobre prevalencia que muestran datos relevantes sobre la incidencia de esta comorbilidad.

Uno de los estudios de mayor relevancia es el desarrollado por los autores Arias et al. (2017) sobre la prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y atención al drogodependiente. En este estudio

participaron 837 pacientes, de los cuales 208 procedían de Centros de Salud Mental y 629 de Centros de Drogodependencias. Del total de los pacientes, 517 (61,8%) padecían patología dual (70,3% en Centros de Drogodependencias y 36,1% en Centros de Salud Mental), 194 trastorno por uso de sustancias y 126 trastorno mental.

Se observó que la edad media de los pacientes duales era de 37,1 años y el 78,1% eran hombres. En relación con los pacientes no duales, los que presentan comorbilidad viven con su familia de origen, cuentan con peor situación laboral y educativa y presentan más patologías médicas, entre las que destaca el VIH y la hepatitis B o C. En cuanto al trastorno mental más asociado destacan los trastornos de personalidad (66,9%), destacando el trastorno depresivo (27,9%), el trastorno límite (25,5%) y el trastorno paranoide (24%); los trastornos del humor (63,6%); los trastornos de ansiedad (54,7%); y el trastorno bipolar (31,3%). Además, presentan mayor riesgo de suicidio, siendo este riesgo grave en un 25,4% de los casos.

Otro estudio para destacar es el desarrollado por los autores Ordóñez et al. (2019). Esta investigación se realizó en Cuenca entre abril y diciembre del año 2016 y participaron 133 personas, de las cuales 129 eran hombres. Los resultados muestran que el 74,4% de los participantes presentaban patología dual, siendo mayor la prevalencia en el grupo de edad de 18 a 29 años, donde esta llega al 88%. Los trastornos mentales más prevalentes son el trastorno de ansiedad, seguido del trastornos del estado de ánimo, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno psicótico. Además, el 91,6% de los pacientes duales tienen un consumo de alcohol y un 51,1% consumo de otras sustancias psicoactivas.

Además de los dos estudios epidemiológicos mencionados, numerosas investigaciones coinciden en que el número de personas con patología dual es elevado.

Se sostiene que el consumo de drogas se da en un 70-80% de las personas con esquizofrenia, en más del 70% de los pacientes con trastornos de personalidad grave, en más del 60% de los pacientes con trastorno bipolar y en más del 30% de pacientes con trastornos por ansiedad, depresión y por déficit de atención con hiperactividad (Vega et al., 2015). En relación con el sexo, Marín y Szerman (2015), observaron que los hombres con patología dual suelen tener asociado trastornos externalizantes (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno disocial, trastorno de personalidad, etc.) y las mujeres trastornos internalizantes (trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, etc.)

A nivel autonómico, en el año 2016 se atendieron a 2.480 pacientes con patología dual. De estos, 1.203 fueron registrados en Tenerife, 910 en Gran Canaria, 98 en Lanzarote, 98 en Fuerteventura, 88 en La Palma, 74 en La Gomera y 24 en El Hierro (Servicio Canario de la Salud, 2019). Asimismo, durante este mismo año, el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín atendió 782 consultadas ambulatorias por patología dual, de los cuales 202 acudían a su primera consulta (Servicio Canario de la Salud, 2019). Otro aspecto relevante de este estudio, y que pone de manifiesto que la patología dual comienza a considerarse una problemática con necesidad de atención especializada, es el hecho de que en el año 2014 el servicio de salud mental de la Dirección General de Programas Asistenciales realizó 18 formaciones sobre esta comorbilidad.

Para finalizar, es necesario señalar que existe un número muy elevado de infra diagnóstico, debido a que muchos pacientes con enfermedad mental ocultan el consumo de sustancias y a que muchas personas consumidoras de drogas no han sido diagnosticadas de ninguna enfermedad mental, lo que no quiere decir que no la presenten.

3.6. Tratamiento en Patología Dual

El tratamiento de la patología dual es una realidad compleja debido principalmente a dos factores. Por un lado, la alta diversidad de comorbilidades que se pueden encontrar, debido al gran número de enfermedades mentales que pueden darse en los pacientes y a las diversas sustancias psicoactivas existentes. Por otro lado, la existencia de dos redes asistenciales distintas para tratar a un mismo enfermo mental y la descoordinación entre ellas (Fernández, 2015; Carceller, 2012).

En la actualidad, existen tres tipos o modelos de tratamiento diferenciados para tratar la patología dual: *el modelo secuencial*, *el modelo en paralelo* y *el modelo integrado* (Fernández, 2015; Torrijos y Palomino, 2017; Confederación Salud Mental España, 2020).

Tabla 1

Modelos de tratamiento para la patología dual

| <i>Modelos</i> | <i>Modelo secuencial</i> | <i>Modelo en paralelo</i> | <i>Modelo integrado</i> |
|---------------------------|---|--|--|
| <i>Figura explicativa</i> |  |  |  |
| <i>Breve descripción</i> | Tratamiento primero de un trastorno, ya sea adictivo o mental, y después el otro. | Tratamiento de ambas patologías de forma simultánea, en distintos centros y por distintos profesionales. | Intervención unificada combinando pautas de tratamiento tanto de salud mental como de drogodependencias. |

Fuente: tabla de elaboración propia a partir de Fernández, 2015; Torrijos y Palomino, 2017; Confederación Salud Mental España, 2020.

Los modelos de tratamiento secuencial y en paralelo no han conseguido dar una respuesta adecuada al problema de la patología dual debido a que la adherencia a los tratamientos es baja, existe una elevada tasa de abandono y de recaídas, no se produce coordinación entre los profesionales de los distintos recursos o si se manifiesta no es adecuada y no se trabaja la comorbilidad entre el trastorno mental y el trastorno adictivo (Fernández, 2015; Torrijos y Palomino, 2017). Por ello, en la actualidad el modelo que más se recomienda y que da mejores resultados es el modelo integrado (Torrijos y Palomino, 2017), debido a que ofrece al paciente dual la posibilidad de tratar la enfermedad mental y la adicción a la vez, combinando el tratamiento farmacológico, psicológico y terapéutico. Además, el tratamiento es realizado y seguido por los mismos profesionales que tienen formación en ambos aspectos lo que permite abordar el doble trastorno adecuadamente. También supone que el paciente no esté cambiando de forma constante de recursos y de profesionales, lo que conseguirá que la relación profesional-paciente sea más adecuada y personal (Fernández, 2015).

4. Objetivos

El recurso va a contar con objetivos generales, específicos y operativos. En cuanto a los objetivos generales, se van a señalar dos, y de estos se van a extraer los diferentes objetivos específicos. Estos son los siguientes:

1. Prestar una atención integral a las personas con patología dual ajustada a sus necesidades específicas y a sus circunstancias actuales.
 - 1.1. Proporcionar la cobertura de las necesidades básicas de las personas con patología dual.
 - 1.2. Facilitar atención ajustada a las necesidades y circunstancias de las personas a partir de un proyecto de intervención individualizada.
2. Promover la autonomía y el funcionamiento social de las personas con patología dual.
 - 2.1. Fomentar la adquisición de unos hábitos y estilo de vida saludable.
 - 2.2. Abordar de forma conjunta la conducta adictiva y los trastornos mentales.
 - 2.3. Aumentar la participación del paciente en su red familiar y social.
 - 2.4. Estimular el desarrollo de pautas conductuales adecuadas.
 - 2.5. Suscitar la ocupación racional del ocio y el tiempo libre.

En relación con los objetivos operativos se van a dividir en áreas de intervención, en las cuales se trabajarán aspectos básicos y esenciales para la vida de las personas con comorbilidad psiquiátrica y adictiva. A continuación se muestran las áreas a trabajar y los objetivos operativos a conseguir en cada una de estas.

1. Área de atención básica.

- 1.1. Conseguir una relación de confianza adecuada entre el usuario o la usuaria y los y las profesionales del recurso.
- 1.2. Establecer una propuesta de intervención individualizada adaptada a las necesidades y circunstancias de cada paciente.
- 1.3. Facilitar un espacio de descanso adecuado y con las condiciones higiénicas y alimentarias necesarias.

2. Área integral de salud.

- 2.1. Controlar de forma periódica el estado clínico del paciente.
- 2.2. Conseguir la desintoxicación total del individuo.
- 2.3. Lograr una reducción de los síntomas psiquiátricos.
- 2.4. Proporcionar información específica sobre los riesgos asociados añadidos al consumo de tóxicos cuando existe una patología psiquiátrica.

3. Área de desarrollo personal y ocio y tiempo libre.

- 3.1. Mejorar las habilidades psicosociales de los usuarios y las usuarias.
- 3.2. Fomentar la motivación personal y la autoestima de los pacientes.
- 3.3. Conseguir que los usuarios y las usuarias se impliquen en actividades de ocio responsable y saludable.

4. Área de integración familiar y social.

- 4.1. Mejorar significativamente las relaciones de los individuos con su red familiar y redefinir su rol en la misma.

4.2. Conseguir que el paciente cuente con un núcleo social estable y saludable que le sirvan de apoyo en el proceso de integración.

5. *Área de formación y empleo.*

5.1. Conseguir que la mayoría de los usuarios y usuarias adquieran un nivel formativo básico.

5.2. Proporcionar a los individuos herramientas para la búsqueda activa de empleo.

6. *Área de prevención de recaídas.*

6.1. Entrenar a los pacientes en aquellas habilidades personales necesarias para afrontar situaciones de riesgo.

6.2. Conseguir reducir el número de recaídas.

7. *Área de asentamiento y desvinculación.*

7.1. Reforzar de forma ambulatoria los logros conseguidos durante la intervención en el período residencial.

5. Participantes

El recurso está destinado a personas con patología dual que no dispongan de condiciones personales, sociofamiliares y asistenciales adecuadas para poder vivir de forma independiente. Los requisitos para acceder a este son: presentar un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica y adictiva, tener entre 18 y 65 años de edad, poseer de capacidad y autonomía suficiente para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y mostrar predisposición y motivación suficiente para participar en el proyecto. La residencia tiene capacidad para albergar a 12 personas.

En cuando al contacto de los participantes con el recurso, se realizará a través de las USM y de las UAD del Servicio Canario de Salud, siendo estas las que deriven a los pacientes con patología dual. La derivación se llevará a cabo por parte de los trabajadores sociales de dichas unidades especializadas, los cuales deberán elaborar una ficha de derivación en la que conste la historia, las características principales del paciente y de sus patologías, información relevante sobre las distintas dimensiones sociales, las intervenciones desarrolladas hasta el momento y la valoración técnica de la pertenencia de que la persona se beneficie del recurso alojativo. Además, deberá ir acompañado de un breve informe médico donde conste el cuadro clínico del individuo interesado.

6. Método

6.1. Metodología empleada

La metodología de intervención utilizada se va a basar en el modelo de tratamiento integrado, ya que es el que ha mostrado menores tasas de recaídas y mayores índices de adherencia y, por lo tanto, el que ha proporcionado mejores resultados. De acuerdo con este modelo, la intervención se va a realizar de forma que se combine el tratamiento de la enfermedad mental y la adicción y será llevado a cabo en un único centro y por los mismos profesionales durante todo el proceso. De igual manera, es imprescindible que el tratamiento se implemente de forma individualizada y flexible, teniendo en cuenta las características, necesidades y circunstancias de cada persona. Además, se debe trabajar de forma coordinada entre todos los profesionales del centro, prestando atención a las distintas facetas del individuo, confiando en todo momento en las potencialidades de este para mejorar sus condiciones de vida y poder reinsertarse adecuadamente a la sociedad en la que vive.

En cuanto a la metodología de trabajo específica, el recurso va a estar guiado por tres modelos de intervención básicos, los cuales son el *modelo transteórico del cambio*, el *modelo biopsicosocial* y el *modelo de calidad de vida*.

El *modelo transteórico del cambio* de Prochaska y DiClemente establece que el desarrollo humano y el cambio es un proceso circular que pasa por diversas etapas, en las cuales se puede producir un avance, un estancamiento o incluso un retroceso (Flecher et al., 2020). De acuerdo con Prochaska (1997), este modelo plantea la existencia de cinco estadios de cambio, los cuales son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En el estadio de precontemplación las personas no tienen la intención de modificar su conducta, ya que no son conscientes de que existe ningún problema. El estado

de contemplación se caracteriza por la consciencia de que existe un problema, comenzando a considerarse la posibilidad de cambiar, aunque sin iniciar ninguna acción. En el estadio de preparación el individuo se compromete de forma seria a realizar cambios, realizando pequeños cambios conductuales. En el estadio de acción es cuando la persona comienza a realizar cambios reales en su comportamiento con el fin de revertir la situación en la que se encuentra. Por último, el estado de mantenimiento es donde el individuo intenta consolidar los cambios realizados, teniendo en cuenta las posibles recaídas.

En cuanto al *modelo biopsicosocial*, iniciado por George Engel en 1977, establece que no existe una única causa que explique el funcionamiento humano, sino que el comportamiento se explica por factores biológicos, psicológicos y sociales (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015; Hernández, 2013). En este sentido, las intervenciones basadas en este modelo buscan un conocimiento integral de la persona y su entorno, combinando el tratamiento farmacológico, psicológico y social. De acuerdo con este modelo es imprescindible una intervención multidisciplinar y analizar diversas esferas del funcionamiento social del individuo.

En lo que concierne al *modelo de calidad de vida* propuesto por Schalock y Verdugo en 2002 plantea que la calidad de vida individual está compuesta por varias dimensiones centrales presentes en todas las persona. De esta forma se establecen ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Verdugo et al., 2013). Las intervenciones basadas en este modelo deben aumentar el bienestar personal y fomentar el cambio individual, tener en cuenta la cultura y el contexto social del individuo e incrementar el grado de autocontrol y las oportunidades de las personas en su ambiente familiar, social y laboral.

6.2. Fases de la intervención

La intervención con los usuarios y las usuarias se va a dividir en cuatro fases fundamentales, existiendo además una fase previa. Es importante señalar que, excepto en la fase previa, cuya intervención es únicamente individual, durante todas las fases se realizarán actividades tanto individuales como grupales. Además, en la segunda, tercera y cuarta fase será necesario la presencia de la familia y el grupo social del usuario o usuaria y la inclusión del individuo en redes formativas y laborales. En relación con la cuarta fase, hay que destacar que esta se llevará a cabo durante el año siguiente a causar baja en el recurso, por lo que se realizará de forma ambulatoria con asistencias puntuales al centro.

La *fase previa* consiste en la derivación del paciente a la residencia, la cual se realiza a través del Servicio Canario de Salud y más concretamente desde las UAD y las USM. En esta fase, el Servicio Canario de Salud debe facilitar los datos personales y clínicos del usuario o usuaria, y de su evolución, manifestando si ha acudido con anterioridad a otros recursos o servicios. Una vez el trabajador social de la residencia cuente con estos datos, se concierta una cita con el paciente y se realiza una primera entrevista, en la cual se busca conocer la situación actual del individuo y su demanda. Tras esta primera valoración y entrevista individual, el trabajador social lleva el caso a la comisión del centro, compuesta por el resto de los profesionales técnicos (psiquiatra, psicólogo y educador social) para analizar el caso en profundidad y determinar si se trata de un perfil de ingreso y su adecuación al centro.

Si la valoración técnica es favorable, comienza la *fase inicial* y la acogida del paciente. Durante esta parte de la intervención se le explica al usuario o usuaria en qué consiste el recurso y cuáles son las normas de funcionamiento de este. De igual manera

se requerirá documentación relacionada con las diferentes áreas de la persona y se recabarán los datos necesarios para la elaboración de un acercamiento diagnóstico. Acto seguido, se hace una devolución del diagnóstico a la persona usuaria, se le plantean los objetivos de intervenciones, las acciones a desarrollar por las partes, la temporalización y los resultados a esperar, plasmándolo en un plan de intervención individualizado consensuado entre el paciente y el profesional. En esta fase se requiere de manera paralela determinar cuáles son las fortalezas y aspectos para mejorar en la persona, debiendo responder los objetivos a esta realidad. Esta primera fase va dirigida a la creación de un clima adecuado y a la constitución de una alianza estable que favorezca la motivación, la adaptación y la adherencia al tratamiento. En esta fase se trabajará el área de atención básica y el área integral de salud, siendo indispensable el tratamiento farmacológico.

En la *segunda fase* se intervendrá el área de desarrollo personal y tiempo libre y de integración familiar y social. El trabajo en la primera área pretende dotar al individuo de las habilidades y herramientas conductuales y cognitivas necesarias para mantener los cambios logrados hasta el momento, a la vez que se busca mejorar la capacidad de autonomía, autoeficacia y autocontrol, y fomentar la ocupación racional y saludable del tiempo libre. En cuanto al área de integración familiar y social es un área imprescindible y fundamental ya que la inclusión de la persona en su familia y en un entorno social adecuado facilitará la motivación y la adherencia al tratamiento. Para ello, al final de esta fase se llevarán a cabo salidas del centro durante períodos cortos de tiempo, con la posibilidad de pernoctar en otro lugar, siempre y cuando este sea adecuado y facilite la reinserción del paciente. Es preciso destacar que, si bien es en esta fase donde se trabajará de lleno dicha área, desde el inicio del proceso se contará con miembros familiares o con alguna figura de apoyo para el paciente para favorecer la intervención.

En la *tercera fase* se trabajarán las áreas de formación y empleo, y de prevención de recaídas. Durante esta parte de la intervención se pretende que el individuo se integre en el ámbito laboral, si procede, y consiga mantener todos los avances logrados durante la intervención, logrando el alta terapéutica en condiciones óptimas y con las herramientas necesarias para la reinserción plena del individuo en la sociedad.

La *cuarta fase* se desarrolla una vez la persona usuaria cause baja en el centro y su objetivo principal es reforzar de forma ambulatoria lo trabajado y logrado en el período residencial, pudiendo producirse asistencias al centro de forma diurna para la realización de algunas actividades que sean adecuadas para su reinserción plena. Esta fase tendrá una duración máxima de doce meses y a esta sólo acudirán aquellas personas que, debido a sus circunstancias y necesidades, el equipo técnico observe que requieren de un seguimiento y apoyo posterior para afianzar los logros alcanzados hasta el momento y procurar su permanencia a medio y largo plazo. De esta forma, el proceso de desvinculación del usuario o usuaria con el centro se lleva a cabo de forma progresiva, y se puede realizar una intervención desde su ambiente sociofamiliar, por lo que el trabajo tendrá una mayor contundencia y los cambios pueden ser más duraderos.

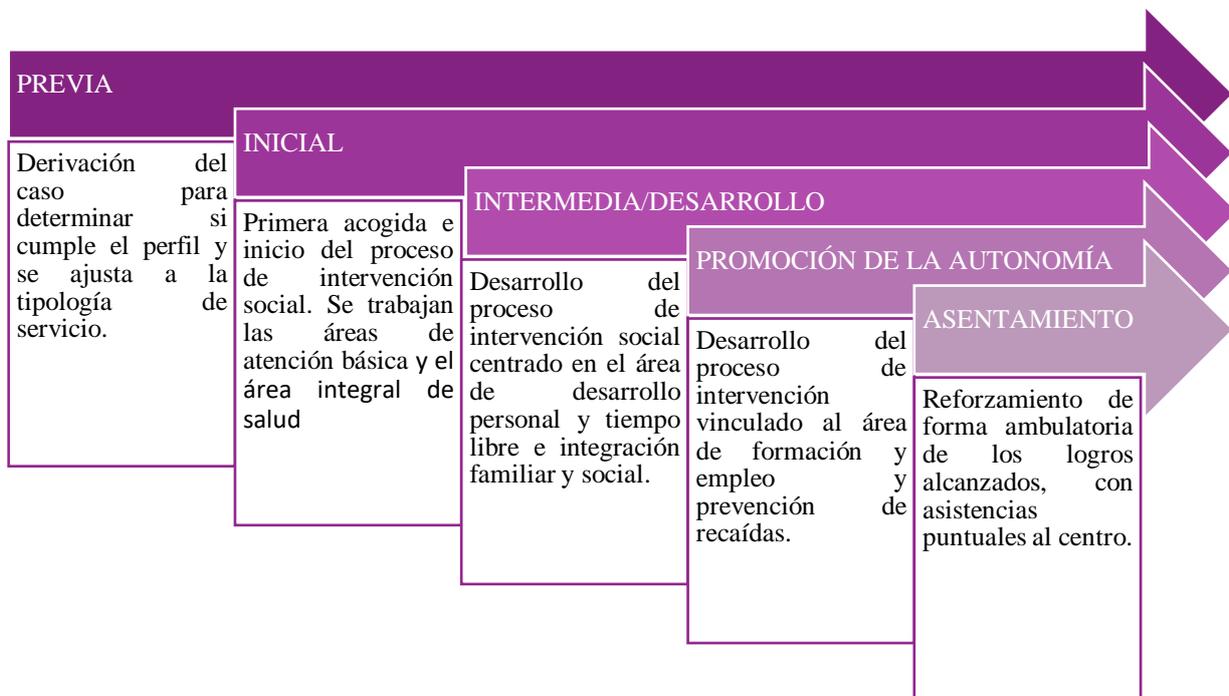
Por último, hay que destacar que, aunque la intervención se divide en fases bien diferenciadas, en cada una de las fases se engloba lo realizado y conseguido con anterioridad, trabajándose de manera acumulativa. De esta forma, en la fase de desarrollo se realizarán las actividades previstas para dicha fase, pero también se seguirán trabajando los objetivos y acciones de la fase inicial.

7. Actividades y tareas

Las actividades propuestas se van a dividir según la fase y el área a trabajar en casa parte del proceso de intervención. Si bien la evolución de las fases tiene un tiempo preestablecido se tendrán en cuenta las características y circunstancias individuales de cada paciente, incidiendo en sus necesidades. También se tendrán en cuenta las preferencias del grupo, por lo que se incluirá a los usuarios y las usuarias en la toma de decisiones cuando se considere conveniente, y se atenderán a sus elecciones y preferencias. A continuación se muestra una ilustración donde se explica la metodología de intervención y las diferentes áreas que la componen. Posteriormente, se desarrollarán las actividades y técnicas que se llevarán a cabo de acuerdo con los objetivos operativos propuestos para cada una de las áreas de intervención.

Ilustración 3:

Metodología de intervención



Fuente: Ilustración de elaboración propia

Tabla 2
Fase previa

| <i>FASE PREVIA</i> | | |
|--|--|--|
| <i>OBJETIVOS OPERATIVOS</i> | <i>ACTIVIDADES/TAREAS</i> | <i>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</i> |
| <i>Conseguir que el Servicio Canario de Salud derive al recurso a personas con patología dual</i> | <p>Difusión del recurso al Servicio Canario de Salud.</p> <p>Presentar información sobre el recurso a profesionales del sector de las drogodependencias y de la salud mental.</p> | |
| <i>Estudiar previamente el estado clínico y la situación biopsicosocial del paciente para evaluar la viabilidad de la intervención</i> | <p>Solicitar información del paciente al Servicio Canario de Salud.</p> <p>Recopilación de información de los usuarios y usuarias.</p> <p>Análisis y sistematización de la información aportada.</p> | <p>Entrevista</p> <p>Reunión</p> <p>Fichas de información</p> <p>Bases de datos clínicos</p> <p>Ficha de derivación</p> <p>Cuestionarios¹</p> |
| <i>Valorar el caso de manera integral por la comisión técnica del recurso</i> | <p>Revisión con detenimiento del caso.</p> <p>Exposición por parte del trabajador social del acercamiento diagnóstico desarrollado con la información disponible del caso.</p> <p>Emisión por parte del equipo de su opinión profesional sobre el caso y determinación del cumplimiento con el perfil requerido.</p> <p>Emisión de la decisión de admisión o no en el recurso.</p> | |

Fuente: Tabla de elaboración propia

¹ Para el diagnóstico están recomendados cuestionarios como (Rodríguez, 2011):

- EuropASI. Valora el índice de gravedad de la adicción
- MINI. Examina los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-V y la CIE-10.
- SCID I y II. Permiten valorar la presencia de patologías psiquiátricas.

Tabla 3
Fase inicial

| <i>FASE INICIAL</i> | | |
|--|---|--|
| 3. ÁREA DE ATENCIÓN BÁSICA | | |
| <i>OBJETIVOS OPERATIVOS</i> | <i>ACTIVIDADES/TAREAS</i> | <i>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</i> |
| <i>1.1. Conseguir una relación de confianza adecuada entre el usuario o la usuaria y los y las profesionales del recurso.</i> | <p>Establecimiento de una relación basada en el respeto, la confianza y la empatía.</p> <p>Escuchar al paciente sin juzgarlo y explicar en todo momento la evolución de proceso de intervención.</p> <p>Establecimiento de las normas de funcionamiento del centro.</p> | <p>Entrevista</p> <p>Ficha de acogida</p> <p>Ficha de datos</p> <p>Documento sobre las normas de funcionamiento del centro</p> |
| <i>1.2. Establecer una propuesta de intervención individualizada adaptada a las necesidades y circunstancias de cada paciente.</i> | <p>Recopilación de información a través del contacto con el paciente.</p> <p>Establecimiento conjunto de objetivos individuales.</p> <p>Formalizar un acuerdo de intervención</p> | <p>Base de datos informática</p> <p>Observación</p> <p>Intervenciones individuales y grupales</p> |
| <i>1.3. Facilitar un espacio de descanso adecuado y con las condiciones higiénicas y alimentarias necesarias.</i> | <p>Proporción de un lugar de descanso.</p> <p>Promoción de unos hábitos de higiene personal y del centro.</p> <p>Limpieza del centro.</p> <p>Talleres nutricionales y de cocina.</p> | |
| 2. ÁREA INTEGRAL DE SALUD | | |
| <i>2.1. Controlar de forma periódica el estado clínico del paciente.</i> | <p>Consultas periódicas con psiquiatría y enfermería.</p> <p>Revisión constante de la medicación pautaada.</p> | |
| <i>2.2. Conseguir la desintoxicación total de los individuos.</i> | <p>Pautar farmacología para atender la abstinencia.</p> <p>Realizar analíticas periódicas.</p> <p>Reforzamiento positivo de la abstinencia.</p> | <p>Cuestionarios</p> <p>Farmacoterapias</p> <p>Terapias individuales</p> <p>Observación</p> <p>Hojas de seguimiento</p> <p>Terapias grupales</p> <p>Video-fórum</p> <p>Refuerzo positivo</p> |
| <i>2.3. Lograr una reducción de los síntomas psiquiátricos.</i> | <p>Tratamiento farmacológico y psicológico adecuado.</p> | |

| <i>FASE INICIAL</i> | |
|--|--|
| <i>2.4. Proporcionar información específica sobre los riesgos asociados añadidos al consumo de tóxicos cuando existe una patología psiquiátrica.</i> | <p>Dinámicas en las que se muestren las consecuencias del consumo de drogas en personas con patología psiquiátrica.</p> <p>Intervenciones sobre el consumo de drogas y sobre los trastornos mentales.</p> <p>Intervenciones para que los pacientes adquieran conciencia de su enfermedad y el mantenimiento de actitudes adecuadas hacia el tratamiento.</p> |

Fuente: Tabla de elaboración propia

Tabla 4

Fase de desarrollo

| <i>FASE DE DESARROLLO</i> | | |
|--|--|--|
| <i>3. ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL Y TIEMPO LIBRE</i> | | |
| <i>OBJETIVOS OPERATIVOS</i> | <i>ACTIVIDADES/TAREAS</i> | <i>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</i> |
| <i>3.1. Mejorar las habilidades psicosociales de los usuarios y usuarias.</i> | <p>Entrenamiento en habilidades emocionales y de comportamiento adaptativas.</p> <p>Entrenamiento e identificación de respuestas alternativas.</p> <p>Identificación y reflexión de los valores y metas personales.</p> <p>Entrenamiento de la inteligencia emocional.</p> | <p>Modificación de conducta</p> <p>Intervención cognitivo-conductual</p> <p>Gestión emocional</p> <p>Role-playing</p> <p>Refuerzo positivo</p> <p>Intervenciones individuales y grupales</p> <p>Entrevista</p> <p>Salidas culturales y lúdicas</p> <p>Salidas deportivas</p> |
| <i>3.2. Fomentar la motivación personal y la autoestima de los pacientes.</i> | <p>Recopilación de los objetivos conseguidos hasta el momento.</p> <p>Trabajar el empoderamiento.</p> | |
| <i>3.3. Conseguir que los usuarios y las usuarias se impliquen en actividades de ocio responsable y saludable.</i> | <p>Orientación en la elección de actividades de ocio responsable.</p> <p>Dinámicas sobre planificación de actividades y el uso del tiempo libre.</p> <p>Talleres ocupacionales.</p> <p>Recopilación de información sobre actividades placenteras para cada individuo.</p> | |

| FASE DE DESARROLLO | | |
|---|--|---|
| 4. ÁREA DE INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL | | |
| <i>4.1. Mejorar significativamente las relaciones de los individuos con su red familiar y redefinir su rol en la misma.</i> | Visitas programadas de los miembros de la familia Salidas programadas al domicilio familiar Reuniones familiares supervisadas por un profesional | Reuniones familiares Terapias individuales Intervenciones familiares Reuniones con otros recursos Salidas y visitas programadas |
| <i>4.2. Conseguir que el paciente cuente con un núcleo social estable y saludable que le sirvan de apoyo en el proceso de integración</i> | Utilización de recursos normalizados. Celebraciones en el centro. Salidas programadas en grupos con características y evolución similares. Análisis de la red social antes de entrar al centro, señalando cuáles pueden suponer un factor de riesgo y cuáles de protección. | |

Fuente: Tabla de elaboración propia

Tabla 5

Fase de promoción de la autonomía

| FASE DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA | | |
|--|---|--|
| 5. ÁREA DE FORMACIÓN Y EMPLEO | | |
| OBJETIVOS OPERATIVOS | ACTIVIDADES/TAREAS | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS |
| <i>5.1. Conseguir que la mayoría de los usuarios y usuarias adquieran un nivel formativo básico.</i> | Búsqueda de cursos de acuerdo con los intereses individuales. Formación básica en el centro. | Intervenciones grupales e individuales Entrevista |
| <i>5.2. Proporcionar a los individuos herramientas para la búsqueda activa de empleo.</i> | Elaboración del currículum vitae. Formación sobre los portales de empleo. Contacto con bolsas de empleo y con el servicio público de empleo. Entrenamiento para afrontar una entrevista laboral. | Reuniones con recursos externos Hojas de seguimiento Talleres de formación |

| <i>FASE DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA</i> | | |
|---|---|--|
| 6. ÁREA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS | | |
| <i>6.1. Entrenar a los pacientes en aquellas habilidades personales necesarias para afrontar situaciones de riesgo.</i> | Identificación de situaciones de riesgo. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de resistencia a presiones. Entrenamiento en potencialidades. | Entrevista Autorregistros Role-playing Intervenciones individuales y grupales |
| <i>6.2. Conseguir reducir el número de recaídas.</i> | Explicación del modelo de prevención de recaídas. Reconocimiento de que la recaída es posible. Reforzar todos aquellos comportamientos alejados del consumo, sobre todo en las salidas programadas. | Intervenciones individuales y grupales |

Fuente: Tabla de elaboración propia

Tabla 6

Fase de asentamiento y desvinculación

| <i>FASE DE ASENTAMIENTO Y DESVINCULACIÓN</i> | | |
|---|--|---|
| <i>OBJETIVOS OPERATIVOS</i> | <i>ACTIVIDADES/TAREAS</i> | <i>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</i> |
| <i>Reforzar de forma ambulatoria los logros conseguidos durante la intervención en el período residencial</i> | Seguimiento semanal por parte del equipo técnico para conocer la evolución de la persona usuaria. Seguimiento del tratamiento farmacológico y control periódico del consumo de drogas. Asistencia al centro de forma diurna para realizar actividades adecuadas a su proceso de integración. | Entrevista Talleres grupales Hojas de seguimiento Reuniones con recursos externos Controles de tóxicos. |

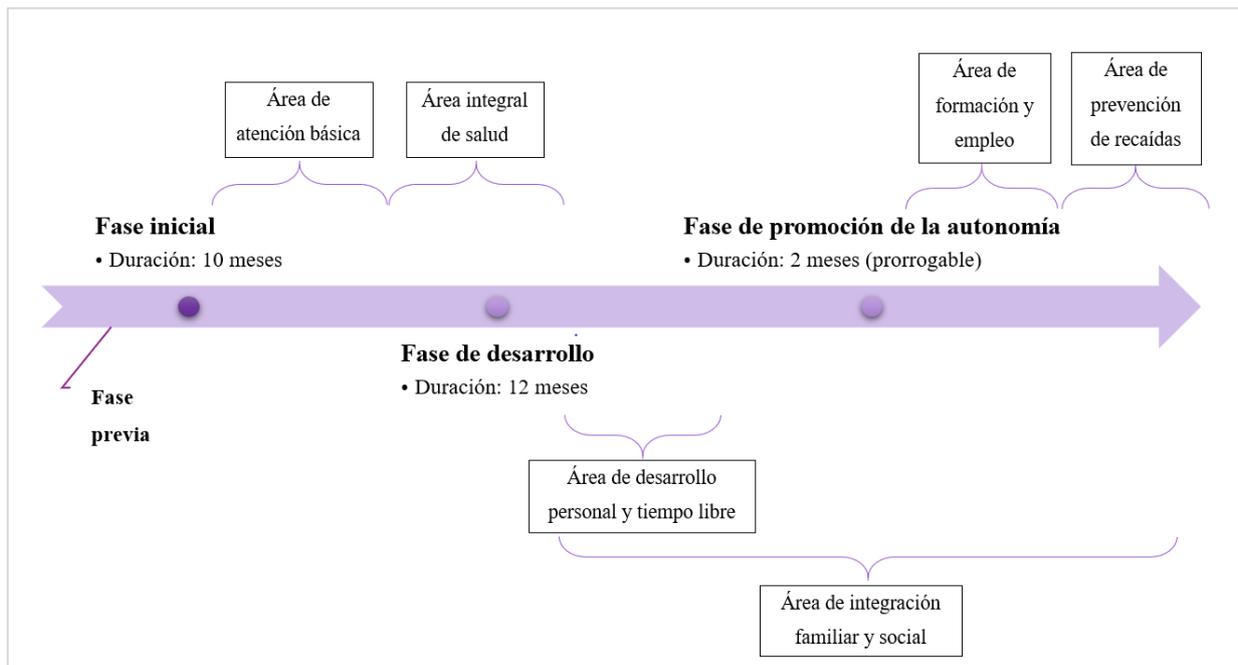
Fuente: Tabla de elaboración propia

8. Temporalización

El proyecto va a tener una duración de dos años, pudiéndose producir una ampliación de seis meses más si las circunstancias y la evolución de los usuarios y las usuarias lo hicieran necesario. A nivel general la fase inicial tendrá una duración de diez meses, la fase de desarrollo de doce meses y la fase de promoción de la autonomía de dos meses. Si las circunstancias lo precisarán se puede hacer una ampliación en la fase de promoción de la autonomía, para que la inserción familiar y sociolaboral del paciente sea plena.

Ilustración 4

Temporalización



Fuente: Ilustración de elaboración propia

Por último, la fase de asentamiento y desvinculación tendrá una duración máxima de doce meses y a esta sólo se incorporarán aquellas personas que el equipo técnico valore que requieren de un seguimiento y apoyo posterior para afianzar el proceso de intervención previo.

9. Localización

El recurso va a estar ubicado en la isla de Tenerife y más concretamente en una zona periférica y sin salir de la zona metropolitana, procurando que se encuentre lo suficientemente alejado de los mayores núcleos de población y del contexto habitual de funcionamiento de las personas, pero lo suficientemente cerca para facilitar la integración y la utilización de los recursos fundamentales de la comunidad para promover la reinserción de la persona, especialmente en la fase final del proyecto. Se estima que la ubicación adecuada sería en la zona de La Esperanza, barrio del municipio de El Rosario, tal y como se refleja en la Ilustración 5.

Ilustración 5

Localización del recurso



Fuente: Ilustración de elaboración propia

10. Administración del proyecto

La administración y gestión del proyecto puede llevarse a cabo mediante cuatro opciones, las cuales serán ordenadas de acuerdo con la previsión de mayor viabilidad.

- 1º La administración y gestión es mixta, de forma que existirían tanto plazas públicas subvencionadas por el Gobierno de Canarias a través del Servicio Canario de Salud, como plazas privadas en las cuales los usuarios y usuarias o su entorno se haría cargo del coste del recurso.
- 2º La administración del centro estaría a cargo del Servicio Público del Servicio Canario de Salud, pero estaría gestionado indirectamente por una empresa o una entidad del tercer sector que presentarían su candidatura a través de un concurso o licitación pública.
- 3º La administración del recurso la llevaría el Gobierno de Canarias, a través del Servicio Canario de Salud y estaría gestionado directamente por dicha administración Pública.
- 4º El proyecto sería totalmente privado, a cargo de una empresa o una entidad del tercer sector, y los usuarios y usuarias pagarían complementemente su plaza para poder acceder al recurso.

En cuando a la organización interna, el recurso estará coordinado y dirigido por un trabajador social y formado por un equipo multidisciplinar de diez trabajadores. Por categoría profesional cuenta con un psicólogo, un psiquiatra, un educador social y seis integradores sociales. En relación con la comunicación y la toma de decisiones interna, de forma semanal se realizarán reuniones de equipo en la cuales se analizará el trabajo realizado y se evaluará la evolución de los usuarios y las usuarias a través de una mesa de

valoración de casos donde participarán todos los técnicos en turno. Además, se contará con una serie de indicadores de seguimiento y evaluación que deberá registrar diariamente cada trabajador y trabajadora en función de su área de conocimiento. Dichos indicadores estarán vinculados con el número de acogidas, intervenciones individuales, intervenciones grupales, intervenciones educativas, coordinaciones con la red de recursos, gestiones, trámites, traslados, acompañamientos, etc. Dichos indicadores deberán facilitados por cada técnico (en el caso de los integradores sociales de manera conjunta) al coordinador durante los primeros 5 días de cada mes para su revisión e incorporarlos en la memoria cuantitativa mensual. Asimismo, se elaborará una memoria cualitativa relacionada con la interpretación de los datos alcanzados. Las memorias estarán disponibles para el Servicio Canario de Salud y las administraciones y estamentos que lo requieran. Además, aportarán una información de alto valor para conocer la realidad de la patología dual. Por último, con todas las memorias mensuales se realizará una memoria anual donde quedarán reflejados todos los resultados alcanzados por el recurso

En lo que concierne a las relaciones externas, se establece una relación continua con un servicio de catering que proveerá al centro del almuerzo y la cena de los usuarios y usuarias. Asimismo, se requerirá de un servicio de limpieza hasta que se integre esta actividad como una responsabilidad más de las personas usuarias, pues uno de los propósitos de este tipo de servicio es promover la autonomía a través del entrenamiento y la adquisición de nuevas competencias y habilidades, muchas de ellas esenciales para la vida diaria. También se prevén relaciones con otras organizaciones con objetivos similares para la realización de actividad, con el Servicio Canario de Empleo y otras instituciones encaminadas a la formación e inserción laboral de los usuarios y usuarias y cualquier otro organismo que ayude a conseguir los objetivos propuestos en el centro.

11. Recursos

Los recursos necesarios para la realización del proyecto se dividen en recursos humanos, materiales, técnicos e infraestructura².

En cuanto a los *recursos humanos*, se precisa de un trabajador social que realizará funciones de dirección y coordinación del centro, un educador social, un psicólogo, un psiquiatra y seis integradores sociales. Además, durante los primeros tres meses se contará con un servicio de limpieza externo y posteriormente las labores de limpieza las llevarán a cabo los usuarios y usuarias del centro. Los *recursos materiales* necesarios son los siguientes: 12 camas, almohadas, sábanas, armarios pequeños, dos lavadoras, sillas, mesas, vajilla, sartenes y calderos, material didáctico, material deportivo, material de mantenimiento y productos alimenticios. Con relación a los *recursos técnicos* harán falta test y escalas científicamente validadas, instrumentos para el registro y la sistematización de la información de los usuarios y usuarias, herramientas para la coordinación entre los profesionales y programas de gestión de casos.

Por último, en cuanto a la *infraestructura* el proyecto se debe desarrollar en una vivienda grande e independiente, de dos plantas sin barreras arquitectónicas³ y con zona ajardinada. En la primera planta se debe encontrar un recibidor, los despachos de los profesionales, una consulta médica, una cocina-comedor con despensa, una lavandería, una sala para terapia grupal, un aseo y un cuarto para el guardado de materiales diversos.

² A la hora de analizar los recursos necesarios para la puesta en marcha del proyecto se ha tenido en cuenta lo señalado en el Decreto 67/2021, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias y su posterior modificación prevista en el Decreto 154/2015, de 18 de junio.

³ El centro deberá cumplir con lo establecido en el Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación y el Decreto 148/2001, de 9 de julio, por el que se modifica el Decreto 227/1997, de 18 de septiembre; que aprueba el reglamento de la Ley 8/1995, de 6 de abril, de accesibilidad y supresión de barreras físicas y de la comunicación.

Además, sería conveniente que esta planta contara con una zona al aire libre, en la que hubiera jardines, un huerto, un espacio de reunión y una cancha deportiva. En la segunda planta se ubicarían las habitaciones compartidas y los baños y duchas.

Por último, harán falta recursos económicos para cubrir todos los gastos derivados del proyecto, propios de la vivienda, de los recursos humanos, materiales y técnicos, de la alimentación de los usuarios y usuarias, de los productos de aseo personal y de higiene del centro, de los suministros de agua y luz, del mantenimiento adecuado del centro, del mobiliario y de todo el material necesario para que el centro funcione correctamente. Teniendo en cuenta todo ello, se prevé necesario un total de 24.403€ al mes.

12. Presupuesto y plan de financiación

12.1. Presupuesto

En relación con el presupuesto estimado, se establece una división de dos partidas principales. La primera partida (tabla 7) señala los gastos relacionados con el mantenimiento y sostenimiento del centro. La segunda partida (tabla 8) manifiesta los gastos asociados a los recursos humanos.

Tabla 7

Partida A: Gastos relacionados con el mantenimiento y sostenimiento del centro

| PARTIDA A: GASTOS RELACIONADOS CON EL MATENIMIENTO Y SOSTENIMIENTO DEL CENTRO | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------|
| <i>CONCEPTO</i> | <i>DESCRIPCIÓN</i> | <i>COSTE MENSUAL</i> | <i>COSTE ANUAL</i> |
| <i>Alquiler vivienda</i> | Coste del centro y de los gastos de la gestión de los residuos sólidos urbanos | 1000€ | 12.000€ |
| <i>Suministros</i> | Contempla los gastos de agua, luz, teléfono e internet | 520€ | 6.240€ |
| <i>Alimentación</i> | Incluye los gastos del catering y los alimentos para la cobertura de los desayunos y meriendas | 5.040€ (14€ persona/día) | 60.480€ |
| <i>Higiene y limpieza</i> | Engloba todos los productos de aseo personal para las personas usuarias y aquellos relacionados con la limpieza del centro. | 460€ | 5.520€ |
| <i>Mobiliario</i> | Hace referencia a todos el mobiliario y electrodomésticos necesarios para el funcionamiento del centro (cocina, habitaciones, despachos, sala, lavandería, zonas comunes, jardín, etc.) | 24.800 ⁴ € | 4.960€ |
| <i>Menaje cocina</i> | Incluye todos los utensilios básicos para la cocina. | 1.150 ⁴ € | 230€ |
| <i>Material deportivo</i> | Engloba balones, gomas elásticas, colchonetas, porterías, canastas, etc. | 1.860 ⁴ € | 372€ |

⁴ Se hace la inversión al inicio en la puesta en funcionamiento del centro y se estima que se amortiza y tiene una durabilidad de 5 años. Por tanto, el coste total de la inversión se distribuye entre cada 5 años de proyecto.

**PARTIDA A: GASTOS RELACIONADOS CON EL MANTENIMIENTO Y
SOSTENIMIENTO DEL CENTRO**

| <i>CONCEPTO</i> | <i>DESCRIPCIÓN</i> | <i>COSTE MENSUAL</i> | <i>COSTE ANUAL</i> |
|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------|
| <i>Material didáctico</i> | Incluye los materiales necesario para realizar para realiza talleres, actividades manuales y para la formación básica. | 80€ | 960€ |
| <i>Gastos de mantenimiento</i> | Se subcontratan los servicios que se requieran para la reparación de las averías y desperfectos que vayan surgiendo en el centro. | 280€ | 3.360€ |

Fuente: Tabla de elaboración propia

Tabla 8

Partida B: Gastos relacionados con los recursos humanos

PARTIDA B: GASTOS RELACIONADOS CON LOS RR.HH⁵.

| <i>Categoría profesional</i> | <i>Grupo profesional</i> | <i>Nº de trabajadores</i> | <i>Jornada semanal</i> | <i>Horario</i> | <i>Coste mensual</i> | <i>Coste anual</i> |
|--|--------------------------|---------------------------|------------------------|--|----------------------|--------------------|
| <i>Trabajador/ social-director/a</i> | 0 | 1 | 100% | De lunes a jueves de 8 a 16 horas Viernes de 8 a 14 horas | 3.037,23€ | 42.521,2€ |
| <i>Psicólogo/a</i> | 1 | 1 | 20,51% | Los martes y jueves de 16 a 20 horas. | 503,1€ | 7.043,9€ |
| <i>Educador/a social</i> | 1 | 1 | 76,92% | De lunes a viernes de 9 a 15 horas. | 1.868,89€ | 26.416,5€ |
| <i>Psiquiatra</i> | 1 | 1 | 10,26% | Los miércoles de 16 a 20 horas. | 251,69€ | 3.523,7€ |
| <i>Técnico/a en integración social</i> | 1 | 6 | 76,92% | De lunes a domingo de 8 a 20 y de 20 a 8 horas. Rotatorio de 2 días de trabajo y 4 de descanso con un equipo de mañana y otro de noche. | 10.898,62€ | 152.580,7€ |

Fuente: Tabla de elaboración propia

⁵ El convenio laboral de aplicación por las características del recurso es el Convenio de Acción e Intervención social, por lo que los gastos de personal estarán relacionados con lo establecido en la tabla salarial actualizada en el año 2021.

Tabla 9
Coste de una plaza en el recurso

| <i>Costes</i> | <i>Partida A</i> | <i>Partida B</i> | <i>Total</i> |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|
| <i>Coste anual</i> | 94.122€ | 232.086€ | 326.208€ |
| <i>Coste mensual</i> | 7.843,5€ | 16.559,3€ | 24.403€ |
| <i>Coste persona/mes</i> | | | 1.626.86€ |
| <i>Coste de persona/día</i> | | | 54,22€ |

Fuente: Tabla de elaboración propia

12.2. Plan de Financiación

La financiación dependerá de la tipología de la administración del recurso, en función de las opciones planteadas. De esta forma, si se opta por una administración mixta, el 50% de las plazas estarían subvencionadas por el Gobierno de Canarias y el otro 50% serían plazas privadas, y por lo tanto, el coste lo asumirían los usuarios y usuarias. En el caso de que el centro lo administre una entidad pública, el servicio estaría completamente subvencionado por el Gobierno de Canarias. Por último, si la administración es privada, los costes lo asumirían de forma completa los usuarios y usuarias del centro o sus familiares.

13. Sistema de evaluación

En este proyecto se va a realizar tanto una evaluación formativa a lo largo del proceso de implementación del proyecto, como una evaluación sumativa, una vez que el usuario o usuaria cause baja en el recurso. La evaluación formativa tiene como finalidad conocer cómo se está llevando a cabo del proceso y ajustar la intervención a la realidad cambiante con la que se interviene. Por su parte, la evaluación sumativa, analiza los resultados finales, y por lo tanto, la consecución de los objetivos iniciales propuestos. En cuanto a la metodología de la evaluación será mixta, utilizando tanto técnicas cualitativas como cuantitativas, lo que aportará una visión global y un mejor acercamiento a la realidad.

La información se va a recopilar de acuerdo con tres niveles: proceso y resultados logrados, satisfacción de las personas usuarias y servicios.

- Evaluación del *proceso y los resultados logrados*. Se elaborará un cuadro de mando donde se definirán los procesos y resultados clave diferenciados por año, evaluándose el porcentaje de cumplimiento de los objetivos internos propuestos y también los objetivos del financiador. Para ello se utilizarán indicadores como el tiempo de permanencia en el recurso, el número de actividades en las que el usuario participa, el resultado de los controles analíticos, el número de altas terapéuticas o la consecución de los objetivos terapéuticos, entre otros.
- Evaluación de la *satisfacción de las personas usuarias*. Se valorará de forma periódica la satisfacción de los pacientes y sus familiares, estableciéndose una asamblea mensual en la cual se harán aportaciones y propuestas de mejora.

Igualmente, se contará con un buzón de sugerencias y quejas, así como hojas de reclamación.

- Evaluación de los *servicios del recurso*. Se establece que diariamente cada profesional deberá registrar una serie de indicadores en función de su área de conocimiento, los cuales serán facilitados mensualmente al coordinador. Dichos indicadores estarán vinculados con el número de acogidas, intervenciones individuales y grupales, intervenciones educativas, coordinaciones con otros recursos, gestiones, trámites, etc. Igualmente, se requiere un registro de los gastos y control presupuestario.

En cuanto a los instrumentos de evaluación se emplearán diferentes cuestionarios, entrevistas, valoraciones, análisis de evidencias y escalas de valoración de las diferentes áreas del servicio. Además, se establecen reuniones periódicas de coordinación internas y externas con otros recursos. Por último, se elaborará una memoria anual en la que queden reflejados todos los resultados alcanzados por el recurso, las cuales estarán disponibles para el Servicio Canario de Salud y para las administraciones que lo requieran.

14. Factores externos

Existen factores externos que van a influir negativa y positivamente en el proyecto. En cuanto a los factores positivos se encuentran los siguientes:

- No existen recursos que den respuesta a los problemas de las personas con patología dual y este proyecto va a intervenir con dicha necesidad de forma especializada, mejorando las condiciones de vida de estos pacientes y sus familiar.
- Se producirá un ahorro en el sistema de salud al preverse menores situaciones de descompensación y deterioro de salud.
- En los últimos años existe una predisposición por parte de las administraciones públicas a buscar soluciones frente a esta problemática.
- Existe un grupo de población con capacidad económica para costear este servicio e incluso se puede plantear el copago por estos servicios, pudiendo derivar de las pensiones u otros ingresos que tengan reconocidas las personas con una enfermedad mental.
- Permitirá recabar información valiosa y concreta sobre esta realidad, lo que permitirá plantear propuestas más ajustadas a las necesidades de este colectivo, obtener mejores resultados y replicar esta experiencia en otras partes del territorio autonómico e incluso nacional.

En relación con los factores externos negativos se pueden señalar los que se especifican a continuación:

- Elevado coste de la intervención. Se requiere trabajar con un número reducido de personas y disponer de un equipo multidisciplinar que permita atender a todas las necesidades, lo que implica un mayor engranaje y coordinación entre

profesionales de diferentes áreas y perfiles, así como también un coste elevado en las partidas de recursos humanos.

- Se trata de un proyecto piloto que no dispone de un punto de partida y donde el primer año se requerirá de una evaluación exhaustiva para determinar su nivel de viabilidad. Ello se constituye como cierto elemento experiencial que se construirá en función de la experiencia, pero que a su vez permitirá adaptarlo a las necesidades y realidades de las personas usuarias y dar una respuesta más ajustada
- Dificultades para localizar profesionales con experiencia previa y conocimientos específicos en la patología dual, por lo que posiblemente se requiera diseñar un plan de formación previo y durante la ejecución para la capacitación del personal.
- Necesidad de hacer una campaña de difusión entre los recursos y profesionales de la red para dar a conocer el recurso, establecer sinergias y mecanismos de coordinación, promover la derivación de casos, etc. Se estima que durante los dos primeros años de proyecto se requiera desarrollar una acción concienzuda al respecto.
- En el caso de que se gestione a través de un concierto o sea un recurso propio que salga a licitación pública, se requerirá de la administración pública.
- En el caso de que se valore explotar la alternativa privada, se requeriría de cierta prospección para dar a conocer el recurso a los potenciales clientes

Referencias bibliográficas

- Albalat, C. (2015). *Perfil Clínico y de Personalidad en Patología Dual*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.
- American Psychiatric Association. (2018). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basuarte, I., y Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Revista Adicciones*, 29(3), 186-194.
- Ballesteros, M. y Sarmiento, J. (2014). Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 5(1), 33-41.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las Drogodependencias*. Ministerio del Interior.
- Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martín, E., López, N., y Haro, G. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, 22(1), 15-24.
- Bernal, L., y Castaño, G. (2017). Neurobiología de la patología dual. *Salud y drogas*, 17(2), 101-114.
- Carceller, N. (2012). Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre. *Arxiu d' Etnografia de Catalunya*, (12), 83-105.
- Carpentieri, M., Cejas, M., García, M., Puyol, B., Santana, T., y Tosco, P. (1999). *Cuadernos de información sobre drogas para trabajadores*. Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.
- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre (2015). *Proyecto Hombre: el modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. Asociación Proyecto Hombre.

- Confederación Salud Mental España (2020). *Apuntes sobre Patología Dual. Propuestas de la Red de Salud Mental España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Fernández, S. (2015). *Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual*. Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona.
- Flecher, Y., Rodríguez-Góngora, J., y Rodríguez-Rodríguez, J. (2020). Modelo Transteórico de cambio: propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, 1(3), 21-28.
- Hernández, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social*, (52), 314-325.
- Ibañez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., y Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182.
- Marín, R., y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(6), 395-396.
- Mateu, G. (2019). *Factores Genéticos en Patología Dual*. Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.
- MedlinePlus (4 de noviembre de 2019). *Salud Mental*. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
- Medranda, M., y Benítez, M. (2006). Conceptos básicos sobre drogadicción. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (8), 35-42.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud de España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Informe de la Evaluación Final*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2019). *Estadísticas 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). *EDADES 2019/2020. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*. Ministerio de Sanidad.
- Ordóñez, J., Ojeda, M., Aguilera, J., León, L., Astudillo, K., Rosales, A., y Piedra, P. (2019). Prevalencia de patología dual en el centro de reposo y adicciones (CRA). Cuenca, abril-diciembre 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca*, 37(2), 31-39.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. *Organización Mundial de la Salud*.
- Oviedo, M. (2019). Patología Dual. *Ciencia & Salud*, 1(4), 5-8.
- Prochaska, J. (1997). The Transtheoretical Model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Servicio Canario de la Salud (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.
- Servicio Canario de la Salud (2020). *IV Plan Canario sobre Adicciones 2020/2024*. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.
- Sociedad Española de Patología Dual (2018). *Histórico. Eventos SEPD*. <https://patologiadual.es/congresos-y-actividades/eventos-sepd-historico/>
- Sociedad Española de Patología Dual (2018). *Quiénes Somos. Misión, Visión y Valores*. <https://patologiadual.es/sepd/quienes-somos/>

- Szerman, N. (2016). Protocolos de Intervención: Patología Dual. Introducción a la Conceptualización de la Patología Dual. *Sociedad Española de Patología Dual*.
- Szerman, N., y Martínez-Raga, J. (2015). Dual disorders: two different mental disorders?. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(2), 61-64.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J., Montanari, L., Vicente, J. y Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5.
- Torrijos, M., y Palomino, A (2017). Patología dual y enfermería: una revisión bibliográfica. *Revista de Patología Dual*, 4(1).
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., Basuarte-Villamor, I., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Piqué, N., y Casas, M. (2015). Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España. Resultados de una encuesta a nivel nacional. *Saned*.
- Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L., y Jordán de Urríes, B. (2013). Calidad de vida. En M. Verdugo y R. Schalock (Coords.), *Discapacidad e Inclusión* (pp. 443-461). Amarú.