

El perfil y el proceso de intervención biopsicosocial del paciente con Patología Dual

Autor: Diego Simancas Santos.

Tutor: Juan Manuel Herrera Hernández.

Grado en Trabajo Social

Universidad de La Laguna

Septiembre 2017

“Los terapeutas hábiles saben cuándo extraer material sensible, retroceden cuando es necesario y salen al cruce de las evitaciones. Pueden caldear un relato monótono o enfriar otro demasiado caldeado. Cambian de palabras, estilo y modo de expresión”.

Aaron Beck, 1995

INDICE

RESUMEN

1. PRESENTACIÓN.....	1
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1 PREVALENCIA	11
2.2 TRATAMIENTO	11
2.3 RECURSOS.....	12
3. METODO	16
OBJETIVOS.....	16
3.3 PARTICIPANTES	16
3.4 TÉCNICA / INSTRUMENTOS.....	17
3.5 PROCEDIMIENTO	17
4. RESULTADOS	18
4.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA LOS PROFESIONALES	18
4.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE LA LAGUNA, OFRA Y SANTA CRUZ.....	22
5. DISCUSIÓN	28
6. CONCLUSIONES	32
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	38

RESUMEN

El término de Patología Dual es bastante irreconocible, pero nos puede resultar más cercano el concepto, si lo explicamos de forma coloquial, como la presencia de un trastorno mental y una drogodependencia en un mismo usuario/a.

En el siguiente trabajo, se plantea la relación entre los ámbitos de la salud mental y la drogodependencia, así como la intervención que desde el Trabajo Social se despliega con estos/as pacientes.

Además, se analizará cual es el papel y cuáles las competencias que en dicha materia tiene el profesional del Trabajo Social tanto con los pacientes como con las familias y cuál es su labor dentro del equipo multidisciplinar.

Concluyendo, se puede extraer tras la investigación, que el perfil de paciente recurrente en los centros donde se ha indagado es; varones con rango de edad comprendidas entre los 40-44 años y 45-49 años son los que más demanda tratamiento por una adicción a la heroína y con algún trastorno de personalidad, que han acudido al centro por iniciativa propia o directamente, derivados por salud mental.

Todo ello conlleva la necesidad del desarrollo de estrategias efectivas dada la exigencia del campo y la confirmada coexistencia entre los trastornos mentales y el consumo de drogas.

1. PRESENTACIÓN

Este Trabajo Fin de Grado (TFG), pretende responder a los requisitos exigidos para la obtención del título de grado en Trabajo Social.

La elección del tema está basada en la relación de las drogas en la salud mental dentro del contexto del Trabajo Social y más concretamente nos focalizaremos en el concepto patología dual, dado que tras el rastreo de información por varias vías, aparecía este término y terminó por cautivarme.

Mi interés profesional por la salud mental y la preocupación que me suscita el consumo de drogas, sobre todo en la población joven, me ha llevado a la realización de este trabajo. Con él pretendo dar a conocer la realidad que, cada vez, viven más personas y sus familias, la necesidad de articular servicios y formar a los profesionales con el objetivo de atender a todos ellos de la mejor manera posible.

El trabajador/a social aporta a la intervención en Patología Dual esa visión de la persona dentro de un contexto total, que abarca todas las dimensiones que le son propias. Por ello, una de las motivaciones que han promovido en mí lo necesario para la elaboración de este trabajo fin de grado, es la experiencia que he obtenido en el campo de prácticas de los últimos años en el ámbito de la atención a las drogodependencias, en la Unidad de Atención a las Drogodependencias de Ofra, de la Asociación San Miguel Adicciones.

A medida que llevaba a cabo dicha intervención en este campo, se pudo percibir un alto índice de prevalencia en usuarios/as con patologías mentales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas al igual que la presencia de diversas carencias en el ámbito social. Debido a eso, he considerado realizar un análisis de la prevalencia de la Patología Dual en ciertos pacientes, y observar si existen algunas características comunes entre ellos/as.

Además, se abordará la complejidad que tiene esta dualidad desde el punto de vista profesional, sino también la dificultad que supone para los familiares de estas personas poder atajar el problema, más aun, cuando no se dispone del apoyo necesario y

se enfrentan de una manera brusca y en soledad a una situación que socialmente implica la estigmatización de quienes la sufren de una forma directa o indirecta.

Respecto a la estructura del documento, éste se compone de cinco bloques principalmente: una introducción donde se reflejará (a través de documentos, investigaciones previas, etc.) el problema estudiado, una metodología, comenzando con el planteamiento del problema y la definición de los objetivos, para posteriormente prestar especial atención a la técnica y/o instrumentos de recogida de datos, donde la entrevista ha sido el procedimiento llevado a cabo. Con el análisis de las entrevistas, así como la base de datos del Servicio Canario de Salud “Cedro”, se obtendrán los resultados y las conclusiones, así como la discusión y se pondrá un punto y final a esta investigación.

2. INTRODUCCIÓN

Este apartado sustenta la base teórica de la investigación, que se verá reflejada en epígrafes posteriores. Esto se logrará mediante la aproximación hacia los conceptos que se han considerado necesarios para una mejor comprensión del tema estudiado.

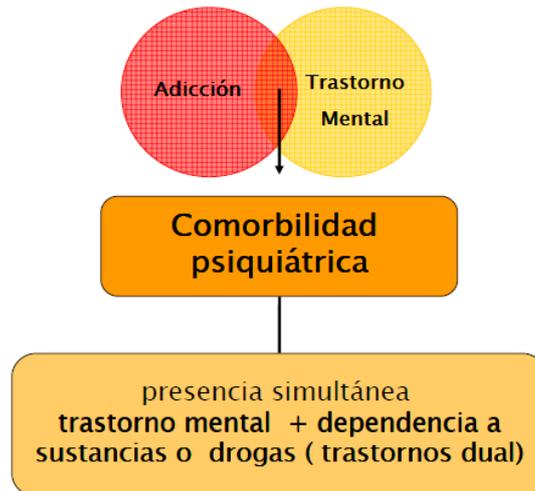
El siguiente trabajo, plantea la relación entre los ámbitos de la salud mental y la drogodependencia, así como la intervención que desde el Trabajo Social se despliega con estos/as pacientes, además, de analizar cuál es el papel y cuáles las competencias que en dicha materia tiene el profesional del Trabajo Social tanto con los pacientes como con las familias y cuál es su labor dentro del equipo multidisciplinar.

El término de Patología Dual es bastante irreconocible, pero nos puede resultar más cercano el concepto, si lo explicamos de forma coloquial, como la presencia de un trastorno mental y una drogodependencia en un mismo usuario/a.

El consumo de sustancias psicoactivas puede producir un gran número de efectos y trastornos de tipo mental y físico que puede conllevar lo que hoy en día denominamos “Patología Dual”. Este concepto representa la asociación cruzada (coexistencia o comorbilidad, si se prefiere) de dos situaciones clínicas: la presencia de un trastorno mental, por un lado, y por otro el uso patológico de sustancias tóxicas (consumo o abusos inadecuados, así como dependencia de drogas).” (Babín y Insúa, 2006, p.45).

La patología dual es un término que engloba la coexistencia de dos situaciones clínicas o patologías; un trastorno mental y una adicción. El origen de esta enfermedad sigue siendo, a fecha de hoy, desconocido, aunque las fuentes consultadas revelan que los factores biopsicosociales están implicados. Por ello, se ha marcado como objetivo de este trabajo el estudio de esos factores en pacientes drogodependientes que sufren patología dual.

Este concepto unificador de las dos patologías nos abre un campo de factores internos y externos que directa o indirectamente afectan al individuo y que son motivo de análisis y estudio en el presente trabajo.



Fuente: Center for Substance abuse treatment, 1994; Woody, McLellan, et al, 1991

Según se avanza en el estudio se observa que los trastornos psicóticos, esquizofreniforme, afectivos, de ansiedad y de trastornos de la personalidad, son los más frecuentes que, junto al policonsumismo por distintas vías de administración es el desencadenante de las drogodependencias.

Partiendo de una definición exacta y consensuada desde el APA (American Psychiatric Association), el trastorno de personalidad queda definido según el DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como : “Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto (DSM-IV-TR, 2002).

Tras definir trastorno de personalidad, es fundamental explicar cuál de las enfermedades son las más comunes según la Sociedad Española de Patología Dual (2009) en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Estas son las siguientes:

- **Depresión:** se puede decir que cuando el estado de ánimo de una persona sufre sentimientos de tristeza continuados o síntomas que afectan a la capacidad de relacionarse con otras personas, o en la vida diaria, esto se convierte en una enfermedad conocida como depresión.

- Esquizofrenia: es un trastorno caracterizado por distorsiones del pensamiento, de la percepción y las emociones. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan voces que otros no escuchan o piensan que los demás pueden leer su mente o que pueden controlar sus pensamientos. Esto puede aterrorizarlas y convertirlas en personas retraídas y fácilmente irritables.
- Ansiedad: se trata de un trastorno determinado por la aparición incontrolable de inquietudes excesivas, desproporcionadas y persistentes. Los síntomas pueden ser variables, aunque lo más frecuente son quejas de sentir nerviosismo constantemente, palpitaciones, sudoración, etc.
- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): es un trastorno complejo y multifactorial caracterizado por un patrón general de comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. Las personas con este trastorno suelen ser también descuidados e impulsivos.
- Trastorno bipolar: se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y la actividad (depresión).
- Trastorno Límite de Personalidad: es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un estado de ánimo inestable.

Tras indagar sobre el concepto más íntegro de patología dual, la Asociación Dual la define como: “asociación cruzada de dos situaciones clínicas, la presencia de un trastorno mental, por un lado, y por otro, el uso patológico de sustancias tóxicas”. El mismo organismo hace referencia al término “Asociación Cruzada” como el cruce entre ambos ejes, la droga y la psicopatología. Hemos de decir que, a pesar de la alta afección y de ser un concepto aceptado por la comunidad científica, como recoge la Sociedad Española de la Patología Dual (SEPD), ésta no está reconocida en el DSM-IV, el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ni en el CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades).

Sin embargo, Miguel Casas, define como concepto unificador al que se le denomina “Patología Dual” como propuesta etiopatogenia explicativa que, en primer lugar, se define como un elevado consumo de sustancias psicotrópicas entre los pacientes con un trastorno psiquiátrico y, en segundo lugar, la elevada prevalencia de psicopatología entre los individuos que han desarrollado una adicción (Casas, M. 2016)

Este concepto unificador que conlleva dos problemáticas, la psiquiátrica y la drogodependencia, considero están directamente relacionados con una serie de factores tanto externos como internos que configuran la anatomía psicológica y fisiológica de los pacientes con esta prevalencia. Algunos de los conceptos con más hincapié en el desarrollo y comprensión de la Patología Dual son: droga, drogodependencia, y las percepciones de salud mental y trastorno mental.

Al respecto del Doctor Casas, Bustos (2012, p.5) puntualiza que el término patología dual “hace referencia a un modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de alteraciones que hace a las sustancias más placenteras que para el resto de los individuos, y estas deficiencias, genéticamente determinadas, son corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos también pueden surgir como consecuencia de los efectos tóxicos, directos e indirectos, de la droga consumida, lo cual demuestra la complejidad de esta entidad clínica”.

Como recalca Martín (2009), las drogas son sustancia que afectan de forma depresora al sistema nervioso central, siendo éste el encargado de la coordinación de los diferentes órganos y de la coordinación de nuestro cuerpo.

Tabla n^o1: En esta tabla se evidencia la definición de **Droga** por parte de dos autores como son; Miguel Casas y Carlos Roncero y por otra parte la Organización Mundial de la Salud.

AUTOR	CONCEPTO	DEFINICIÓN
Miguel Casas Carlos Roncero	Droga	Sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso central, que puede llegar a producir alteraciones del comportamiento (incluye drogas habituales, medicamentos y sustancias de uso doméstico). Comúnmente es sinónimo de sustancia psicoactiva que puede generar abuso y dependencia, y tiene un efecto dañino. Si la sustancia es prescrita, se denomina fármaco o medicamento.
Organización Mundial de la Salud	Droga	Toda sustancia que introducida en el organismo vivo, por cualquier vía, inhalación, ingestión, intramuscular o endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico; es decir, es capaz de cambiar la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento de la persona y es susceptible de generar en el usuario o consumidor la necesidad de seguir consumiéndola.

Fuente: Elaboración Propia

Otro de los términos que hemos tenido en cuenta ha sido la **drogodependencia**, al que la OMS aportó su primera definición en 1964, afirmando que éste es “un estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética”. Actualmente, esta misma organización la ha calificado cómo: “el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga), en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.”

A continuación, referenciamos dos conceptos que abordan de lleno la naturaleza de este trabajo. Enumeramos en primer lugar, la **salud mental** cómo “un estado de bienestar en el cual, el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, (OMS, 2004). Por otro lado, a partir del diccionario Mosby-Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (2001), **el trastorno mental** “se trata de cualquier variación del equilibrio emocional, manifestado por un comportamiento de mal adaptación o de una perturbación funcional ocasionada por

factores genéticos, físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Villanueva, 2001, p. 1503).

Esta convergencia existente entre las áreas de la salud mental, así como de la drogodependencia es, si cabe, mucho más compleja que otras problemáticas junto con su abordaje. La patología dual es aún un campo descuidado tanto por la salud, como de la ciencia, a pesar de que está cada día más arraigada en la sociedad actual y generando que esta problemática, con el paso del tiempo, vaya evolucionando y masificándose en lo que a pacientes respecta.

Es por ello, que el doctor y presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), Néstor Szerman, (2014), declara: “Encontrar un paciente con un trastorno mental que además presente una adicción o viceversa no es nada excepcional. Todo lo contrario, hoy en día podemos decir que es la norma. Por eso, debemos pensar en patología dual en cualquier sujeto que demanda atención por una adicción o diagnóstico psiquiátrico. Las dos situaciones clínicas, el trastorno mental y el trastorno por abuso de sustancias, deben ser tratadas al mismo tiempo”.

Diagnóstico dual



Fuente: Woody, 1996

No existe aún hoy día, un recurso como centros o espacios que atiendan de manera coordinada sus dos patologías y a menudo se convierte en paciente de puerta giratoria, entre salud mental, atención hospitalaria y centros de atención a las drogodependencias.

En el Diario de Sesiones de las Cortes Generales para el Estudio del Problema de las Drogas (2014), se concluye la necesidad de atender la Patología Dual en los distintos programas territoriales y de la integración de redes, de manera que el sistema se adecúe a las necesidades del paciente y no sea el paciente el que tenga que acomodarse a modelos administrativos. Así, se evitaría obstaculizar o imposibilitar el itinerario rehabilitador y terapéutico, a la vez que disminuirían los diagnósticos erróneos.

A su vez en el Parlamento de Canarias, durante el presente año, habla sobre el III Plan de Salud de Canarias donde se incluye un modelo de gestión para las enfermedades crónicas y, dentro de este plan, se describe la salud mental, tanto la prioridad de atención a las personas con trastorno mental grave, por una parte, como por otra, la atención a la salud mental infanto-juvenil.

Como venimos diciendo, la naturaleza de este problema se debe a que convergen dos trastornos, dificulta más su abordaje y también implica un mayor coste asistencial, un peor pronóstico, un diagnóstico complicado de realizar y un vacío en el método por parte de los profesionales para hacerle frente. Además, detectar casos de patología dual es enormemente difícil dado que en las unidades psiquiátricas el desconocimiento de un consumo de sustancias en los pacientes puede dar lugar a un error en el diagnóstico, a una nula respuesta al tratamiento y a la confusión de los profesionales; y en las unidades de toxicomanías, un trastorno mental sin identificar puede hacer que el paciente no pueda cumplir con la consecución del tratamiento, esté desmotivado por no lograr los objetivos propuestos o simplemente no se encuentre en disposición.

No solo existen dificultades relativas a los pacientes, sino que el desconocimiento sobre la patología dual, la poca formación de los profesionales, la falta de medios en instituciones, así como actitudes impropias (moralista, alarmista o de rechazo) añaden mayor complicación en la intervención con estas personas.

Como se expone en el Plan Nacional sobre Drogas (2009-2016), ha habido una marcada evolución de la persona drogodependiente en España.

El consumo de sustancias tanto legales como ilegales, se enmarca principalmente, en la población más joven, quienes afianzan su dependencia en la alcoholemia siendo esta una de las más depresoras a nivel cognitivo. Esta adicción que se lleva experimentando en la sociedad española desde hace décadas, se aprecia en la actualidad cada vez más las consecuencias que en sí conlleva, en cuanto a salud mental se refiere. Por lo tanto, la relación entre el consumo y la aparición de enfermedades mentales es más que evidente en nuestra sociedad.

Según Martín (2009), se entienden que los efectos y consecuencias del consumo no solo dependen de los factores sociales y económicos sino también de los culturales y educativos. Por eso, en la adicción a las sustancias, se interrelacionan diversos factores tales como la composición de las propias sustancias, las circunstancias personales y el contexto sociocultural, entre otros.

Del mismo modo, otros autores como Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2001) defienden que los factores biológicos y psicológicos también son importantes a la hora de desarrollar una dependencia a determinadas drogas. Entre ellos nombran, por un lado, la edad, el sexo y la carga genética, y por otro, los rasgos de la personalidad de cada individuo, el grado de estabilidad emocional y la presencia de alteraciones psíquicas. Para estos autores, uno de los factores de riesgo más importante es que la coexistencia de ambas patologías está inversamente relacionada; es decir que, tanto los trastornos psiquiátricos, como las drogodependencias pueden estar integradas en el padecer del paciente. Según Torres (2012, p.4) “las últimas previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman que para el año 2020, el 75% de las personas con una enfermedad mental crónica tendrá, además, algún problema de adicción.

Por otra parte, ante la inexistencia de estudios recientes acerca de esta problemática y, según el primer estudio epidemiológico realizado en España en el año 2008 sobre la Patología Dual, este trastorno ya afecta al 53% de los pacientes que demandan tratamientos en las redes sanitarias públicas por problemas psiquiátricos y/o adictivos.

Es por ello por lo que se especificará la **prevalencia** definida por la OMS; “siendo ésta el número de personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un

periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad”, el **tratamiento**, así como los **recursos**.

2.1 PREVALENCIA

Las evidencias epidemiológicas, indican que los trastornos duales son tan reiterados que deberían plantearse la problemática antes que ser considerado como una excepción.

Pues la mayoría de los pacientes con enfermedad mental grave suelen ocultar el sufrir un uso problemático o adictivo a sustancias (Bahorik et al, 2014) y, en la mayoría de los casos, se excluye de la valoración la adicción al tabaco, que es una droga legal, pero de la que la adicción también preocupa. Además, existe una asociación importante entre el diagnóstico de cualquier enfermedad mental y las tasas de transición desde el consumo de sustancias a un trastorno adictivo (Lev- Ran et al, 2013; Martínez-Raga et al, 2013).

En la otra cara del espejo encontramos a los pacientes que acuden a los servicios de salud mental, y que presentan una incidencia del 29% de abuso y adicción a sustancias (Regier et al, 1990), que otros estudios cifran en un 50%, datos generalmente infravalorados (Lev-Ran et al, 2013). Los sujetos que presentan trastornos mentales, comparados con la población general sin trastorno mental que usa sustancias, evolucionan desde el uso y abuso de sustancias a la dependencia o adicción.

2.2 TRATAMIENTO

En lo que se refiere al tratamiento, gracias a las teorías desarrolladas en los últimos años, podríamos diferenciar una serie de modelos que tratan de explicar mejor la Patología Dual, hago alusión al modelo Biopsicosocial y al modelo Integral descritos a lo largo del proyecto, el modelo Biopsicosocial defiende una causalidad multifactorial relativa al consumo donde existe una predisposición genética, unos factores psicológicos, sociales y culturales. Este modelo es el más cercano y compatible con el tratamiento integral de la patología dual ya que valora todos los factores que rodean a la persona.

A la hora de hablar de tratamientos debemos tomar en cuenta las propuestas de Bateman y Fonagy (2000), Van de Bosch y Verheul (2007), Van den Bosch y Ball (2007), que describen con precisión los componentes que deben de estar presentes en cualquier

programa de intervención dirigido al tratamiento de los trastornos de personalidad, porque son estos los que se asocian a intervenciones efectivas. Sean los siguientes:

- Es crucial evaluar el riesgo que acompaña a cada caso, toda vez que es la propia psicopatología, en particular en su concomitancia con las drogodependencias, las que genera variables de riesgo para la recaída respecto de los logros terapéuticos conseguidos hasta el momento.
- El tratamiento consiste en un paquete integrado de una atención especial y profesional especializada prestando especial atención, durante la fase de admisión, a la motivación y validación.
- Debe establecerse una buena adherencia al tratamiento porque de ese modo se evitan abandonos. Los tratamientos más largos se asocian a mejores resultados.
- Centrar la atención en los rasgos de personalidad maladaptativos y de afrontamiento, lo que puede mejorar la sintomatología y así disminuir el riesgo.

Entre otros rasgos importantes, por el contrario, Hadjipavlou y Ogroduiczuk (2010) sugieren que los programas de tratamiento de los trastornos de la personalidad que han mostrado ser efectivos tienen en común: la psicoeducación, la intervención motivacional, la intervención cognitiva y las relaciones interpersonales.

2.3 RECURSOS

Por último, los recursos existentes para el tratamiento de las enfermedades mentales y de las adicciones se organizan de forma paralela o secuencial, lo que se ha asociado a baja adherencia al tratamiento y a un manejo inadecuado de los problemas más frecuentes relacionados con esta comorbilidad (Szerman et al, 2013; Arias et al, 2013; Torrens et al, 2012; Farren et al, 2012; Pettinati et al, 2013).

La distribución habitual de los recursos de salud mental y drogodependencias, explica que el abordaje que tradicionalmente han recibido la mayoría de estos pacientes sea el modelo de tratamiento en paralelo, por un lado, el tratamiento desde la red de salud mental y por otro desde los recursos de drogodependencias. Este modelo parece en ocasiones insuficiente para atender las necesidades de estos pacientes, ya que el paciente es atendido

simultáneamente en dos dispositivos, habitualmente separados físicamente y por dos equipos, que intentan coordinarse y complementarse (Farren et al, 2012). Pero que finalmente se coordinan vía informes o vía teléfono.

Sin embargo, además de las dificultades inherentes a estos pacientes, factores como la sobrecarga asistencial dificultan o impiden la coordinación fluida entre los dispositivos de salud, por lo que los pacientes pueden dejar de ser atendidos, o incumplir las indicaciones, insistiendo siempre en la adhesión al tratamiento, no dejar de acudir a las citas programadas, entre otros ítems que hacen que el paciente ante tal realidad abandone.

Como apunta Eva M.^a Garcés Trullenque, (2007) nuestra labor como profesionales de lo social se relaciona con las condiciones de vida, el desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la integración de los individuos en el medio socio-cultural.

Siguiendo a Garcés (2007), se recogen a continuación las funciones básicas propias del Trabajo Social en Salud Mental, que como veremos más adelante son la estructura del trabajo desempeñado por un trabajador social en Patología Dual. Estas son: “la atención directa a los individuos, familias o grupos, la atención a la demanda social y su consecuente análisis, la valoración o diagnóstico sociales, la planificación y la discusión de ésta con el equipo profesional; la prevención, promoción e inserción social, donde “Patología Dual: la intervención plural” se llevan a cabo las actuaciones necesarias para la adaptación del paciente a su entorno social y familiar a través de los recursos más apropiados; la formación, docencia e investigación; y la coordinación, donde el rol del/la trabajador/a social es el de aportar a la intervención multidisciplinar el factor social del problema, encargándose de la articulación de aquellos recursos para la integración y reinserción.

A estas funciones sumamos algunas no mencionadas anteriormente, y que se recogen en el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social (2004). Aunque a primera vista puedan no resultar primordiales en la intervención en Patología Dual, aplicar estas funciones en el proceso puede ser necesario según el caso. Las funciones de mediación pueden tener lugar en caso de existir un conflicto entre dos partes, pongamos el paciente y la familia, a causa de los trastornos concurrentes o a causas personales relacionadas.

Las funciones de supervisión tienen su contexto en el equipo de profesionales, buscando la manera más eficaz y eficiente de realizar las tareas propuestas. Otras de las funciones serían las de evaluación, durante la fase final del proceso, donde se analizan todos los pasos dados por el paciente y por el equipo con el fin de estudiar su positividad y/o negatividad de cara a futuras intervenciones. Por último, encontramos las funciones gerenciales en el caso de que el profesional del Trabajo Social se encargue de la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales o servicios sociales

En definitiva, el procedimiento que lleva a cabo la red de centros de la Asociación de Cooperación de San Miguel Adicciones, con esta patología es la siguiente

A nivel interno, la UAD cuenta con un equipo terapéutico formado por una trabajadora social, un médico y dos psicólogas, establecido así según el Plan Nacional Sobre Drogas.

Además, cuentan con tres auxiliares que son los encargados de la dispensación de la metadona además de la recogida de analíticas y son los que tienen el contacto diario con todos los pacientes. Por último, cuenta con un administrativo, cuya labor es bastante diversa, desde atención telefónica, dar una cita para cualquier profesional, hasta agente de la seguridad de la propia UAD.

Centrándome en el ámbito del Trabajo Social, hay que resaltar las diversas funciones y labores que realiza la trabajadora social en dicha UAD. Desde la función básica del SIVO (servicio de información, valoración y orientación), escucha activa, empatía, empoderamiento, canalización y derivación si fuera preciso.

En líneas generales, cuando un paciente acude por primera vez a la UAD y solicita ayuda, previa cita, que no tarda más de una semana, es recibido por la trabajadora social donde se inicia una *fase de acogida*. Aquí, se inicia una entrevista con el paciente donde se recogen todos los datos necesarios y más relevantes en cuanto a historia tóxica y social de la persona. Es una de las fases más importantes del procedimiento, puesto que, si logramos buenos resultados, el paciente demostrará motivación por el cambio. Asimismo, se trata de mostrar el sendero tanto al paciente como a los familiares o amigos que los acompañen, si fuera el caso.

Por supuesto, se le informa de todos los recursos que tiene a su disposición y se le asesora y valora sobre cuáles serían los más convenientes para dicha problemática. También destacar que en toda esta fase se va creando un clima de diálogo y motivación entre el paciente y el trabajador social. Por último, la recogida de información a través de la “hoja de acogida” anexada a este proyecto, donde la trabajadora social emite una valoración con diagnóstico y establece unos compromisos con el paciente en cuanto al tratamiento que está a punto de iniciar (contratos terapéuticos).

Pasaríamos aquí, a la siguiente *fase de desintoxicación*, donde la trabajadora social canaliza al paciente hacia el médico, explicándole el caso, además de que todos los profesionales tienen acceso a las historias.

El médico inicia un tratamiento de desintoxicación con el paciente, mientras que a su vez, se va iniciando la *fase de deshabitación*, donde entraría la intervención psicológica para intentar modificar antiguos hábitos y establecer unos nuevos con el objetivo de la *incorporación social* del paciente en la comunidad. Mencionar que la trabajadora social está presente en todas las fases del tratamiento terapéutico, atendiendo consultas y haciendo seguimiento del paciente en todo momento, para aclarar cualquier cuestión que se presente.

Finalmente se hace un seguimiento y una revisión de logros y objetivos, es decir, se observa si los resultados están siendo positivos o no, para saber si habría o no que cambiar el planteamiento inicial dispuesto para el paciente.

Todo este es, básicamente, el trabajo que se realiza en la Unidad de Atención a las Drogodependencias (cualquier centro) a diario. Es imposible recoger todo con lujo de detalles, pero quedan establecidas las líneas principales de actuación y funcionamiento de cada Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD).

3. METODO

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer el perfil biopsicosocial en pacientes con patología dual, y los procesos de intervención profesional con los mismos.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer los instrumentos necesarios que los profesionales llevan a cabo en las intervenciones.
- Conocer la relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales.
- Analizar los resultados obtenidos a través de la red de ACJ San Miguel Adicciones.

3.3 PARTICIPANTES

En el marco de la investigación, y concretamente en el presente estudio, la población es entendida como el conjunto de personas vinculadas entre sí por unas características comunes por las cuales se van a investigar unas variables, a continuación se refleja en la siguiente tabla a los/as profesionales encuestados de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones

Tabla n° 2: Conjunto de profesionales y centros de referencia.

Rama	Sexo	Centro
Psicóloga	Mujer	UAD Santa Cruz
Psicóloga	Mujer	UAD La Laguna
Psicóloga	Mujer	UAD Ofra
Trabajadora social	Mujer	UAD Ofra
Trabajadora social	Mujer	UAD La Laguna
Médico	Mujer	UAD La Laguna
Médico	Mujer	UAD Santa Cruz
Médico	Hombre	UAD Ofra
Pedagoga	Mujer	UAD La Laguna

Fuente: Elaboración Propia.

3.4 TÉCNICA / INSTRUMENTOS

La principal fuente de recogida de información en el estudio, será la entrevista, siendo parte de las técnicas de encuesta (ad-hoc) y definiéndose en el campo de la investigación cualitativa como “una técnica de recogida de información con identidad propia y a la vez complementaria de otras técnicas como la observación participante y los grupos de discusión”. (Massot en Bisquerra, 2009) . Esta se divide en tres modalidades: abierta o no estructurada, semiabierta o semiestructurada y cerrada o estructurada. Teniendo en cuenta esto último, se trabajará con la modalidad de cuestionario de preguntas abiertas). A través de ella, se podrá reconducir esta técnica hacia aquellos temas que más nos interese aclarar, así como profundizar en ciertos aspectos. Dicha entrevista será anexada en el apartado final de la investigación.

3.5 PROCEDIMIENTO

El procedimiento llevado a cabo a la hora de recopilar la información sobre las características biopsicosociales de los/as pacientes que han sido atendidos en la Unidad de Atención a las Drogodependencias, correspondientes a San Miguel Adicciones, así como el enfoque y las herramientas que utilizan cada uno/a de los profesionales que trabajan en la red de centros de la asociación nombrada.

Se ha realizado la entrevista anteriormente nombrada a las/os profesionales así como la extracción del perfil de pacientes con esta patología en los últimos tres años (2014, 2015 y 2016), para ello hemos indagado en una base de datos a la que se denomina “Cedro” del Servicio Canario de Salud, perteneciente a Salud Pública, en la que hemos podido extraer los rasgos más relevantes; como son edad, sexo, droga principal de consumo, y trastorno, de los/as pacientes con patología dual y lo hemos plasmado en gráficas y/o tablas.

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se ha elaborado un análisis de los datos de tipo descriptivo, utilizando técnicas descriptivas como son las representaciones con tablas. Con ello, se pretende observar de una manera sencilla y comprensible con los resultados del estudio para su comparación y

discusión. Todo esto se llevó a cabo con el programa informático de Microsoft Excel 2016.

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES

A continuación, se muestran las tablas y gráficos de los datos que se han obtenidos, a través de la entrevista a los profesionales, y mediante la consulta del sistema informático de salud pública del gobierno de Canarias; “Cedro”.

Tras la realización de la entrevista a los diferentes equipos terapéuticos, conformados por; Trabajador/a Social, Psicólogo/as, Médico y Pedagoga, de la ACJ San Miguel Adicciones, podemos extraer los siguientes resultados.

1. ¿Cuál es el perfil del paciente con Patología Dual en cuanto a la parte social, psíquica y física se refiere?

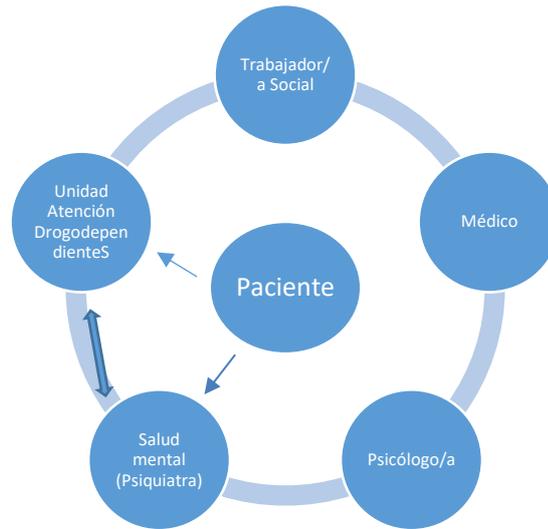
Cuando un paciente presenta adicción a un tóxico o una adicción no tóxica, viene acompañada de una problemática de personalidad que dificulta el abandono de las conductas disruptivas y favorece el mantenimiento de las mismas. En las personas no se dan trastornos aislados y que afectan solo a una parte del individuo, por lo tanto, un paciente con Patología Dual tiene además trastornos psicológicos: visión alterada de la realidad, labilidad emocional, poca tolerancia a la frustración, entre otros, que inciden en dificultad de adaptación al entorno, problemática generalizada familiar, laboral, ambiente limitado lo que limita a su vez sus posibilidades. Físicamente presenta aquellos problemas relacionados con el consumo: infecciones, alteraciones hepáticas, cardíacas..., según las sustancias a las que se desarrolla la adicción.

2. ¿Qué entornos familiares o redes sociales predominan en los/las pacientes con Patología Dual?

Existe de todo. Pero normalmente la patología acaba derivando en grandes dificultades familiares, malas relaciones entre hermanos, padres y son entornos familiares que en su mayoría son desestructurados. Por la gran responsabilidad que implica para los padres y familiares cercanos la convivencia con esa patología. (Desconocen la enfermedad y no saben cómo abordarla y muchas veces se ven solos,

sin ningún tipo de ayuda). Y las redes sociales en este tipo de pacientes con patología son nulas exceptuando las redes de Internet donde se refugian, ya que ellos en la realidad no tienen habilidades y a través de Internet creando (“su propio mundo”). Que cubren las carencias que en el entorno natural no poseen. Dependiendo siempre de la patología que tengan.

3. *¿Qué profesional o equipo de profesionales trabajan con los/las pacientes con Patología Dual, previamente, durante y tras el proceso de tratamiento?*



Esquema 1. Acogida en Salud Mental o UAD.
Fuente: Elaboración Propia.

En primer lugar, el paciente puede acudir a salud mental y de ahí ser derivado a la unidad de atención a las drogodependencias, o por el contrario primero acude a la unidad de atención a las drogodependencias y ser remitido a salud mental. Cuando llega a una Uad, quien primero lo recibe es el/la trabajador/a social, quien deriva a médico y luego a psicólogo/a.

4. *¿Podría describirme cuál sería el procedimiento, la intervención cuando un/una paciente con Patología Dual llega a esta (organización, empresa, entidad pública)?*



Esquema 2. Fases del Ciclo Terapéutico.
Fuente: Elaboración propia.

El procedimiento, es llevado a cabo por lo que muestra la imagen, llevando una dinámica asistencial establecida en drogodependencia, intentando establecer coordinación con salud mental, en ese caso los modelos son paralelos, siendo lo idóneo establecer un modelo único. Además, se hace un análisis exhaustivo del problema descomponiéndolo en sus múltiples componentes, y una vez identificadas las respuestas, problema (conductas y emociones) se establece una estrategia integral para hacer frente a cada uno de los componentes de la patología.

5. *¿Qué se trabaja con los/las pacientes con Patología Dual?*

Se trabajaría la relación existente entre patología y adicciones. La adherencia al tratamiento por su patología dual y seguimiento en el área de salud mental, diseñando un plan de desintoxicación y deshabitación y reintegración social e incluso laboral si procede.

6. *¿Cómo se trabaja en esta (organización, empresa, entidad pública) para/con las personas con patología dual, es decir, qué herramientas o en base a qué modelo se trabaja?*

Se trabaja con el modelo biopsicosocial. Las herramientas van enfocadas y dirigidas primero en la estabilización y mantenimiento de la abstinencia, implicación de conseguir objetivos terapéuticos destinados a un funcionamiento adaptativo a nivel físico, psicológico y social y ello implica lograr la coordinación con los equipos de salud mental.

7. *¿Qué rasgos considera usted que desencadenaría el agravamiento de una patología dual?*

Cualquier factor, tanto orgánico como psicológico o en su entorno social, laboral, etc, que genere una necesidad de adaptación, puede dar lugar a la descompensación del paciente dual, es por ello que la dinámica asistencial se orienta hacia la normalización y regularización de las actividades de la vida diaria del paciente, con una estructuración que evite modificaciones bruscas en su vida cotidiana. Además, los siguientes rasgos son relevantes a la hora de agravar la patología:

- Incumplimiento de un tratamiento psiquiátrico.
- Cambios en su estado anímico.
- Dificultades en la tolerancia a la frustración
- Desajustes familiares.
- Recaídas en el consumo

8. *¿Qué se trabaja con la familia de los/las pacientes con Patología Dual, y cómo se lleva a cabo?*

La familia y el entorno inmediato suponen un factor prioritario en la evolución de la patología, se les explica en qué consisten, los riesgos y consecuencias y se les ofrece herramientas de estabilización, así como de comunicación, apoyo en el proceso, entre otras. También se trabaja el refuerzo en el cumplimiento terapéutico no solamente farmacológico sino psicológico y social.

9. *¿De qué manera se evalúa a las personas con Patología Dual? ¿Y a sus familiares?*

Se realiza una valoración psicológica con entrevistas clínicas y cuestionarios psicológicos donde se detecta si la persona padece la presencia de alguna patología, en el caso de no haber sido valorado previamente. El método más eficiente en pacientes con patología dual es el mantenimiento prolongado de la abstinencia a sustancias, ausencia de la sintomatología psiquiátrica aguda, adherencia terapéutica, satisfacción con su plan de intervención, grado de integración social, laboral, etc, todo ello nos permite conocer si el plan estratégico diseñado es eficiente y eficaz, y por último, como para todo la única evaluación depende de los resultados, si mejora la

calidad de vida personal y familiar y se controlan las conductas y/o problemas, estos serían los mejores indicadores de la evaluación.

10. ¿Cómo se evalúan los resultados del tratamiento con estos pacientes?

Se evalúan cumplimiento de citas, cumplimiento de objetivos terapéuticos, destinados a la abstinencia. Y sobre todo la estabilización de su estado de ánimo principalmente si lleva a cabo el tratamiento de forma regular. Y se observa cuando se ve a la persona con buena actitud, buen cumplimiento de tratamiento, de alguna manera esta receptivo a las indicaciones que se le dan por parte del equipo terapéutico y, con una evaluación continua.

4.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE LA LAGUNA, OFRA Y SANTA CRUZ.

Tras consultar en el programa informático CEDRO de salud pública del gobierno de Canarias; se selecciona el cohorte motivo de estudio, epidemiológico, observacional, analítico, y prospectivo. Se realiza el vaciado de datos trasladándolo a gráficas y analizando los resultados.

En el primer grafico se hace referencia al sexo en los centros de Santa Cruz, Ofra y La Laguna en los años comprendidos desde 2014, 2015 y 2016.

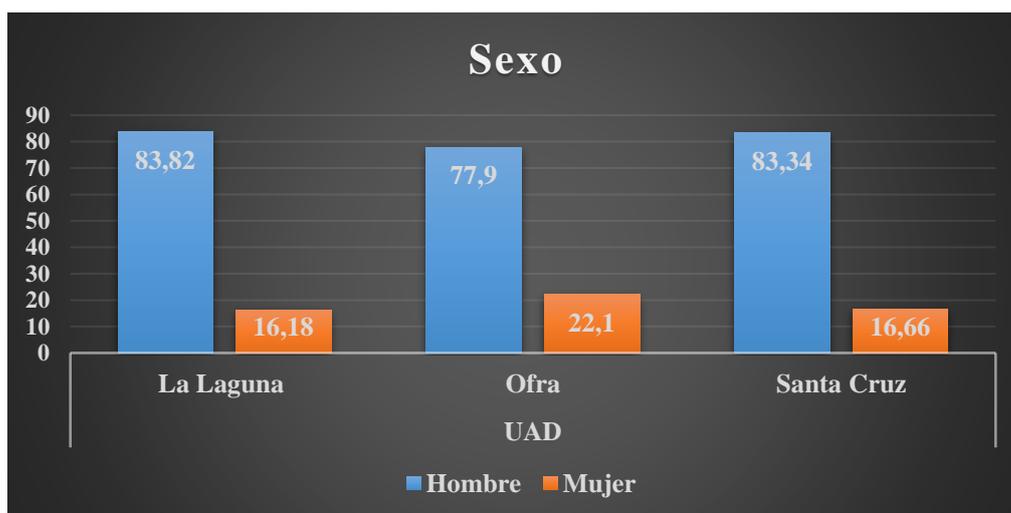


Gráfico 1. Sexo de pacientes UAD La Laguna. Desde el 01.01.2014 hasta el 31.12.2016.
Fuente: SCS – Dirección General de Salud Pública. Elaboración propia.

De ambos centros se confirma que el perfil que más prevalece en la asistencia al centro por alguna dependencia es el sexo masculino, donde se observa que el porcentaje de usuarios tanto en el UAD de la Laguna como en el de San Cruz se encuentran equiparados. Mientras que el centro con mayor número de acogidas a pacientes lo representa el UAD de Ofra con un porcentaje de 77.9 % con respecto a los hombres; por lo que, estamos hablando de la prevalencia de éstos en los tres centros estudiados, que fueron atendidos por alguna dependencia y han sido adheridos al recurso.

Asimismo observamos que las mujeres, tienen minoría con respecto a la de los hombres, aunque se asemeja, en ambos centros, que en comparación al de Ofra el sexo femenino acoge un 22.16 % de mujeres atendidas; mientras que el UAD de Santa Cruz y La Laguna están equiparados con respecto al porcentaje de mujeres atendidas durante este periodo de tiempo en concreto.

Estas cifras que hemos analizado, se correlacionan no sólo con una mayor dependencia a alguna sustancia entre la población masculina, sino también se podría argumentar con la resistencia por parte de la población femenina a acudir a los recursos que tienen a su disposición, para solicitar tratamiento ya que, el factor social se encuentra muy arraigado en ellas por diversos motivos como son: el ser madres, mujeres, casadas, entre otros.

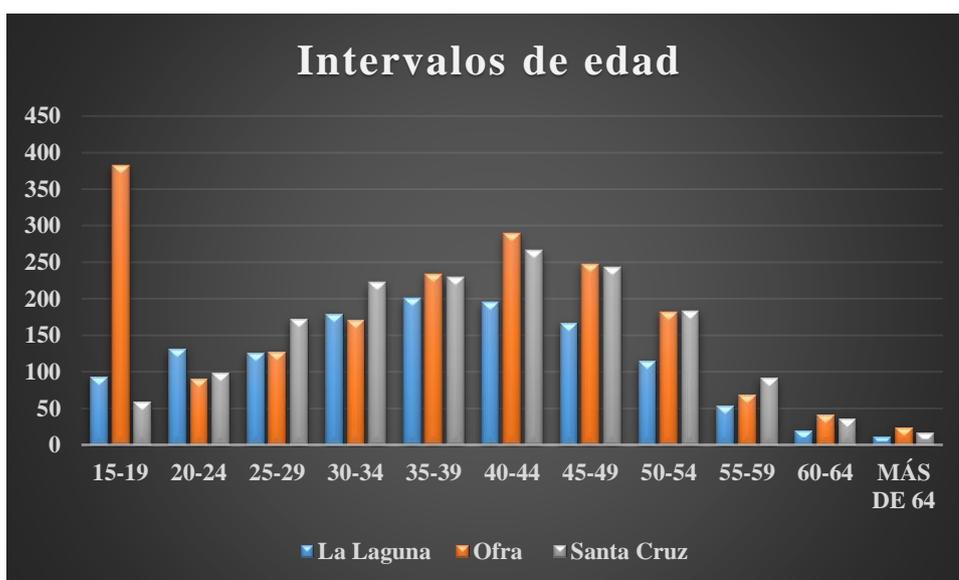


Gráfico 2. Intervalos de edad. Desde el 01.01.2014 hasta el 31.12.2016
Fuente: SCS – Dirección General de Salud Pública. Elaboración propia.

En cuanto a los intervalos de Edad, que se desglosan en los tres centros como objeto de estudio, se observa que el rango predominante se sitúa entre los 40 – 44 años de edad. Ello tiene su explicación en el auge que se produjo en el consumo de opiáceos en concreto, la heroína, en los años noventa.

En primer lugar, los intervalos de edad de los pacientes que más se destacan en la UAD de Ofra, son de 15-19 años con motivo del desarrollo de adhesión al centro Cercado en Marqués (Centro de día), ya que se desarrolla un programa con adolescentes con y sin medidas judiciales. Se desarrolla dicho programa, por las dificultades para la consecución de objetivos en el itinerario habitual de tratamiento. Todo ello condicionado por la falta de motivación intrínseca, la escasa constancia y compromiso durante el proceso terapéutico, la falta de continuidad en los tratamientos, el alto índice de abandonos, características comunes en la mayoría de los adolescentes que presentan problemática de consumo de drogas.

Estas características están fuertemente condicionadas por la etapa adolescente, marcada por importantes y rápidos cambios en un período vital determinante, que influenciado por la normalización del consumo de drogas y otros factores de carácter social, generan un aumento de probabilidad de sufrir problemas derivados del consumo en la edad adulta. Para paliar las dificultades que presenta este perfil de consumidor, se hace imprescindible contar con el apoyo de la unidad familiar. El tratamiento con adolescentes debe estar respaldado con un trabajo paralelo a nivel familiar, disminuyendo así la probabilidad de que con el paso de los años, la problemática de consumo vaya debilitando esta estructura.

El Servicio de Adolescentes no tiene criterios de exclusión para el comienzo de tratamiento, y en él se trabaja de forma individualizada. El enfoque de intervención es multidisciplinar, y su finalidad es dar respuesta a las carencias y necesidades que presenta el adolescente en la esfera cognitiva, emocional y conductual.

Del mismo modo, y como citamos anteriormente, pasados los años 90, el rango de edad que predomina no solo en este centro, sino en la UAD de Santa Cruz y La Laguna, es el de 40 – 44 años, seguido de 45 – 49 años.

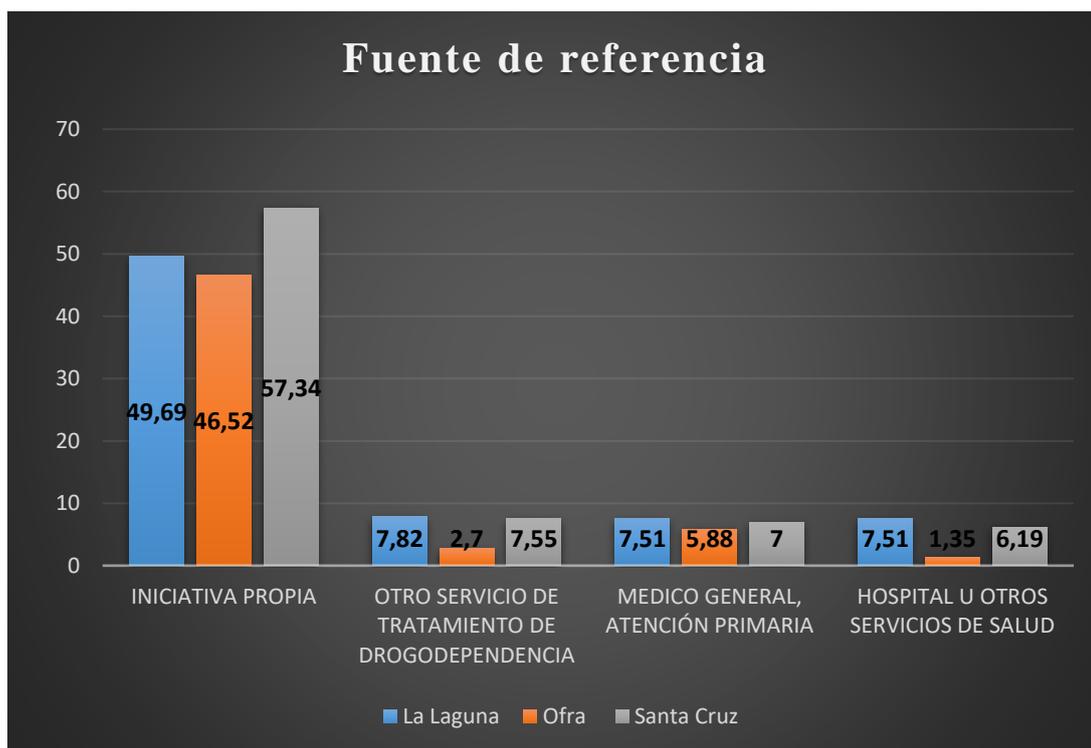


Gráfico 3. Fuente de referencia. Desde el 01.01.2014 hasta el 31.12.2016.
Fuente: SCS – Dirección General de Salud Pública. Elaboración propia.

En lo que respecta a la fuente de referencia, predomina un alto porcentaje de usuarios/as que, acceden a los recursos por iniciativa propia. Donde la variación en los centros ha cambiado, es decir, como comparación, destaca que existe un número más alto de pacientes que acuden a al centro ubicado en la calle Salamanca, Santa Cruz, y, una equiparación en el porcentaje de asistencia de usuarios/as a las UAD de La Laguna y Ofra.

Existen, como aparecen en el gráfico anterior, otras fuentes de referencia como son otros servicios de drogodependencia, atención primaria y salud mental, como es el caso que nos ocupa, sobre pacientes con patologías. Habiendo que sumar a éstos, otros servicios, tanto sociales como servicios de educación e instituciones penitenciarias.

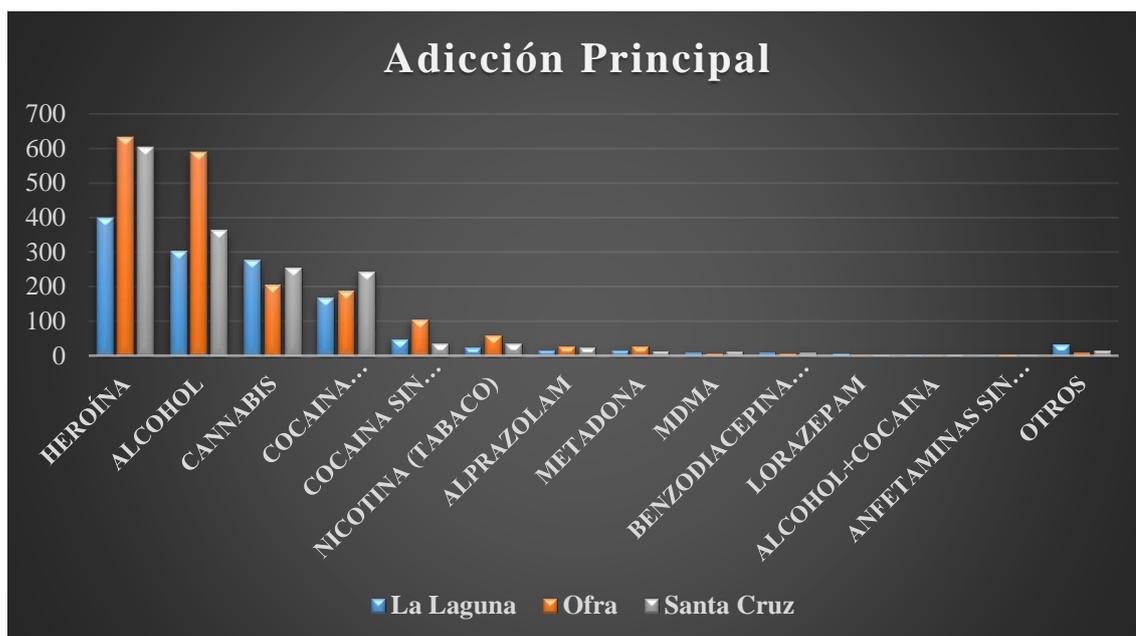


Gráfico 4. Adicción principal. Desde 01.01.2014 hasta el 31.12.2016.
Fuente: SCS – Dirección General de Salud Pública. Elaboración propia.

En el gráfico se contemplan las principales adicciones tratadas en las UAD's, en el periodo de tiempo de 01.01.2014 hasta el 31.12.2016, donde apreciamos que existe un mayor consumo tanto en las drogas legales, como las drogas ilegales. Estos datos corresponden con el transcurso de cronicidad en los pacientes por la unión con la sustancia.

Se observa que las sustancias psicoactivas que más se acentúan son; la heroína, alcohol, cannabis, cocaína, nicotina y benzodiacepinas, entre otros.

Cabe destacar, que las drogas ilegales como citaba anteriormente, son las que mayor peso tienen, como es la heroína, que generan mayor dependencia y, por ende, aquellas que requieren un diseño de intervención terapéutico específico, aunado a un programa de mantenimiento con metadona.

La solicitud de tratamiento por problemas derivados del alcohol se mantiene a pesar de las campañas de concienciación (DG de Tráfico, DG de Salud Pública, etc) lo que se atribuye a la reducción de la edad de inicio de los mismos (el denominado efecto botellón), a la búsqueda de su efecto alivante en situaciones de crisis que se suma al habitual uso recreativo, etc.

La demanda de tratamiento por Cannabis ha experimentado un incremento progresivo por su extendido consumo entre la población, sobre todo la población juvenil, en numerosas ocasiones supone la puerta de entrada al consumo de otras sustancias. Aquí incluimos, tras indagar que el puente de entrada hacia sustancias tóxicas concretamos el perfil de jóvenes ha pasado del tabaco (nicotina), al alcohol.

Al respecto, de la demanda por consumo de Cocaína experimenta un descenso al compararlo con etapas de mayor auge y búsqueda de sustancias estimulantes. Se incrementa de forma perceptible la demanda de tratamiento por dependencia a psicofármacos, fundamentalmente benzodiazepinas.

5. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados expuestos anteriormente y el breve resumen de las gráficas que se han representado, nos introduciremos en el análisis de los mismos, contrastando y aunando los resultados conseguidos con los antecedentes teóricos como los objetivos planteados en este proyecto fin de grado.

En primer lugar, con respecto a las entrevistas realizadas y la revisión en el sistema informático de los datos de los centros de Santa Cruz, Ofra y La Laguna, el intervalo perfil y sexo; se observa como paciente en mayor medida masculino que presenta adicción tanto tóxica como no tóxica, que siempre viene aunada a una problemática de personalidad que dificulta el abandono de las conductas disruptivas y favorece el mantenimiento de las mismas. Y así lo recalca Martín (2009), “las drogas son sustancia que afectan de forma depresora al sistema nervioso central, siendo éste el encargado de la coordinación de los diferentes órganos y de la coordinación de nuestro cuerpo”. Además la Organización Mundial de la Salud, (OMS) realiza una puntualización sobre la drogodependencia de acuerdo al perfil obtenido tanto en las entrevistas como en la extracción de datos del programa informático, y denomina la Drogodependencia como “el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco (droga), en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.”

Cuando se habla de dos patologías clínicamente asociadas, se enumera en un primer lugar la drogodependencia a una sustancia y por el otro un trastorno mental, es por ello que citábamos en la justificación de este trabajo; el diccionario Mosby-Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud (2001), delimita el trastorno mental como “se trata de cualquier variación del equilibrio emocional, manifestado por un comportamiento de mal adaptación o de una perturbación funcional ocasionada por factores genéticos, físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales”. (Villanueva, 2001, p. 1503).

Un dato importante a describir y al hilo de lo que declara el doctor y presidente de la Sociedad Dual (SEPD), Néstor Szerman, (2014); hoy en día lo normal es encontrar un paciente con la coexistencia de las dos patologías, y que ambas patologías sean tratadas al mismo tiempo.

Ante el auge de esta dualidad un tema con gran repercusión social y por ende, debería ser un foco de gran atención tanto por las administraciones públicas, el sistema sanitario así como la población en general entre otras cosas porque su prevalencia crece y su pronóstico es altamente complejo; según Torres (2012, p.4) “las últimas previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estiman que para el año 2020, el 75% de las personas con una enfermedad mental crónica tendrá, además, algún problema de adicción.

Las personas usuarias que acuden a la red de centros de la ACJ San Miguel Adicciones, según los datos obtenidos son hombres y mujeres con alto porcentaje en el rango de edad de 40 – 44 años, seguido de 45 – 49 años, que acceden al mismo por iniciativa propia, así como sumando a éstos, otros servicios, tanto sociales como servicios de educación e instituciones penitenciarias, entre otros. Dónde los profesionales que trabajan con ellos/as son un equipo multidisciplinar compuesto por médico, trabajador/a social y psicólogo, llevando una dinámica asistencial establecida en drogodependencia, intentando establecer coordinación con salud mental, en ese caso los modelos son paralelos, siendo lo idóneo establecer un modelo único. Además, se hace un análisis exhaustivo del problema descomponiéndolo en sus múltiples componentes, y una vez identificadas las respuestas, problema (conductas y emociones) se establece una estrategia integral para hacer frente a cada uno de los componentes de la patología.

Como apunta Eva M^a Garcés Trullenque, (2007) nuestra labor como profesionales de lo social se relaciona con las condiciones de vida, el desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la integración de los individuos en el medio socio-cultural.

Otra de las cuestiones relevantes de abordaje en este trabajo, como indica el objetivo general del mismo; “Conocer el perfil biopsicosocial en pacientes con patología dual, y los procesos de intervención profesional con los mismos”, de ese modo, se puede afirmar que el modelo que utiliza el conjunto de equipos terapéuticos de los tres centros ya nombrados, son el modelo biopsicosocial y el tratamiento integral; por un lado el Biopsicosocial defiende la relación que tiene una problemática ante la aparición de un efecto secundario en este sentido relativa al consumo donde hay una predisposición genética, unos factores psicológicos y unos factores sociales y culturales. Este modelo es el más cercano y compatible con el tratamiento integral de la patología dual, ya que valora todos los factores que rodean a la persona, y por el otro lado el modelo integral la base de este tratamiento es conjugar dentro un mismo programa aquellos elementos del proceso de terapia sobre el consumo de drogas y del psiquiátrico, y que este sea prolongado en el tiempo dada la naturaleza del problema.

Por último, autores como Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2001) defienden que los factores biológicos y psicológicos también son importantes a la hora de desarrollar una dependencia a determinadas drogas. Es por ello que la coexistencia de dos patologías clínicas nos abre un campo de factores internos y externos que directamente o indirectamente afectan al individuo y son motivo de análisis y estudio, por tanto la adicción principal que se ha podido extraer del sistema informático, aunando los tres centros ambulatorios, son aquellas sustancias psicoactivas como son; la heroína, alcohol, cannabis, cocaína, nicotina y benzodiazepinas. Cabe destacar, que las drogas ilegales, son las que mayor peso tienen, como es la heroína, que generan mayor dependencia y, por ende, aquellas que requieren un diseño de intervención terapéutico específico, aunado a un programa de mantenimiento con metadona.

En definitiva, de los datos extraídos de las entrevistas que se han realizado a las/os profesionales que conforman el ET (equipo terapéutico) de la ACJ San Miguel y de las consultas realizadas en la base de datos del programa Cedro de Salud Pública podemos concluir:

- Existe evidencia de que la Patología Dual es frecuente entre los pacientes que acuden a tratamiento a los centros de Atención a las Drogodependencias.
- Los pacientes varones con rango de edad comprendida entre 40-44 años y 45-49 años son los que más demandan tratamiento por iniciativa propia, seguido de los derivados por salud mental.
- El perfil de paciente recurrente en los centros investigados es; hombre con una adicción recurrente en la heroína y con algún tipo de trastorno de personalidad, lo que conlleva a una patología dual.
- Que las mujeres se encuentran en menor proporción debido, en su mayor parte, a la estigmatización que supone, las dificultades familiares, laborales y de integración social, aspectos que se ven acentuados cuando existe una Patología Dual.
- Mientras en los hombres predominan las adicciones a sustancias tóxicas ligadas a trastornos psicóticos, en las mujeres predominan las drogas legales, (alcohol y benzodiazepinas), ligadas a trastornos de la ansiedad y depresión.
- Que los hombres sufren más la Patología Dual que las mujeres, pero éstas sufren más de psicopatologías.

- Dentro del grupo estudio los pacientes con trastornos de la personalidad muestran un trastorno antisocial.
- Que los hombres presentan más policonsumo que las mujeres.
- Que se hace necesario un diseño de intervención biopsicosocial que permita el abordaje de la problemática que sufre el/la paciente con Patología Dual, considerando los aspectos psicosociales como aspectos muy significativos a la hora de su rehabilitación.
- Que el tratamiento debe ser integral y continuo para conseguir la máxima efectividad.
- Los procedimientos deben ser estructurados, bien organizados en el tiempo, implicando de manera directa no solo al paciente sino al círculo familiar como apoyo durante todo el proceso.

Por último según se señala en Martínez y Trujillo (2003), el drogodependiente con trastorno de la personalidad antisocial se caracteriza por responder de forma desadaptada cuando se ve obligado a adecuarse a los valores y cumplir las normas, porque ve las normas como algo que le limita la satisfacción de sus necesidades; para el paciente con trastorno límite de la personalidad, el desencadenante de estas respuestas son los objetivos personales y las relaciones con otras personas: el drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad, muestra respuesta desadaptadas cuando se enfrenta a su propia autoevaluación; el drogodependiente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, tiene dificultad para relacionarse con otras personas con cierto grado de intimidad, las situaciones desestructuradas y la autoridad: el evitativo tiene mucha dificultad para tener relaciones interpersonales íntimas o aparecer en público. Estas situaciones se constituyen en factores de riesgo muy potentes para estos pacientes, porque habitualmente afrontan estas situaciones consumiendo drogas.

6. CONCLUSIONES

La Patología Dual es una cuestión de salud pública. Por tanto, debe ser objeto de especial interés de las administraciones públicas, así como de la propia población. Su incidencia está incrementando, así como la complejidad de la enfermedad y su difícil pronóstico.

Esta dualidad, es uno de los campos de investigación de los trabajadores sociales. El papel que representan es tan necesario como el resto de profesionales que componen el equipo multidisciplinar. Luego, hay que reconocer la labor que realizan con estos/as pacientes.

Existe un gran avance en el campo de la investigación relacionada con la Patología Dual, como el Modelo Biopsicosocial e Integral. No obstante, actualmente se siguen presentando importantes problemas tales como:

- La necesidad de una adecuada caracterización nosológica que dé cuenta de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo de sustancias.
- La importancia de disponer de instrumentos clínicos de cribado para detectar patología dual.
- Desarrollar efectivas estrategias terapéuticas: farmacológicas y psicológicas.
- Atención integrada de estos pacientes por un solo equipo terapéutico de carácter multidisciplinar en una red única de salud mental y adicciones; y la necesidad de incorporar la formación en patología dual a los profesionales sanitarios.
- Dificultad del establecimiento de una alianza terapéutica y la motivación para el cambio.

Al realizar el trabajo de investigación, consideré como punto fuerte la psicoeducación. Parece algo incuestionable, pero al basarse en un enfoque educacional beneficia a las personas que esfuerzan. Esta psicoeducación puede aplicarse tanto a los usuarios/as así como a la propia familia.

Esta modalidad de tratamiento proporciona: Educación al paciente y familiares, habilidades de afrontamiento; habilidades familiares y utilización de técnicas para la reducción de problemas.

De esta manera está comprobado, por la experiencia clínica y numerosos trabajos de investigación, que se puede hacer mucho para mejorar el cumplimiento de pacientes con adicciones (incluidos los que tienen trastorno psiquiátrico asociado).

Un enfoque lógico para mejorar el cumplimiento aborda el tema desde varias perspectivas como son: paciente, entorno familiar y social, terapeuta u otro profesional y, el programa de tratamiento o unidad de terapia.

Comentando sus características sociales, existen similitudes entre los usuarios/as con trastorno mental o un trastorno adictivo. La gran mayoría son personas de igual edad, con una situación familiar concreta y una situación laboral precaria. Cuentan con una red de apoyo familiar, es decir, sus allegados más cercanos, y en algunos casos esta red son nulas exceptuando las redes de Internet, donde se refugian, ya que ellos en la realidad en determinados casos carecen de habilidades y a través de Internet pues mantienen contacto cibernético creando “su propio mundo”, cubriendo las carencias que en el entorno natural no poseen. Dependiendo siempre de la patología que tengan.

Ahora bien, con lo comprobado en la revisión de la justificación de este trabajo podemos afirmar que la patología dual, en primer lugar, puede darse en personas con algún trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas, por factores internos y externos que inciden en el paciente. Y en segundo lugar, puede brotar en personas sin trastorno mental, pero que debido al gran consumo de sustancias, desarrollan una psicopatología.

Es necesario que las personas usuarias/os que no cuenten con las condiciones sociales favorables traten de adquirirlas, trabajarlas mediante el proceso de tratamiento durante la drogodependencia, haciendo especial hincapié en que el papel de las redes de apoyo son un pilar fundamental para estos/as pacientes en la prevención de las recaídas así como en el seguimiento y mejora de la patología.

A modo de conclusión la suma de adicción y de los trastornos mentales, hay que añadir la visión generalizada que tiene la sociedad, con respecto a éste núcleo de personas en concreto, quizás la novedad de la coexistencia de ambas patologías sea una ventaja

positiva a la hora de empezar a hacer teoría y teoría especializada en cada profesión, en este caso que nos atañe sobre el Trabajo Social y la dualidad, encaminando proyectos y protocolos de intervención ante esta problemática.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Babin, F. y Insúa, P. (2006). Programa de educación para la salud. Madrid.
- Bahorik AL, Newhill CE, Queen CC, Eack SM. Under-reporting of drug use among individuals with schizophrenia: prevalence and predictors. *Psychological Medicine*. 2014;44(1):61-9.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.
- Bustos, D. (2012). Patología Dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el instituto psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús” de la ciudad de Quito durante el mes de septiembre del año 2012.
- Cantilla, V. Diaz, R. Goti, J. y De los Cobos, J. (2009). Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia. Un reto de asistencia y prevención.
- Center for Substance abuse treatment, 1994; Woody, McLellan, et al, 1991. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Salud Mental. Servicio Canario de la Salud. Recuperado http://www.arona.org/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_28608_1.pdf
- Comisiones Mixtas. (2014). Diario de Sesiones de las Cortes Generales. Para el estudio del problema de las drogas. Nº 103. X Legislatura. Edición electrónica preparada por la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Recuperado de http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CORT/DS/CM/DSCG-10-CM-103.PDF
- Dennis C. Daley, Zuckoff, A. (2004). Como mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes.
- Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Salud Mental. Servicio Canario de la Salud. Recuperado http://www.arona.org/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_28608_1.pdf

- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Recuperado <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Recuperado <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>.
- Drogodependencia. Concepto. Recuperado de:<https://cmcbpagullo.jimdo.com/conceptos-b%3%A1sicos/>
- Garcés E. M^a. (2007). La especificidad del Trabajo Social en Salud Mental: ¿un rol reconocido? Trabajo Social y Salud. N° 56. 309-332.
- Hadjipavlou, G. y Ogroduiczuk, K. (2010). Promising Psychotherapies for Personality Disorders. *Cannadian Journal of Psychiatry*, 55 (4), 202-2210.
- Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J Le Foll B. Exploring the association between life time prevalence of mental illness and the transition from substance use to SUD: results from the NESARC. *The American Journal of Addictions*. 2013;22:93-8.
- Libro Blanco recursos para pacientes con patología dual en España. Resultados de una encuesta a nivel nacional. Recuperado <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>
- Lorenzo, P.; Quesada, J.; Leza, J.; y Lizasoain, I. (2001). Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid: Médica Panamericana.
- Martín, V. (2009). Las Drogas entre nosotros. Una mirada desde la educación social. Málaga: Aljibe.
- Martínez, J.M y Trujillo, H.M. (2003). Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad.
- Martínez, J.M y Verdejo, A. (2014). Drogodependientes con trastorno de la personalidad. Guía de intervenciones psicológicas.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Madrid. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Recuperado <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades. (CIE). Recuperado <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>
- NIDA. (2011). La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales. National Institute on Drugs Abuse. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/comorbidity-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado <http://www.who.int/es/>
- Regier, D.A; Farmer, M.E; Rae, D.S; et al. Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. JAMA 1990;264:2511-8
- Roncero, C. y Casas, M. (2016). Patología dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos.
- SEPD. Sociedad Española de Patología Dual. Adicciones y otros trastornos mentales. Recuperado http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html
- Szerman N, Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruiz P, Casas M. Rethinking dual disorders/pathology. Addiction Disorders & their Treatment. Addict Disord Their Treat. 2013; 12 (1), 1-10. Recuperado http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2014_1.pdf
- Szerman N. (2014). Editorial de la Revista de Patología Dual. Vol.1. Nº1. 1-2. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/R1A1.pdf>
- Torres, E. (2012). Adiestramiento en patología dual grave. Castellón. Recuperado www.apalweb.org/docs/dual2012.pdf
- Van de Bosch, L. y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. Curren Opinion in Psychiatry, 20, 67-71.
- Villanueva, R. (2001) Diccionario Mosby-Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Madrid: Harcourt.
- Woody, 1996 . Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Salud Mental. Servicio Canario de la Salud. Recuperado http://www.arona.org/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_28608_1.pdf

ANEXOS

Entrevista de preguntas abiertas, realizadas a los profesionales de la red de atención a las drogodependencias san miguel adicciones.

Soy un Alumno de 4º Grado en Trabajo Social, que está finalizando sus estudios y se encuentra realizando el trabajo fin de grado. Es por ello que pedimos que sea partícipe de este trabajo respondiendo a las preguntas de las que se compone esta breve entrevista, y que le planteamos, a continuación, necesarias para conocer el perfil, y el trabajo que se realiza en ésta (organización, empresa, entidad pública), con usuarios/as con patología dual. Agradecemos de ante mano su valiosa colaboración.

1. ¿Cuál es el perfil del paciente con Patología Dual en cuanto a la parte social, psíquica y física se refiere?
2. ¿Qué entornos familiares o redes sociales predominan en los/las pacientes con Patología Dual?
3. ¿Qué profesional o equipo de profesionales trabajan con los/las pacientes con Patología Dual, previamente, durante y tras el proceso de tratamiento?
4. ¿Podría describirme cuál sería el procedimiento, la intervención cuando un/una paciente con Patología Dual llega a esta (organización, empresa, entidad pública)?
5. ¿Qué se trabaja con los/las pacientes con Patología Dual?
6. ¿Cómo se trabaja en esta (organización, empresa, entidad pública) para/con las personas con patología dual, es decir, qué herramientas o en base a qué modelo se trabaja?
7. ¿Qué rasgos considera usted que desencadenaría el agravamiento de una patología dual?
8. ¿Qué se trabaja con la familia de los/las pacientes con Patología Dual, y cómo se lleva a cabo?
9. ¿De qué manera se evalúa a las personas con Patología Dual? ¿Y a sus familiares?
10. ¿Cómo se evalúan los resultados del tratamiento con estos pacientes?